

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa de Medicina Legal

Nº 9-10

Año

2009-2010

Monográfico: En homenaje  
al Prof. J. L. Romero Palanco  
Presente y futuro del ejercicio  
de la Medicina Legal  
y Forense en España

---

Artículos originales

---

INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
*Excma. Diputación de Zaragoza*

La versión original y completa de esta obra debe consultarse en:  
<https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/3186>



Esta obra está sujeta a la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Internacional de Creative Commons que determina lo siguiente:

- **BY (Reconocimiento):** Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- **NC (No comercial):** La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- **ND (Sin obras derivadas):** La autorización para explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.

Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

Núm. 9-10

# CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa  
de Medicina Legal

NÚM. 9-10



INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» (C. S. I. C.)

*Excma. Diputación de Zaragoza*

Zaragoza, 2011

Publicación número 3.125  
de la  
INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»  
(Excma. Diputación de Zaragoza)  
Plaza de España, 2  
50071 ZARAGOZA (España)  
Tff.: [34] 976 28 88 78/79 - Fax: [34] 976 28 88 69  
ifc@dpz.es  
<http://ifc.dpz.es>

## FICHA CATALOGRÁFICA

*CIENCIA FORENSE. Revista Aragonesa de Medicina Legal.* Nº 1  
(1999).- Zaragoza: Institución «Fernando el Católico»,  
1999.- 24 cm

Anual

ISSN: 1575-6793

I. Institución «Fernando el Católico», ed.

340.6(460.22)

Toda correspondencia, peticiones de envío, canje, etcétera, deben dirigirse a la Institución «Fernando el Católico». Las normas de presentación de originales se encuentran al final de la revista.

La Revista *CIENCIA FORENSE* no se identifica con las opiniones o juicios que los autores exponen en uso de la libertad intelectual que cordialmente se les brinda.



Diseño de cubierta: José Luis Cano.

© Los autores.

© De la presente edición: Institución «Fernando el Católico».

ISSN: 1575-6793

Depósito Legal: Z-879/99

Preimpresión: A+D Arte Digital, Zaragoza

Impresión: Los Fueros Artes Gráficas. Zaragoza

---

IMPRESO EN ESPAÑA - UNIÓN EUROPEA

CIENCIA FORENSE  
REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL

*Directora*

MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ-JARRETA  
Catedrática de Medicina Legal y Forense  
Universidad de Zaragoza (ESPAÑA)

*Consejo Asesor*

DR. JOSÉ MARÍA ABENZA ROJO  
DR. JOSÉ ASO ESCARIO  
D. ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ  
DR. BRUCE BUDOWLE  
PROF. ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ  
PROF.<sup>a</sup> MARÍA CASTELLANO ARROYO  
DR. JUAN ANTONIO COBO PLANAS  
PROF. LUIS CONCHEIRO CARRO  
PROF. NUNO DUARTE VIEIRA  
DRA. ANA FERRER DUFOL  
PROF. LUIS FRONTELA CARRERAS  
DR. SERGIO GALLEGO RIESTRA  
PROF. JOAQUÍN GAMERO LUCAS  
PROF. MANUEL GENÉ BADÍA  
PROF.<sup>a</sup> MARINA GISBERT GRIFO  
PROF. CLAUDIO HERNÁNDEZ CUETO  
PROF. RAFAEL HINOJAL FONSECA  
PROF. EMILIO HUGUET RAMIA  
PROF.<sup>a</sup> MARÍA VICTORIA LAREU HUIDOBRO  
PROF. MANUEL LÓPEZ RIVADULLA  
PROF. JOSÉ A. LORENTE ACOSTA  
PROF. AURELIO LUNA MALDONADO  
PROF. IGNACIO MUÑOZ BARRUS  
PROF. EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ  
D. LUIS PASTOR EIXARCH  
PROF.<sup>a</sup> MARÍA DOLORES PÉREZ CÁRCELES  
PROF.<sup>a</sup> MARÍA SOL RODRÍGUEZ CALVO  
PROF. MANUEL RODRÍGUEZ PAZOS  
PROF. CARLOS ROMEO CASABONA  
DR. JAVIER SÁNCHEZ CARO  
DR. MANUEL SANCHO RUIZ  
PROF.<sup>a</sup> AURORA VALENZUELA GARACH  
PROF. JUAN LUIS VALVERDE VILLARREAL  
PROF. JOSÉ DELFÍN VILLALAÍN BLANCO  
PROF. ENRIQUE VILLANUEVA CAÑADAS

## ÍNDICE

### ***IN MEMORIAM***

MONOGRÁFICO: En homenaje al Prof. J. L. Romero Palanco .....	9
VILLANUEVA CAÑADAS E.: Ejercicio de la Medicina Legal. <i>In memoriam</i> de José Luis Romero .....	11

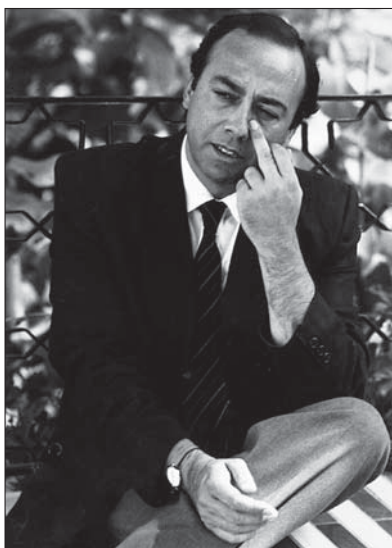
### **REVISIONES**

CONCHEIRO CARRO, L.: Los siete pecados capitales de la Medicina Legal española .....	17
LUNA MALDONADO, A.: La enseñanza de la Medicina Legal en Espa- ña, ¿vamos donde queremos? ¿sabemos lo que queremos?.....	29
HERNÁNDEZ CUETO, C.: Reflexión sobre la situación actual de la Medicina Legal y Forense.....	37
GAMERO LUCAS, J. J.: Situación actual de la plantilla del profesorado en el área de Medicina Legal y Forense: una aproximación.....	43
RAPÚN ARA, A.; IRIGOYEN ALBA, J.; GARAMENDI GONZÁLEZ, P. M.; ALTU- ZARRA GONZALO, E.: Presente y futuro de la Medicina Legal y Forense en España .....	55
VICENTE MENDOZA, M.: La formación del médico forense y los IMLS. La especialidad de Medicina Legal y Forense: situación actual y proyección de futuro .....	75
MONTERO JUANES, J. M.: El futuro de la especialidad de Medicina Legal y Forense .....	89

**ARTÍCULOS ORIGINALES**

SALOÑA BORDAS, M.; MONEO PELLITERO, J.; DÍAZ MARTÍN, B.: Fenología de califóridos (Diptera, Calliphoridae) en la Comunidad Autónoma del País Vasco (C.A.P.V.).....	95
NÚÑEZ-C, M. I.; ARIAS, T.; RIGG, C.; RAMOS, C.; MATTHEW J. MILLER: Allele frequency distributions of nine loci STRS in panamanian <i>mestizos</i> .....	107
CASTELLANO ARROYO, M.: La obtención del consentimiento informado en España: la asistencia urgente como excepción, doctrina del Tribunal Constitucional .....	117
CASADO BLANCO, M.: Aspectos éticos y legales de las intrusiones previas.....	135
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	149





### *IN MEMORIAM*

## **DON JOSÉ LUIS ROMERO POLANCO**

El Profesor Romero Polanco fue un médico forense vocacional y un gran profesor llamado a desempeñar muchos e importantes cargos académicos. Fue catedrático en distintas Universidades y responsable de la puesta en marcha de diversas unidades docentes de Medicina Legal en diferentes lugares de España, Secretario general de la Universidad de Cantabria, Vicerrector de la Universidad Menéndez Pidal en Andalucía, y Rector de la Universidad de Cádiz, entre un largo etcétera.

En vida constituía una auténtica leyenda dentro de la Medicina Legal. Su proverbial elegancia, su trato exquisito, su buen temple y su enorme humanidad eran rasgos de los que oí hablar en muchas ocasiones antes de conocerlo.

No fue mi maestro directo y no pertenezco a su Escuela, no fue para mí un profesor con el que mantuviera lazos especiales o de estrecha coo-

*María Begona Martínez Jarreta*

peración en lo científico, sin embargo, supo ganarse mi afecto y mi más profundo respeto en lo profesional y en lo humano.

Pude seguir sus pasos en la Universidad de Castilla La Mancha donde dejó el mejor recuerdo y en la que se habla de él con la admiración que se dedica a los maestros. En mi andadura por esta Universidad, así como por otras por las que él había pasado previamente, pude reconocer su amor por la Medicina Forense y el ideal que perseguía para la misma, así como su extraordinaria generosidad envuelta en la discreción y reserva de un hombre de mundo.

Tu pérdida nos duele y hace daño a una Medicina Forense incapaz de sentir porque anestesiada sobrevive a su mala salud.

Querido José Luis nunca te olvidaremos.

MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA

## EJERCICIO DE LA MEDICINA LEGAL

*In memoriam de José Luis Romero*

ENRIQUE VILLANUEVA CAÑADAS\*

No me gustan los discursos funerarios, ni las elegías, porque son actos intrínsecamente injustos para el finado. El encargado de la *laudatio*, o bien es parco en los elogios, en un afán puritano por ser justo en su juicio, o bien cae en la exageración desgranando todas y cada una de las virtudes, cardinales y teologales, que adornaban al amigo desaparecido.

José Luis, como todas las personas inteligentes y cultivadas en la ciencia y la política, se nos ofrecía a los demás con una personalidad poliédrica, un espejo de múltiples caras, en el que cada uno ve reflejada una imagen distinta, a veces muy diferente y distante a la que han visto otros; pero en lo que sí estaríamos de acuerdo, al enjuiciarlo, es que no era una persona neutra, ni indiferente, sino una personalidad atractiva y capaz de generar más adhesiones, que rechazos. Al escribir este texto, no he tenido más remedio que repasar nuestra biografía común y aunque siempre lo he sabido, descubro ahora, con más precisión, que José Luis no me debía nada, nunca mi intervención fue decisiva en sus logros profesionales, y la única vez, que tuve que hacerlo, mi veredicto no le fue favorable: fueron las primeras oposiciones a profesor agregado, que él realizó. Quizás por eso, me guardó siempre un afecto y una deferencia que le agradecí y en la medida de mis posibilidades le correspondí. De cuerpo presente, me decía Joaquín, el que fuera su fiel amigo y conductor, que cuando venían a Granada, le decía: «vamos a saludar al maestro». Como nos enseñara el gran Cicerón, a propósito de la amistad: la confianza la corrompe; el mucho contacto la consume; el respeto la conserva. Es mucho lo que se ha muerto en mi alma con la partida de este gran amigo.

Si compartías tribunal con él, y aquí hay muchos que lo han hecho, sabías de antemano, que las oposiciones o el concurso irían por la senda

---

\* Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada.

de la legalidad más estricta, de la pulcritud administrativa, del orden y la eficacia. Dentro de los lógicos sesgos, con los que solemos juzgar a los opositores, José Luis pretendía dar siempre la opinión objetiva, introduciendo un punto de racionalidad, que minimizara la subjetividad con la que, queramos o no, juzgamos a los demás.

Si compartías con él un congreso o una reunión científica, sabías, que dentro de un orden, habría diversión, charlas jugosas, proyectos futuros y grata compañía.

Si de un curso de verano se trataba, la asistencia masiva, con un auditorio entregado y expectante, estaba asegurada. Él tenía el don de explicar la Medicina legal creando un halo de fascinación en el alumnado, que hacía que éstos acudiesen en masa a cualquier cosa que él organizase o participase. Compartí con el muchos cursos de verano, unos organizados por él, otros por mí: Baeza, San Roque, Cádiz, en todos, los lúdico se mezcló magistralmente con el rigor y la seriedad. En mi recuerdo permanecerá siempre la charla, en un anochecer mágico en la terraza del hotel Guadacorte, con el padre Diez Alegría, invitado como yo, a aquel curso sobre la visión antropológica de la muerte, que reunió a una pléyade de intelectuales del momento.

Si de una comisión se trataba, he compartido con él muchos años la de la Especialidad de Medicina Legal y Forense, sabías que era un valor seguro para desatascar cualquier problema, era una luz que surgía siempre cuando la oscuridad nos sumía en el desconcierto, era la pluma ágil capaz de redactar ese documento infernal que siempre es necesario presentar, no se sabe bien donde, con una urgencia extrema como si del documento dependiera el futuro de la humanidad. Para mí fue siempre el compañero ideal, por su sabiduría, por su prudencia, por su lealtad, por su compromiso con la Medicina Legal, y sobre todo, porque era mi complemento, al estar dotado del don del negociador, del diplomático, del hombre que no genera anticuerpos, entre otras cosas porque no era dado al cultivo de la maledicencia, ni al halago fácil, ni al doble lenguaje. La medicina legal ha tenido muchos y viejos contenciosos, la mayoría de ellos fruto de la incomunicación, otros, los menos, de la maledicencia y el rencor. José Luis era la persona hacia la que se volvían las miradas como el interlocutor ideal para tender puentes de conexión y entendimiento. Fue querido y respetado por igual, por médicos forenses y por profesores de medicina legal. ¡aquí está la muestra!

*Tal como éramos*, así rezaba la película, una vida entregada a una causa en la que hemos sido felices, en la que hemos caminado juntos en pos de una utopía, en la que él asumió el papel de Moisés.

Desde hace más de 25 años, los profesores de Medicina legal y muchos forenses, habíamos expresado la necesidad de adecuar el ejercicio de la Medicina legal en España a la nueva realidad social y científica: nuevas necesidades de la sociedad y de la justicia en la resolución de problemas

ML; necesidad de una especialización para resolverlos; conveniencia de la optimización de los recursos, homologación con otras especialidades médicas, en lo que a la incorporación al sistema sanitario se refiere. Teníamos el sentimiento de que nos quedábamos atrás, todas las especialidades progresaban, nuestros compañeros de claustro podían compatibilizar la enseñanza con la práctica clínica, conseguir proyectos de investigación era una obra de titanes, éramos apátridas en terreno de nadie. Conseguimos seguir la estela de la Medicina legal europea, gracias a una pequeña investigación artesanal e imaginativa, pero sabíamos de nuestras graves deficiencias en el ejercicio profesional.

Para llevar a cabo la travesía, que nos sacase de los virreinos, abandonando los castillos de paja, fuertemente guarnecido, para conducirnos al siglo XXI, en moradas modestas, pero compartidas, con laboratorios, salas de reuniones, seminarios, precisamos más de un Moisés. José Luis fue uno de ellos. El viernes siguiente a su muerte, tenía una cita conmigo en Granada, de nuevo lo había embarcado en mi último proyecto, al que había respondido con generosidad, pero ni él, ni yo sabíamos, que tenía otra cita, la inexcusable, la cita en Samarcanda, a la que tarde o temprano todos tendremos que acudir.

Las ideas que voy a exponer ahora, eran ideas compartidas, a las que le hemos dedicado muchas horas de debate en la comisión nacional, alguna visita a políticos de toda condición, a ministros de Justicia y a nuestros colegas, los médicos forenses, sin cuya ayuda cualquier idea sobre reorganización de la Medicina legal, estará condenada al fracaso. El mejor homenaje a su memoria sería que sus ideas, entonces utópicas, se pudiesen hacer realidad.

El ya cumplió sobradamente con su misión de Moisés y nos ha dejado en el pórtico de algunas realidades: los Institutos de Medicina legal, no los que nosotros hubiésemos diseñado, pero Institutos al fin.

La participación de los médicos forenses en la docencia, como profesores asociados, así como que los estudiantes pudiesen asistir a las autopsias. Ha conseguido romper las suspicacias, que tanto lastraban nuestra relación y ha abierto las puertas que nos conducen al paraíso: ¡aquí estamos, querido amigo, una vez más, con el ánimo renovado para llegar a cumplir nuestro sueño, un grandioso sueño!

## **REVISIONES**

## LOS PECADOS CAPITALES DE LA MEDICINA LEGAL ESPAÑOLA\*

LUIS CONCEIRO CARRO\*\*

**Resumen:** En este trabajo se realiza un análisis crítico de la realidad de la Medicina Legal en España. Se reflexiona sobre las oportunidades perdidas, los vicios adquiridos y las opciones de futuro, y de todo ello se hace una exhaustiva y descarnada disección que permite al lector aproximarse y conocer sin ambages la situación real en el momento presente de una especialidad heterogénea e incomprendida.

**Palabras clave:** Medicina Legal. Medicina Forense. España. Patología Forense. Genética Forense. Toxicología Forense. Especialidades Médicas.

**Abstract:** A critical analysis is presented about the reality of the exercise Forensic Medicine in Spain. It reflects upon missed opportunities, acquired defects and options for the future, performing a thorough and stark dissection of all of this. This enables the reader to have a close look and discover, without beating about the bush, the real situation at the present time of a heterogeneous and misunderstood speciality.

**Key words:** Legal Medicine. Forensic Medicine. Spain. Forensic Pathology. Forensic Genetics. Forensic Toxicology. Medical Specialities.

---

\* Este trabajo está dedicado a la memoria del querido amigo y compañero José Luis Romero Palanco, con quien he hablado en numerosas ocasiones sobre las cuestiones tratadas en el mismo y cuyas consideraciones al respecto me han resultado siempre muy esclarecedoras.

\*\* Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago de Compostela.

Pocas personas relacionadas académicamente con la Medicina legal en España estarán en desacuerdo con este diagnóstico: es una disciplina enferma con un pronóstico muy poco halagüeño. En el currículum médico tal vez no sea más optimista el porvenir de alguna de las disciplinas llamadas básicas o fundamentales, pero no pretendo tratar de los problemas de la docencia e investigación médicas en general sino tan sólo de los que atañen a nuestra disciplina.

Para analizar estas cuestiones me ha parecido útil evocar los pecados capitales como el paradigma de faltas graves y para establecer un límite numérico que me permita exponer, de un modo conciso, los serios problemas que afectan a la Medicina legal. No se trata de identificar en la lista de San Gregorio Magno y del Dante las graves infracciones que expliquen nuestras cuitas médico-legales, si bien alguna vez la evocaré, bien para reconocer nuestro pecado o bien para exonerar a los académicos de los que inadecuadamente se le atribuyen. En esta historia, sin duda, hay buenos y malos, pero la responsabilidad de la situación actual es ampliamente compartida y si no queremos que la Medicina legal caiga definitivamente en el abismo tendremos que darnos la mano los unos a los otros dejando de lado presuntos o reales agravios.

Después del siglo XIX, período de consolidación de la Medicina legal, nuestra disciplina se ha enriquecido, hasta límites insospechados, en el aspecto tecnológico pero, sin embargo, se ha empobrecido, en general, académica, profesional y organizativamente. La Medicina legal no ha tenido un rumbo bien definido en España desde sus orígenes y lamentablemente las ideas de Mata se impusieron a las de Lecha Marzo. A finales del siglo pasado se pretendió enmendar los errores organizativos, pero considero que la solución propuesta, los Institutos de Medicina legal, llegó tarde y, sobre todo, no ha sido bien desarrollada en el plano legislativo. Por otra parte, la Universidad se está desinteresando a pasos agigantados de la Medicina legal. Donde la hay se mustia y donde nunca la hubo ni tan siquiera brota. Muchos de los problemas que afectan a la Medicina legal son consecuencia del desencuentro de aquellos que profesionalmente estamos en contacto directo con esta disciplina y sólo, como en una grave crisis política, la formación de una gran coalición y un generoso comportamiento de los interesados podrá salvar la situación. De la Administración esperamos poca comprensión y menos ayuda, por lo que todo va a depender de nuestro propio esfuerzo. Tras este breve preámbulo, analicemos ya los problemas que siembran la inquietud en mi espíritu y que deseo transmitir a otros pues no me gustaría que se hiciese realidad la egoísta expresión: «después de mí el diluvio».



## LA CRISIS DE IDENTIDAD

Este es un mal que afecta especialmente a los académicos, por supuesto a los que cultivan nuestra disciplina, pero me sorprende todavía la ignorancia en relación a la Medicina legal de bastantes de nuestros colegas de Facultad. ¿Cómo hay que denominar a la disciplina?, ¿Medicina legal?, ¿Medicina forense? o ¿Medicina legal y forense? Estos interrogantes no son una pura cuestión terminológica sino que llevan aparejada o son consecuencia, a mi juicio, de cierta indefinición conceptual. Esta confusión no afecta sólo a la Europa meridional, el problema ha llegado también al mundo anglosajón. Cabe citar a este respecto el trabajo ya antiguo, pero todavía esclarecedor, de William J. Curran: «The Confusion of Titles in the Medicolegal Field» (1), o una revista médico-legal actual y una conocida enciclopedia, publicada no hace mucho tiempo, ambas con la doble denominación en sus títulos de Legal and Forensic Medicine (2,3). La Medicina legal es muy compleja y su contenido no necesita llenarse con materias en absoluto o impropiaamente médico-legales: antes, la Higiene, la Psiquiatría clínica, la Medicina del trabajo, o la Toxicología no forense; todavía hoy, el Derecho médico y la Ética médica. No deberíamos olvidar nunca las palabras de Eduard von Hofmann (4), quizá el más preclaro médico-legista de todos los tiempos: «Por Medicina legal se entiende aquella rama de las Ciencias médicas que se ocupa en dilucidar las cuestiones judiciales que pueden resolverse solamente a la luz de los conocimientos médicos». ¿Les parece que necesitamos más tarea?

Si quieren más ejemplos de la confusión terminológica que afecta a la disciplina médico-legal, reparen también en la serie de denominaciones que le han otorgado a esta materia los legisladores educativos: primero, Medicina legal y Toxicología (denominación vigente cuando hice las oposiciones a cátedra), luego Toxicología y Legislación sanitaria y ahora Medicina legal y forense.

¿Qué se pretende en realidad con la doble denominación de Medicina legal y forense?, ¿encubrir el Derecho médico bajo la denominación de Medicina legal?, ¿acaso hay otras razones, que nadie ha explicitado y que no logro entender, que tal vez guardan relación con el rol atribuido a los profesores de Medicina legal y al que aludiremos más adelante? Considero que es absolutamente necesario debatir en profundidad esta cuestión y tratar de conseguir un acuerdo definitivo sobre la misma.

## LA NO ASUNCIÓN DE LA HETEROGENEIDAD

Acabo de señalar que a la Medicina legal se le han adherido demasiadas cosas a lo largo del tiempo que ha tenido que eliminar de su contenido. Ello se justifica, desde una perspectiva histórica, por la propia evolu-

ción de la Medicina y evidentemente ya no se puede aceptar tal situación en la actualidad. Pero aun circunscribiéndonos al concepto estricto de Hofmann, la Medicina legal, como ya le ha sucedido a la Medicina interna o a la Cirugía, tiene el riesgo de la dispersión y de un tratamiento superficial de sus contenidos. Quien mucho abarca poco aprieta, suele decirse. Desde luego son necesarios los generalistas, pero limitar la pericia, la docencia y, sobre todo, la investigación a las personas con esa exclusiva formación no me parece razonable y con el desarrollo exponencial del conocimiento científico-médico aquéllas serán cada vez más precarias. Hace ya bastantes años que era posible ser un médico enciclopédico pero en la actualidad resulta evidente que es una quimera. Soy consciente que asumir esa heterogeneidad desde el punto de vista académico es difícil por la miopía de la Universidad, antes muy tradicional en sus planteamientos y hoy, en mi modesta opinión, sin rumbo ni prudencia. La Medicina clínica tuvo serias dificultades para acompasar el inmovilismo académico al organigrama de los hospitales de la Seguridad Social. Nosotros podemos encontrarnos en la misma situación a poco que se instaure el sentido común en la organización médico-forense.

Puedo presumir de haber conseguido la primera titularidad específica, antes adjuntía, y hoy cátedra, en la Medicina legal: la Toxicología forense, y de *facto* que no de *iure*, la cátedra de Genética forense. Aunque he llegado al final del proceso no he tenido la misma suerte con la titularidad de Patología forense. Recurriendo a una metáfora, el desembarco fue rechazado cuando ya había una sólida cabeza de puente en la playa y debo decir que el fuego amigo no fue ajeno al fracaso, espero que temporal, de aquella experiencia.

#### LA INADECUADA DEPENDENCIA ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

Esta situación afecta tanto a los profesores de Medicina legal como a los médicos forenses. Creo que uno de los más graves problemas de nuestra disciplina ha sido su dependencia orgánica de la Administración de Justicia y su alejamiento de la sanitaria. Siempre recuerdo a este respecto la frase del presidente mejicano Porfirio Díaz: »¡Pobre México, tan lejos de Dios y tan cerca de los Estados Unidos!» Obviamente no podemos dejar de hacer lo que hacemos so pena de incumplir el esencial cometido de nuestra disciplina: asesorar a la Administración de Justicia. Pero para hacer esto no es necesario realizar nuestro trabajo en los juzgados ni en otras dependencias judiciales ni bajo la supeditación directa de los jueces. Somos ante todo médicos y nuestro lugar de trabajo debe estar cerca de los hospitales aunque nuestra labor se proyecte en los juzgados y tribunales. Recordemos una vez más las palabras de Hofmann (5): «La Medicina legal es Medicina aplicada y esta circunstancia asegura su posición en la

serie de disciplinas médicas. La Medicina legal, a pesar de perseguir fines esencialmente forenses, no se separa nunca del terreno común de la Ciencia médica, que le sirve de base, con la cual crece y se desarrolla, conservando las cuestiones que estudia y las doctrinas que sienta siempre un carácter puramente médico, por más que estén destinadas a servir preponderantemente y hasta exclusivamente para fines forenses».

A los médico-legistas académicos, la Administración de Justicia, en general, nos ignora y si actuamos como peritos habitualmente lo hacemos a petición de parte y sólo de un modo ocasional a requerimiento de jueces y tribunales. Pero la declaración de amor a la Sanidad tampoco es correspondida y somos repudiados también por los servicios de salud en nuestros propios hospitales clínicos. La Universidad (rectores y decanos) tímidamente defienden ante las autoridades sanitarias a sus profesores de clínicas, muy poco a los de básicas y nada en absoluto a los de Medicina legal. Así, cualquier pretensión de los docentes de esta disciplina no tiene la menor oportunidad ni consideración en las reuniones de las comisiones mixtas de las universidades y los servicios de salud y nos sitúan entre las especies en vías de extinción. Pero los médicos forenses tampoco son acogidos con gran entusiasmo, en mi opinión, por esos servicios de salud y está por demostrar el grado de compromiso de la Administración sanitaria no sólo en la pericia médico-legal sino también, y especialmente, en la formación de esos facultativos, aunque haya colaboraciones puntuales, en relación a este último aspecto, dignas de encomio.

En algunos hospitales, los servicios de Medicina legal existentes recuerdan más a un gabinete jurídico de apoyo en los casos de mala práctica profesional de sus profesionales sanitarios que a un servicio genuinamente médico-legal. La dotación de esos servicios no parece ser una cuestión ni mucho menos prioritaria para los gerentes hospitalarios y, muy probablemente, muchos ni tan siquiera se han planteado su conveniencia, sobre todo, para mejorar la eficacia de los servicios de urgencia en su inevitable relación con la Administración de Justicia (6).

## ENSEÑAR LO QUE NO SE PRACTICA

Quienes dirigen los destinos de la Administración de Justicia y ejercen la función jurisdiccional son hombres y mujeres del campo jurídico. No podría ser de otro modo. Por ello se orientan por conceptos y principios adquiridos en las facultades de Derecho. Uno de ellos es la distinción entre doctrina y jurisprudencia. Una cosa es la reflexión jurídica (competencia principal aunque no exclusiva de los profesores de Derecho) y otra la resolución de las cuestiones judiciales (competencia exclusiva de jueces y magistrados, con la colaboración de fiscales y abogados). No me compete ni es el momento de inmiscuirme en esta particularidad del mundo del Derecho, pero si manifestar que su transposición al ámbito medico-legal

es un crimen de lesa Pedagogía. No es posible en el ámbito médico separar teoría y praxis y ello rige también, por supuesto, para la Medicina legal. ¿Se imaginan Vds. a un profesor de Cirugía que no opere y se le niegue el acceso a los quirófanos? Pues esto se ve natural desde la perspectiva de la Administración de Justicia en relación a nuestra disciplina. Los profesores de Medicina legal, piensan muchos jueces, tienen bastante con dar las clases en la Universidad y sentar «doctrina», los médicos forenses nos resuelven ya los problemas, aunque sea, no siempre pero si muy a menudo, desde la más estricta rutina ajena a cualquier procedimiento innovador. Unos a la doctrina, otros a la praxis. No puedo menos de recordar a este respecto a mi añorado maestro Arsenio Nunes cuando en su despacho me dijo en cierta ocasión: «Nunca enseñe aquello en lo que no se ensucie las manos todos los días».

### LA MARGINACIÓN PROFESIONAL

Esta situación se nos impuso, quizá por la razón señalada, pues no quiero pensar que haya sido una decisión arteramente planificada. Pero lo que si quiero apuntar ahora es que habiendo sido médicos forenses, en algún momento, la totalidad de la plantilla de profesores de Medicina Legal, catedráticos y profesores titulares, ninguno haya podido mantener su puesto en la Administración de Justicia (sólo conozco una excepción). No acabo de entender porque a los profesores de clínicas y a la vez personal estatutario de los Servicios de Salud, se les concedió la compatibilidad de funciones (y retribuciones) y no ha sido así para aquellos que ostentábamos la doble condición de funcionarios de Educación y de Justicia. Cuando se debatió la Ley Orgánica del Poder Judicial y, sobre todo, cuando se modificó la Ley y se hizo su desarrollo reglamentario, hubo mucho interés en que no recuperáramos la condición de médicos forenses en activo, aun cuando ello no supusiese una doble retribución. Aquí si que hubo una decisión artera y tal vez los inductores no puedan rechazar con facilidad esta imputación que les hago. He participado activamente en la elaboración del Libro Blanco de la Medicina Forense por parte del Ministerio de Justicia (7) y hablo con conocimiento de causa. Pero también debo añadir que hemos sido perezosos, o tal vez mejor indolentes, al tratar este asunto. Nos hemos resignado a una situación que nos ha empobrecido como docentes y creado serias dificultades como investigadores. Debimos haber recurrido una y mil veces esta situación ante quien procediese para evitar una de las causas más importantes del deterioro de la Medicina legal universitaria, pero no lo hemos hecho y en el pecado, la pereza, tenemos nuestra penitencia. Hace ya muchos años el para mí inolvidable Lecha Marzo (8) escribió estas amargas y lúcidas palabras: «Debemos deplorar la commiseración que sentirán por nosotros nuestros colegas extranjeros al saber que los ahorcados, ahogados, envenenados, etc. españoles pasan muy lejos de nosotros, y que para explicar el ahorcamiento o

la muerte por ahogamiento tenemos que teorizar o explicar los surcos de colgamiento en un cadáver, muerto de tuberculosis o bronconeumonía (prestado por el profesor de disección), y para estudiar los envenenamientos tenemos que recurrir a los experimentos con animales. Sé también que al hacer no públicos, pues ya lo son, pero si patentes estos hechos, dejó caer sobre mí, que llevo tres años en el profesorado oficial de la Medicina legal, un título de deshonor, pues estos tres años debí haberlos pasado en protesta continua».

## LA MENDICIDAD MUESTRAL

Los profesores de Medicina Legal tenemos méritos acreditados para figurar entre los miembros de honor de la Orden de los profesores mendicantes. La marginación de la Medicina legal universitaria del ámbito judicial tiene nefastas repercusiones en la actividad docente de los departamentos universitarios, pero, si cabe, la repercusión es todavía más negativa en el campo de la investigación. Siempre nos queda el recurso a la investigación experimental pero nadie que consulte la bibliografía médico-legal podrá dejar de reconocer que sin unos servicios de Patología y Clínica forenses colaborando en la actividad investigadora se perjudica gravemente ésta. De aquí nuestro peregrinaje a la búsqueda de muestras que nos permitan realizar una investigación en Patología y Clínica forenses asentada en la realidad y también evitar una investigación paramédico-legal como vía de escape. Desde hace mucho tiempo me he sentido muy incómodo con esta situación que nos hace muy poco competitivos en el contexto internacional en el que nuestros colegas extranjeros disponen de todas las muestras pertinentes y obtenidas bajo su control, lo cual no es un detalle menor precisamente, porque ellos son parte del sistema médico-legal de sus países y nunca han sido excluidos del mismo. En la Ley Orgánica del Poder Judicial esto se intentó paliar con la disposición que especificaba: «En los Institutos Regionales (de Medicina legal, por supuesto) prestarán servicios quienes ejercen docencia en los departamentos de Medicina legal, en la forma en que reglamentariamente se determine». Pero esta disposición, a la que he contribuido personalmente, ha desaparecido por completo con las reformas legislativas a que ha sido sometida esta Ley después de 1985; en otras palabras más desabridas, se ha colocado en los Institutos de Medicina legal el rótulo de «reservado el derecho de admisión». Por otra parte, en el Reglamento de los Institutos de Medicina legal, se citan las comisiones de investigación y docencia presididas por un profesor universitario. Todavía se mantienen en el texto de dicho Reglamento, pero, ¿tienen Vds. constancia de que esa disposición se haya hecho efectiva en alguno de los múltiples institutos creados allá donde hubiere una o varias facultades de Medicina? (9). Además, ¿se imaginan Vds. los conflictos que podría generar el hecho de que un profesor universitario, haciendo uso de su criterio científico, pusiese en tela de juicio

determinada metodología pericial al uso en el Instituto en el que radicase la Comisión o plantease una línea de investigación, por supuesto científicamente fundamentada, pero que alterase la rutina del centro? La acusación de soberbia aparecería rápidamente en ciertos cenáculos dirigida a aquéllos que quieren «governarnos desde fuera», y muy probablemente los jueces y magistrados, como árbitros «caseros», que aventuro que serían en esa disputa institucional, decidirían como Vds. muy bien se imaginan. Como ven, un asunto espinoso y de difícil solución. Tengan por cierto, mi edad y experiencia me permiten asegurárselo, que a la Administración de Justicia no le preocupa la investigación médico-legal ni mucho menos la docencia en las facultades de Medicina; tan sólo parece interesarles un poco la formación continuada de los médicos forenses, pero yo tengo también serias dudas al respecto pues aquéllos que nacen a la vida pública, judicial o no, opositando creen que con este parto administrativo lo demás es secundario cuando no inútil. ¿Y que piensan nuestros rectores y decanos? Tampoco se crean Vds. que les preocupa mucho el asunto. Han renunciado hace ya mucho tiempo, junto con las autoridades ministeriales de Educación, a los hospitales clínicos propios y no sean tan ingenuos de pensar que van a dar la batalla por la Medicina legal, ya no genuinamente universitaria al estilo alemán –dicho sea de paso la única que ha resistido mejor al deterioro bastante generalizado de la Medicina legal europea–, al menos, la participada universitariamente al estilo portugués, organización que tan bien conozco y que está a años luz de la nuestra.

## LA CRISIS DE LA VOCACIÓN MÉDICO-LEGAL

Dentro de algunos años, aunque el proceso ya ha comenzado en ciertas universidades, a no ser que se imponga la racionalidad, que casi nunca ha existido en la Medicina legal española, el pecio académico médico-legal, que ni siquiera habrá tenido el romántico final de la morgue de Lyon estrellándose contra un arco del puente de la Guillotière arrastrada por la crecida del Ródano, como refiere Etienne Martin (10), quedará varado en la playa del olvido. ¿Acaso no podrían surgir nuevas vocaciones que la rescaten? En la situación actual sinceramente pienso que no. ¿Creen que alguna persona en su sano juicio podrá escoger el camino de la Medicina legal con el panorama descrito, la insolvencia organizativa de las universidades españolas y la nula receptividad de la Administración de Justicia? ¿podría alguien, no obstante, recoger los restos del naufragio? Es posible que tal vez aquellos médicos-forenses que tengan ciertas inquietudes científicas y docentes sean convocados por los decanos de turno para que se ocupen de la enseñanza de la Medicina legal en un brevísimo y «bolonizado» cursillo, cuyos objetivos docentes vayan Vds. a saber qué habrán decidido que tenga los planificadores universitarios del momento que continuarán, eso sí, siendo sorprendentes.

## LA CARENCIA DE UN SISTEMA FORMATIVO ADECUADO

Es el último, pero no el menor, de los pecados de la Medicina legal y atañe también a todos los implicados en esta disciplina, académicos y médicos forenses.

La formación posgraduada compartida por la Universidad y el Ministerio de Sanidad, integrada en el sistema MIR, es manifiestamente mejorable y sin parangón, por diversas razones, con la formación por este sistema de las especialidades clínicas; como lo es la oferta de formación post-oposición del Ministerio de Justicia. Creo que soy muy generoso al referirme a ellas como manifiestamente mejorables pues eso implica que aún poseen algo de aprovechable y creo que no es así. Hay que poner el contador a cero y esto supone, en primer término, que se dé una respuesta honesta y científicamente rigurosa a la cuestión básica ya apuntada: ¿es la Medicina legal realmente una especialidad médica o no será más bien un conjunto de especialidades médico-forenses? De acuerdo con la respuesta que se dé a esta pregunta, nuestra disciplina podrá ver el futuro despejado o cubierto por las más sombrías perspectivas.

Quiero dejar de lado cualquier referencia a la Genética y a la Toxicología forenses que requieren una consideración especial, muy distinta a la que exigen las ramas de la Medicina legal de indudable raigambre médica: la Patología y las diferentes materias de la Clínica forense, de un modo especial la Psiquiatría forense. Si quisiéramos mantener aquellas en el mismo navío académico y profesional ya no se podría hablar de Institutos de Medicina legal sino de Institutos o Centros de Ciencias forenses. A partir de entonces, la denominación de Medicina legal o forense no tendría sentido. En las facultades de Medicina tendríamos nuestra actividad docente actual parcelada y aventuro que en la siguiente proporción: un tercio de Ciencias forenses (no con el significado que se le otorga a este término en el área anglosajona) y dos tercios de Derecho y Ética médicos como una nueva disciplina autónoma. Y aún es posible que a más un decano de Medicina, con su cohorte de asesores convenientemente adiestrados por el Gran Hermano de la planificación universitaria, les apetezca eliminar totalmente las Ciencias forenses, por lo que podría suceder que los futuros médicos nunca tuviesen contacto con las cuestiones médico-forenses y, al ignorarlas, la crisis vocacional médico-forense, académica o no, se acentuaría. Al menos en mi Universidad me queda el consuelo de que a mis sucesores los recibirán con los brazos abiertos en la Facultad de Derecho, y no me refiero sólo a los estudios de Criminología sino del propio grado de Derecho.

La Medicina legal ha estado anclada en el mundo del Derecho, sobre todo por influjo del Ministerio de Justicia, que creyó y sigue creyendo que los médicos forenses se seleccionan o forman como si fuesen jueces, fiscales o notarios. Craso error, ya lo hemos dicho anteriormente, porque los médicos deben formarse de otra manera. Por el contrario, se ignora en lo

que concierne a la formación en Medicina legal lo que ha dado brillantes frutos en la Medicina clínica: el desarrollo de una ejemplar formación especializada, el conocido sistema MIR. Muchos de los que intervenimos en este acto tenemos la edad suficiente para recordar cómo se formaban los antiguos especialistas clínicos: como esclavos de la gleba en los servicios hospitalarios del país o cogiendo las maletas hacia algún hospital extranjero. Bastantes de éstos no regresaron y ejercieron su profesión brillantemente en los países que los acogieron, otros sí lo hicieron. Algunos aspirantes a la Medicina legal académica también nos fuimos, pero a diferencia de los clínicos que a su regreso se encontraron, afortunadamente, con un sistema hospitalario en expansión y perfeccionamiento, nosotros encontramos, por el contrario, el mismo yermo que habíamos dejado. ¿Héroes?, ¿personas generosas y altruistas?...porqué no decirlo claramente ya que estoy incluido en ese grupo: simplemente unos increíbles ingenuos.

Mi tesis es que debemos ser tratados como médicos no como funcionarios de la Administración de Justicia y seguir el modelo de la formación clínica. Como primera medida diferenciar entre generalistas y especialistas, y en segundo término considerar la Medicina legal como un marco de actuación docente, investigadora y profesional como lo ha sido en el mundo contemporáneo la Medicina clínica. Hablar de Medicina clínica no supone que haya una especialidad de Medicina clínica como hablar de Medicina legal no debe suponer la equiparación de un ámbito científico y profesional con una especialidad médica. Los clínicos tienen múltiples y variadas especialidades en un listado siempre en revisión. Nosotros no tendremos nunca esa diversificación pero es necesario admitir que no se puede mantener el carácter unitario de la disciplina. Solo así se aliviarán, en buena parte, nuestros males.

Esto ya lo he apuntado antes. Ahora solo quiero insistir brevemente en la necesidad de una formación médico-legal diversificada con una raíz médica sólida, fundamentalmente anatomopatológica o psiquiátrica. Tomando como ejemplo la formación anatomopatológica, el desideratum sería, en mi opinión, la formación de los *Medical Examiner* norteamericanos, pero en su defecto podrían encontrarse soluciones mucho más aceptables de las que disponen los profesores y médicos forenses españoles. Para formar buenos peritos y profesores es absolutamente necesaria una formación clínica sólida de base que posibilite injertar sobre ella la también imprescindible formación médico-legal. Como muy bien escribió Palmieri (11): «No se puede ser un buen perito sin ser un buen médico pero se puede ser un magnífico clínico y un perito mediocre».

Dos apuntes para terminar esta cuestión. En la situación actual la capacidad de atracción de la Medicina legal universitaria es prácticamente nula y no resiste en absoluto la competencia de las especialidades clínicas. Esta situación tan sólo podrá ser corregida mejorando espectacularmente las condiciones de formación de los aspirantes y que éstos no perciban que la difícil y prolongada formación como profesores universitarios de Medicina



legal va a culminar en un puesto docente doctrinal, ajeno a cualquier actividad profesional, y en el que la investigación médico-legal sea una tarea inaccesible por las dificultades señaladas y por el nulo interés de las distintas administraciones en promoverla. Todos conocemos los extraordinarios esfuerzos que hay que realizar a fin de conseguir un proyecto de investigación sobre una cuestión médico-legal si no va disimulado por el camuflaje que lo aproxime a una de las áreas prioritarias de investigación.

Entre tanto, el Ministerio de Justicia y sus asesores médico-legales, han propuesto o iniciado, *sotto voce*, un proceso de capacitación específica o «expertización» (horrible barbarismo) en diferentes áreas médico-legales, probablemente con la loable finalidad de superar la condición generalista de la mayoría de los médicos forenses. Y lo están haciendo, al parecer, sin el concurso de los ministerios tradicionalmente responsables de la formación médica especializada: Educación y Sanidad, pero tal vez con el beneplácito y apoyo material de algunas consejerías autonómicas, con competencia en asuntos de Justicia, en una manifestación más del irresponsable cantonalismo que nos aqueja.

Para terminar, y como corolario, hago mía la aseveración del crítico teatral inglés Eric Bentley: «La nuestra es la era de los sucedáneos, en vez de lenguaje tenemos jerga; en vez de principios, eslóganes; y en vez de verdaderas ideas, ideas brillantes».

## BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

1. CURRAN WJ. The Confusion of Titles in the Medicolegal Field: an Historical Analysis and a Proposal for Reform. *Med. Sci. Law*, 1975, 15, 4, 270-275.
2. JOURNAL OF FORENSIC AND LEGAL MEDICINE (Official Journal of the Faculty of Legal and Forensic Medicine, the Australian College of Legal Medicine and the British Association in Forensic Medicine). Elsevier.
3. ENCYCLOPEDIA OF FORENSIC AND LEGAL MEDICINE. Editada por Payne-James, J, Byard, R. W, Corey, T. S, Henderson, C. Elsevier-Academic Press. Amsterdam, 2005.
4. VON HOFMANN E. Tratado de Medicina Legal. Traducción española de la quinta edición alemana por el Dr. Ulecia. Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía Práctica, sin fecha. Pág. 1.
5. VON HOFMANN E. Ob. cit., p. 2.
6. OLSHAKER JS, JACKSON MC, SMOCK WS. Forensic Emergency Medicine. Lippincott Williams & Wilkins. Filadelfia, 2007.
7. LIBRO BLANCO DE LA MEDICINA FORENSE. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid, 1988.
8. LECHA MARZO A. Tratado de Medicina Legal y Toxicología. Editorial Plus-Ultra. Madrid, 1919. Tomo I. Fascículo 1.º. pp. 23 y 24.

9. Con posterioridad a la elaboración de este texto tuve conocimiento de que en el Instituto de Medicina Legal de Cataluña ya funciona esta Comisión, presidida por el Profesor Manel Gené, y una Unidad docente MIR de formación especializada, presidida por el Profesor Gabriel Martí (ignoro cuál será el futuro de esta Unidad habida cuenta de la reciente exclusión de la Medicina Legal del sistema MIR).
10. MARTIN E. Citado por Lecha Marzo. Ob. cit., p. 25.
11. PALMIERI VM. Medicina Forense. Morano Editore. Nápoles, sin fecha. Volume primo, p. 18.

## LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA LEGAL EN ESPAÑA, ¿VAMOS DONDE QUEREMOS? ¿SABEMOS LO QUE QUEREMOS?

AURELIO LUNA MALDONADO\*

**Resumen:** La docencia de la medicina legal en nuestro país, adolece de una serie de debilidades. La necesidad de la integración de las actividades docentes y las asistenciales periciales es urgente y necesaria. Padecemos de forma intensa lo que se puede denominar el efecto Mateo en la Ciencia, parafraseando al evangelista *a los que más tienen más se le dará y a los que menos tienen, aun lo poco que tienen se les quitará*, las asimetrías en las diferentes universidades en plantillas y en asignación de créditos docentes, es una realidad que requiere la aplicación de medidas, que en el contexto de la autonomía universitaria y de las reformas de los planes de estudio resultan imposibles de aplicar. En el núcleo de nuestra situación está el problema, a mi juicio esencial y básico, del divorcio entre la asistencia y la docencia. Espero que se pueda resolver el problema de la integración y de las plazas vinculadas en nuestra disciplina.

**Palabras clave:** Docencia. Medicina Legal. Integración funciones docentes y asistenciales.

**Abstract:** Teaching Forensic Medicine in Spain is suffering from a series of weaknesses. The need to integrate both teaching activities and expert health-care activities is urgent and necessary. We are suffering intensely from what can be called the «Matthew effect in Science», paraphrasing the disciple in that, *for whoever has, to him more shall be given, and he will have an abundance; but whoever does not have, even what he has shall be taken away from him*; the asymmetries in the different universities regarding staff and assignment of teaching credits, are a reality that requires the application of measu-

---

\* Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

res, which, within the context of the university autonomy and the curriculum reforms, are impossible to apply. The problem at the core of our situation is, in my opinion essential and basic, one of discrepancy between health-care and teaching. I hope that the problem of integration and of *plazas vinculadas* (associate positions) in our discipline can be solved.

**Key words:** Teaching. Forensic Medicine. Integration of teaching and health-care functions.

«Una cabeza sin memoria es como una fortaleza sin guarnición».  
Napoleón Bonaparte

Nos convoca aquí a todos, un hecho triste, la muerte y la ausencia física de un amigo, que vive en nuestra memoria y en nuestros corazones y que hoy mas se hace presente en el *collage* de nuestros recuerdos compartidos.

En honor a mi amigo José Luis, me van a permitir que sea rabiosamente sincero. Muchas de estas reflexiones reflejan algunas de las conversaciones mutuas, pero quiero dejar claro que lo que expreso son mis reflexiones, enriquecidas en muchos casos por sus consideraciones, siempre oportunas y siempre inteligentes, muchas gracias José Luis por el regalo inmenso de tu amistad.

Hablar de la docencia de la medicina legal en nuestro país exige unas dosis importantes de resignación y de paciencia. En el momento actual el remolino de la convergencia europea nos arrastra hacia un *vórtice maligno*, una pléyade de términos se repiten hasta la saciedad en numerosos documentos, créditos ECTS, espacio europeo de educación superior, fichas y memorias docentes, educación en resolución de problemas, competencias, etc., se convierten en el camuflaje de la realidad de siempre, y espero de todo corazón que no sea la realidad para siempre. Estamos bajo la amenaza de los nuevos expertos en la convergencia europea y espero que no les sea de aplicación la definición de experto que hizo Niels Bohr: «Un experto es un hombre que ha cometido todos los errores posibles en un campo muy pequeño». Aunque tengo lamentablemente muchas dudas. Estoy de acuerdo con la frase de Coleridge «Para la mayoría de los hombres, la experiencia es como las luces de popa de un barco, que iluminan sólo el camino que queda a la espalda».

Nos encontramos al menos en una revolución terminológica, no sé si real, en nuestra docencia, y afrontamos el reto con una renovación formal pero arrastrando los mismos errores de siempre. La formación Médico legal no puede fragmentarse en pregrado, grado y postgrado, es un proceso continuo, donde la dosificación, la integración y la coordinación de los contenidos debe ser la norma, y donde no se puede separar las actividades asistenciales, las docentes y las investigadoras. Una vez más nuestra disciplina se encuentra como Ulises y sus hombres, entre Escila y Caribdis, entre la tendencia científico-panteísta muchas veces suicida de nuestra especialidad, y la fragmentación excesiva en una superespecialización no siempre racional, ni siempre razonable. El ejemplo de la bioética actual, o la valoración del daño, merecen una reflexión sobre el papel jugado por nuestra disciplina. Es evidente que al hablar de nuestra especialidad, no me refiero a un concepto abstracto y universal, hago referencia a todos y cada uno de los que la practicamos en sus diferentes contenidos y actividades.

La docencia de nuestra disciplina adolece de una serie de debilidades objetivas en el contexto actual, donde la necesidad de la integración entre

las actividades docentes y las asistenciales periciales es urgente y necesaria. Padecemos de forma intensa lo que se puede denominar el efecto Mateo en la Ciencia, parafraseando al evangelista *a los que más tienen más se le dará y a los que menos tienen, aun lo poco que tienen se les quitará*, las asimetrías en las diferentes universidades en plantillas y en asignación de créditos docentes, es una realidad que requiere la aplicación de medidas, que en el contexto de la autonomía universitaria y de las reformas de los planes de estudio resultan imposibles de aplicar.

En el núcleo de nuestra situación está el problema, a mi juicio esencial y básico, del divorcio entre la asistencia y la docencia. Espero que se pueda resolver el problema de la integración y de las plazas vinculadas en nuestra disciplina. Me van a permitir una breve y apasionada reflexión sobre el problema entre la medicina legal teórica y la medicina legal práctica.

Enfrentarnos a ciertos problemas, supone asumir previamente la existencia de un conflicto, es decir de partes que mantienen actitudes diferentes, es posible, pero me permitirán que «medicalice» la situación, ante un enfermo caben interpretaciones distintas sobre su diagnóstico y por supuesto estrategias diferentes de tratamiento. Pero todos deberemos estar de acuerdo en que estamos ante un enfermo. La Medicina legal española, está enferma, esto no es una opinión, es un hecho.

Desde el inicio asumo, mi parte de culpa, en esta situación difícil de comprender y más difícil aún de justificar y mantener. Ya que no puedo ser rigurosamente objetivo, me van a permitir que sea rabiosamente sincero, decía Averroes: «Hay cuatro cosas que no pueden ser escondidas durante mucho tiempo: la ciencia, la estupidez, la riqueza y la pobreza». Y en nuestra disciplina se ha cumplido estrictamente esta sentencia.

¡Ya tenemos Institutos de Medicina Legal!, ¿pero ha cambiado de verdad la situación? ¿Cuántos permitirían una auditoria de calidad al estilo de lo realizado recientemente en Portugal? ¿Cuáles son las relaciones de la medicina legal universitaria con los institutos? ¿Cuáles son las razones de esta situación?

Las situaciones actuales son el producto de una concatenación de causas que juegan y han jugado en un escenario muy peculiar y donde los errores, la ignorancia y las actuaciones corporativas han sido los protagonistas con más frecuencia de lo debido. De otra parte se han escuchado a guionistas sin capacidad para escribir con claridad el libreto de una obra con exceso de autores, con una pésima dirección artística y con buenos actores que asistían y asisten perplejos al desastre. Como siempre ocurre, en las buenas películas, el malo de la obra, tiene rasgos y gestos que le confieren una apariencia equívoca, bueno casi todos los malos, y en honor a la verdad, han existido grupos que desde el principio no ha dejado lugar a dudas sobre su papel. Si en el Ministerio de Justicia los culpables están identificados y algunos cuentan con algunos atenuantes, el papel del

Ministerio de Educación no tiene ni un sólo atenuante, solo agravantes de una trayectoria rica en errores y con todas las sombras posibles.

Mantendré una prudente reserva sobre el papel «dinamizador» de algunos asesores del Ministerio de Justicia en esta materia. Quiero subrayar el «algunos», porque soy testigo y conozco el papel honesto, serio y responsable de «muchos»; desgraciadamente en nuestro país, persiste una antigua maldición, que rara vez no se cumple, a peor intención y a mas dosis de ignorancia del asesor de turno, mas probabilidades hay de que prosperen sus criterios y consejos. Es cierto que de vez en cuando es posible escuchar voces sensatas, pero terminan habitualmente por no ser escuchadas, decía John Powell «El único error real es aquél del que no aprendemos nada». Me adhiero a esta frase y lamento la persistencia de una situación difícil de aceptar, como monumento que refuerza este hecho, el libro blanco de la Medicina Legal que amarillea por el paso del tiempo y la ausencia de responsables políticos que quieran leer y aplicar su contenido.

Las soluciones aparecen inciertas en un horizonte donde la esperanza es un acto voluntarista en el mejor de los casos. La reconstrucción sobre los actuales cimientos es la mejor de las peores soluciones, demasiadas inercias juegan para pensar que no van a provocar una deriva sobre la trayectoria prevista. ¿Qué hacer?, lamentarse y aceptar con resignación franciscana una realidad manifiestamente mejorable, o intentar aplicar soluciones aunque sean imperfectas, para buscar una situación menos mala.

La disyuntiva no ofrece ninguna duda, es mejor lamentarse de haber cometido errores que de no haber actuado. La medicina legal universitaria puede, tiene y debe participar de forma activa en los Institutos, la asistencia es un elemento inseparable de la Docencia, no se comprende una sin la otra. Esto que resulta manifiestamente claro en todas las especialidades médicas, no se ha conseguido y hasta hay que explicarlo una y otra vez en la medicina legal, mirar a Europa se convierte en un ejercicio de sana envidia, Portugal nos lleva lustros de ventaja y camina con firme resolución hacia un modelo que reúne altas dosis de sensatez y eficiencia, Alemania nos lleva demasiado camino, y mientras nosotros como las mariposas revoloteamos en torno a la vela de la realidad que acaba quemándonos las alas.

¿Cómo se puede integrar la universidad en el actual sistema? ¿Qué precio puede pagar? ¿Cuáles son los riesgos y las ventajas? Las respuestas acuden confusas y en tropel y requieren un análisis desde la realidad presente.

Existe un hecho objetivo, la medicina legal práctica en España, tiene un modelo diferente del resto de Europa, «Spain is different», dice el lema turístico, pero a mi no me entusiasma la diferencia en sí, sino si nos acercamos o nos alejamos de unos estándares de calidad europeos. La respuesta a mi juicio es rotundamente clara y no admite dudas. Nuestra medicina legal práctica no está entre las mejores de Europa.

Lo habitual en este país, es localizar un culpable y volver a los tradicionales autos de fe y exorcizar los problemas. Me van a permitir que eluda «la búsqueda del culpable» y afronte la búsqueda de soluciones. La tan traída y llevaba convergencia europea puede ser una de las excusas para aproximarnos a las naciones situadas en el tercio superior de la eficiencia. Austria, Alemania, Suecia, y si no me permitirán que quiera converger con Portugal.

¿Qué podemos aprender de nuestros vecinos?; de Portugal cómo afrontar los problemas y de Francia, cómo no hacerlo. Resulta fácil, tenemos lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer, no se puede pedir más.

Desgraciadamente surgen una legión de agoreros y profetas que amenazan con las penas del infierno y todos los males posibles; es verdad que la autocomplacencia es una potente droga que anestesia el sentido crítico, pero también la esperanza a veces es como la luz y puede colarse por los más finos resquicios. Pensar que la vinculación de los profesores universitarios a los institutos es la «Triaca Magna» para el tratamiento de la enfermedad, es cuanto menos un ejercicio de ingenuidad, que no me está permitido. Pero permitiría abrir un camino de enriquecimiento mutuo; queda el espinoso asunto de cuáles serían los niveles profesionales y cómo se podrían articular jerárquicamente; para mí no habría más problemas que los derivados de las suspicacias mutuas y del eterno afán de protagonismo. Las soluciones, las de siempre, los tan traídos y llevados criterios de conocimiento y competencia profesional. No existe en este caso la razón completa en ninguno de los dos grupos «profesionales», podemos cambiar culpables, como se hacía hace mucho tiempo con los cromos, pero no es éste el problema. La realidad exige sobredosis de sentido común, pero de nuevo surge un atavismo muy hispánico, identificar el sentido común con el criterio propio, y con la defensa de los intereses personales. Habrá que incorporar el concepto global de «calidad», integrando el rigor científico, la eficiencia y la eficacia (conceptos estrechamente unidos entre sí), para la asignación de los puestos, respetando un principio fundamental de la «física funcional», los derechos adquiridos.

¿Qué administración asume los costes? En este momento con las transferencias casi finalizadas a las comunidades autónomas, la solución es más sencilla, realmente hablamos de cantidades poco importantes, si aplicamos los módulos existentes en las plazas vinculadas de los hospitales universitarios, el número de personas que vincularían no pasaría de una media de seis personas por comunidad autónoma, en un horquilla de 3-15 personas, conviene recordar que la vinculación debe ser un proceso bidireccional: médicos forenses-universidad y al contrario, los criterios, los de siempre mérito y capacidad.

La financiación de los Institutos de Medicina Legal, requiere una actualización sensata, adaptada al cumplimiento de sus fines y de acuerdo a su actividad. No vendría mal una actualización del presupuesto público asig-



nado a Justicia, nos encontramos ante una auténtica «Deuda histórica» pendiente de resolución.

Otro problema esencial es la necesidad imperiosa de la especialización (Psiquiatría Forense, Patología Forense, etc.). La especialización es un fenómeno al que no es posible dar la espalda; en nuestro país hablar de Patología Forense es convocarnos al lamento colectivo, cualquier comparación con nuestro entorno europeo no resulta odiosa, es simplemente triste.

Creo de corazón que la propia especialidad de Medicina Legal, requiere una reflexión crítica profunda, tanto o más como el temario de las oposiciones al cuerpo de Médicos Forenses. Pero me temo que el enfermo no está para grandes intervenciones quirúrgicas, necesita primero «una estabilización de sus constantes».

Quiero llamar al sentido común, que en este caso es llamar a la esperanza, y espero que la repuesta esté en la línea de la situación de la Medicina Legal española. No actúo más que en nombre propio y de mis convicciones. Pido disculpas de antemano a aquellos que puedan sentirse heridos, no ha sido mi intención, parafraseando a la conocida sentencia árabe «solo ellos sabrán por qué».

## REFLEXIÓN SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA MEDICINA LEGAL Y FORENSE

CLAUDIO HERNÁNDEZ CUETO\*

**Resumen:** Después de un periodo de esperanza justificado por cambios legislativos que podrían haber permitido una modernización real de la Medicina Legal y Forense en España con la creación de una red de Institutos de Medicina Legal que albergaran realmente a todos los profesionales de cualquier origen, nos encontramos en una nueva situación anacrónica, muy similar a la anterior, de desarticulación de la Medicina Legal y Forense, con separación de la vertientes judicial y universitaria, desaprovechando la potencialidad del personal y los medios existentes en nuestro país, y ello merced a la reiterada desorganización que no parece seamos capaces de abordar en pos de un mejor servicio de nuestra sociedad, evitando intereses corporativos o personales.

**Palabras Clave:** Institutos de Medicina Legal. Medicina Forense. Universidad. Administración de Justicia.

**Abstract:** After a period of hope justified by legislative changes that could have permitted a real modernisation of Legal and Forensic medicine in Spain –with the creation of a network of Legal Medicine Institutes that would really house all the professionals of any origin–, we encounter a new anachronistic situation. This is very similar to the previous one: fragmentation of Legal and Forensic Medicine, separating the judiciary from the university aspects, not making good use of the potentiality of the personnel and means that exist in our country. This is due to the repeated disorganisation that we do not seem to be able to address in pursuit of a better service for our society. It would be necessary to avoid corporativeness and get away from personal interests.

**Key words:** Institutes of Legal medicine. Forensic Medicine. University. Justice. Administration.

---

\* Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada.

Como consecuencia de la triste pérdida del Prof. Romero Palanco, la Revista *Ciencia Forense* –y la Profa. Martínez Jarreta al frente– toma la magnífica iniciativa de publicar un número en su memoria, en el que reflexionar brevemente sobre la situación actual de la Medicina Legal y Forense.

En el año 2002, creo recordar que con motivo del inicio de la andadura de esta revista, pudimos participar afrontando un análisis similar («Presente y futuro de la Medicina Legal y Forense»). Desgraciadamente, muchas de las palabras que entonces tuve la ocasión de publicar no han perdido ni significado, ni actualidad:

«El desarrollo en nuestro país de una Medicina Legal esencialmente judicial, que respondió a una necesidad concreta de un tiempo ya pasado que fue atendida con una buena solución, pero determinó una separación lesiva de la Medicina Legal española de la evolución científica desbordante que se estaba produciendo.

Este proceso se ha hecho especialmente evidente en los últimos cuarenta años, dando lugar a la existencia de dos tipos de profesionales, con actividades diferentes dentro de la Medicina Legal, con intereses comunes y con actitudes enfrentadas. Ello, acompañado de ciertas situaciones legislativas y políticas criticables, nos ha llevado a tan profunda crisis, que ha determinado una absoluta separación entre ambos grupos de profesionales, que actúan a espaldas los unos de los otros, ignorando las actuaciones del grupo complementario –considerado en algunas ocasiones contrario– y que nos ha llevado a plantearnos si no seremos capaces de afrontar con sentido verdaderamente pragmático, crítico y realista, la situación actual de nuestra especialidad y ser capaces de mejorarla y adaptarla a las necesidades que el futuro, e incluso el presente, nos exigen. La situación se complica desde hace pocos años por el desarrollo de la valoración médica del daño corporal, que a todos ha sorprendido, y está dando lugar a una generación natural de profesionales dedicados de modo específico a ella, con orígenes diversos y variada formación previa. Recientemente en una lista de correo electrónico española sobre el tema se discutía con intensidad sobre dicho grado de especialización entre varios profesionales tras la pregunta formulada por un letrado que precisaba de un especialista.

El panorama es desolador: nos encontramos ante la única materia médica donde existen diversos tipos de especialistas, dependientes de diferentes departamentos de la Administración que no son capaces ni se muestran interesados en, al menos, colaborar. Nos encontramos ante la única materia médica que se permite el lujoso error de emplearla en la administración diaria del Estado, y para asuntos de la máxima trascendencia, mediante profesionales sin formación universitaria especializada, sin medios, sin soporte y asistencia técnica cercana y moderna, sin la existencia de equipos multidisciplinares que los propios asuntos exigen y ante una parte del Estado que no valora su trabajo verdaderamente científico, para basarse tan sólo en la

anécdota de una opinión personal para tomar decisiones judiciales de trascendencia suma para el honor, la fortuna, la salud o la libertad de las personas. Nos encontramos ante la única materia médica que se permite el lujo de poseer profesores sin posibilidades para el ejercicio práctico de la profesión –con el indiscutible desconocimiento que para esos profesores genera–, pero que deben soportar la responsabilidad de formar nuevos médicos que nutrirán las filas de los profesionales precisos en el futuro. La única materia médica que no disfruta del monopolio del ejercicio de su especialidad; especialidad caracterizada por la pericia médica y pericia que, al amparo de obsoletas leyes procesales, permite la intervención de cualquier profesional especializado o no. La situación en este sentido es tal que jueces, magistrados y todos los ciudadanos aceptan informes de cualquier profesional para sus decisiones (como también hace el resto de la Administración), mientras que no permitirían ninguna actuación médica sobre ellos o sus allegados que no realice un médico especialista, formado en un centro sanitario o universitario al que haya llegado por la vía MIR. La única materia, en fin, que se permite el triste lujo de crear y sustentar Escuelas Profesionales de Especialización para formar especialistas que no tienen puestos de trabajo reconocidos en nuestra sociedad.

¿Cómo es posible la concatenación de tal número de soberanos disparates? ¿Cómo es permisible si existen modelos modernos de organización profesional en todos los países que nos rodean? ¿Cómo aceptable si la propia norma en España prevé desde hace más de diez años la aplicación de dicho modelo en nuestro país?

Efectivamente, soy un absoluto convencido que la única solución y la mejor para la resolución del presente y del futuro de la Medicina Legal en España pasa por la creación de una completa y tupida red de Institutos de Medicina Legal (IML), de firme base universitaria, aplicados a la docencia, la investigación y la aplicación práctica de la Medicina Legal en exclusividad. De centros multidisciplinarios que permitan el ejercicio de una Medicina Legal moderna en todos los ámbitos, que nuestra sociedad demanda y ya paga, aunque no la recibe. Una red de IML donde radicaría la formación de los Médicos Especialistas en Medicina Legal y Forense, existiendo en ellos los medios precisos para la formación teórica y práctica de máximo. Una red de IML que sí podría ofrecer a la Administración de la Justicia y a la sociedad en general una Medicina Legal moderna y, por consiguiente, una pericia médica actualizada, científicamente sólida, que permitiría que el Médico Forense trabajara con el respaldo de los medios técnicos precisos, con el respaldo de los equipos multidisciplinarios y completara su propia formación hasta el máximo grado de especialización y su situación profesional con el contacto diario con el discente universitario de pre- y postgrado».

Creo, en la actualidad, que se trata de una misión imposible por la coincidencia de factores diversos:

1.º No hemos aprovechado el cambio legislativo y organizativo de los últimos años para corporativamente conseguir una red de Institutos Mix-

tos (Universidad-Administración de Justicia) en todas las ciudades con sede universitaria y departamento de Medicina Legal, que se situaran a la cabeza del resto de los Institutos de Medicina Legal en materia docente e investigadora y a la par en la actividad pericial.

2.º No hemos encontrado, como consecuencia de lo anterior, la vía natural de salida y ejercicio profesional de los nuevos especialistas surgidos de las Escuelas Profesionales, con lo que se mantiene la absurda situación ya comentada y hemos condenado a dichas escuelas a su muy probable desaparición en pocos años. A ello se le sumará no haber sido capaces de ligar, de algún modo, la formación especializada obligatoria con la carrera profesional de Médico Forense.

3.º La Administración, central y autonómica, ha deseado mantener la separación Medicina Forense (en la Administración de Justicia) frente a Medicina Legal (en la Universidad), asegurándose el control de la labor pericial médica oficial que tanto le interesa pero a la que tan bajo valor asigna en la mayoría de las ocasiones.

4.º Una gran parte del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses ha preferido el mantenimiento de esta situación para un mejor control de su autonomía (premiada ya ante la Administración con la propia creación de los Institutos), manteniéndose alejados del ámbito universitario que podría ponerles trabas en su desarrollo profesional. Esta situación se ha visto incrementada por la habitual contratación de médicos de forma temporal para cubrir las plazas de Médico Forense, en muchas ocasiones durante muy largos periodos de tiempo. Se constituyen en un nuevo grupo de profesionales para los que cualquier cambio supone una amenaza.

5.º La Universidad se ha desinteresado de este problema y no ha tomado iniciativas propias que permitieran la creación de esos Institutos Mixtos facilitando y promocionando la incorporación de los Médicos Forenses Titulares al ámbito y carrera universitarios.

6.º Probablemente, como sucedió en ocasiones anteriores, los profesionales universitarios no hemos sido capaces de convencer de nuestro interés de colaborar, de trabajar juntos, y en cambio hemos manifestado nuestro deseo de participar para dirigir y modificar.

Escribí también en el año 2002 que *«los conflictos profesionales entre los diversos médicos que trabajamos en actividades médico-legales pueden parecer los más difíciles de salvar. Sería de los más lamentable que dicha afirmación no pudiera ser desautorizada. Se ha tardado muchos años para que exista una ocasión de verdadera renovación de la Medicina Legal como la que podemos conseguir desde hace un decenio. Impedirla por la ausencia de generosidad de aquellos que la conformamos sería el más grave de los errores y hay que lanzar la voz de alarma porque así está sucediendo. La integración de todos los profesionales de la Medicina Legal en iguales condiciones es imprescindible. Si no poseemos la visión de futuro mínima precisa para darnos cuenta de ello, para comprender que la oportunidad para hacerlo se acaba, y puede tardar mucho en llegar otra, si no*

*somos lo suficientemente generosos para conseguir un acuerdo entre compañeros, entonces merecemos que las cosas continúen en la pobre situación actual. Sin embargo, no se lo merecen las generaciones futuras y esa sí será entonces nuestra verdadera y grave responsabilidad».*

Entonces igualmente proponía una serie de actuaciones inmediatas y urgentes para ser capaces de alcanzar las metas que el momento histórico exigía, como eran:

1. Creación de los Institutos Mixtos de Medicina Legal (Ministerio de Justicia-Universidades).

2. Adscripción por áreas geográficas de todos los Médicos Forenses y profesores universitarios de Medicina Legal en sus correspondientes IML.

3. Incorporación de los Médicos Forenses a las plantillas docentes de las correspondientes Universidades según su grado de especialización y formación, desde Profesores Ayudantes hasta Profesores Numerarios.

4. Establecimiento de sistemas de contratación de los profesores universitarios de los IML por la Administración de Justicia.

5. Establecimiento de las Escuelas Profesionales de Medicina Legal en los IML.

6. Promulgación de vías extraordinarias y urgentes de obtención del título de Médico Especialista de Medicina Legal a los Médicos Forenses titulados.

7. Desaparición de cuerpos funcionariales como el CNMF e institución de un único cuerpo de Médicos Especialistas en Medicina Legal para atender a las necesidades de los IML.

8. Establecimiento de monopolio profesional en Medicina Legal y en la Pericia Médico-Legal para los Médicos Especialistas en Medicina Legal.

9. Limitación de las plazas de formación y las plazas de Médico Especialista de los IML a Licenciados y Doctores en Medicina y Cirugía que superen la prueba MIR.

10. Transformación del estado del Residente de Medicina Legal a situación similar a las Especialidades clínicas, prestando servicios profesionales en los IML y recibiendo la correspondiente contraprestación económica.

11. Ampliación de la formación especializada a un año más dedicado exclusivamente a la Valoración del Daño Corporal, permitiendo la participación de cualquier otro alumno que ostente la Especialidad de Traumatología y de Psiquiatría, lo que les habilitaría para la pericia en este ámbito médico-legal concreto.

12. Potenciación de la Sociedad Científica Española de Medicina Legal, representante única de dicho cuerpo de especialistas, facilitando la integración en paridad de otras agrupaciones afines nacionales o regionales.

Lamentablemente, hoy tengo que manifestar que no creo posible lo antedicho. Nada me gustaría más que tener que rectificar todas y cada una de estas palabras al comprobar cómo sí ha sido posible la integración Medicina Legal Universitaria y Medicina Forense dentro de la red de Institutos de Medicina Legal de nuestro país, tal y como mi propio maestro manifestó –precisamente en el acto homenaje en memoria del Prof. Romero Palanco celebrado en la Universidad de Cádiz el pasado año– que esperaba que sucediera en plazo no muy largo. Creo que los intereses personales, de grupo, primarán una vez más sobre los propios del interés común y, como también indiqué en su día, tendrá que pasar mucho tiempo antes que una nueva y profunda reforma permita obtener beneficios tan evidentes, como imposibles.

En la actualidad la Medicina Forense en la administración de justicia está conociendo cierto grado de desarrollo desde los IML, tanto en el ámbito pericial, como en el investigador e, incluso, en el docente, pero dependiendo ello más de la existencia de profesionales de competencia y comprometidos en institutos concretos, que de una adecuada planificación nacional. La colaboración con la Medicina Legal universitaria, a través de Comisiones de docencia y/o de investigación previstas en los Reglamentos de los IML, está quedando en lo meramente anecdótico, si es que en algún lugar han llegado a constituirse con verdadera intención de colaboración y trabajo. La Medicina Forense se desarrolla así en desorden, descoordinada, iniciando incluso intentos formativos de discutible calidad, siguiendo un camino equivocado y de lo que se obtendrá un rendimiento de escasa calidad. A la Medicina Legal mientras, no le cabe más que continuar vegetando, a una marcha reducida, en un ámbito cada vez más estrecho.

Para terminar, debo insistir en mi íntimo deseo de errar en mis augurios. Es lo único que resta ante la evidencia que podemos contemplar.

## **SITUACIÓN ACTUAL DE LA PLANTILLA DEL PROFESORADO EN EL ÁREA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE: UNA APROXIMACIÓN.**

*Dedicado a la memoria  
del prof. Romero Palanco*

JOAQUÍN J. GAMERO LUCAS\*

**Resumen:** En el presente trabajo, se llevó a cabo un análisis descriptivo simple sobre la situación en la que se encuentra la actual plantilla del Profesorado en el Área de Medicina Legal y Forense. Para alcanzar tal objetivo, se emplearon las fuentes del Instituto Nacional de Estadística, en lo que a datos generales se refiere, así como la entrevista personal, mediante comunicación telefónica, con el profesorado de cada una de las Áreas de Medicina Legal y Forense, repartidas por todo el territorio nacional. Finalmente, se llevó a cabo el correspondiente análisis estadístico, mediante el paquete informático STATGRAPHICS.

Cuando se analizó la evolución del profesorado en el Área de Medicina Legal y Forense durante la última década (1999-2008), atendiendo a los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La citada evolución puso de manifiesto que el número de profesorado numerario, apenas sufrió modificación alguna. No obstante, se observó en la década estudiada (1999-2008), que el número de contratados fue creciendo hasta el año 2006, apreciando un ligero descenso a partir de entonces.

**Palabras llave:** Profesorado. Medicina Legal y Forense. Situación actual. Evolución.

---

\* Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Cádiz.



**Abstract:** This paper carries out a simple descriptive analysis of the situation of the current teaching staff in the Legal and Forensic Medical Area. To reach this objective, the sources of the National Institute of Statistics were used, insofar as general data are concerned, as well as personal interviews. Teaching staff of each one of the Legal and Forensic Medicine Areas, distributed throughout the national territory have been interviewed. Finally the relative statistical analysis have been carried out using STATGRAPHICS software.

When the evolution of the teaching staff in the Legal and Forensic Medicine Area throughout the last decade (1999-2008) was analysed, in agreement with the data provided by the National Institute of Statistics (INE), this evolution showed that the number of permanent lecturers hardly underwent any modification. However it was observed in the decade studied (1999-2008), that the number of hired staff increased until 2006, after which a slight decrease was noticed.

**Key words:** Teaching staff. Legal and Forensic Medicine. Current situation. Evolution.

A nadie se oculta, la dificultad que para alguno de nosotros puede entrañar el expresar en público nuestros sentimientos. Sin embargo, y aunque me vea inmerso en esta última circunstancia, no quisiera dejar pasar esta ocasión, sin comentar ante los que fueron sus compañeros, algunas palabras para recordar la figura del Prof. Romero.

Siempre he creído que no hay mejor manifestación del cariño y respeto hacia una persona fallecida, que aquella que se le brindó durante su vida y se conservó tras su muerte. De aquí, posiblemente el origen de mi dificultad para hablarles del que fue, durante más de 25 años, responsable de la disciplina de Medicina Legal y Forense en esta Facultad de Medicina. De hecho, no debo ocultarles, que para mi ha sido más fácil trabajar en la organización de la presente jornada, que evocar mis sentimientos o incluso hacer mención de los gratos momentos vividos entorno a José Luis.

Espero sinceramente haber aprendido de él lo suficiente, para errar lo menos posible. Dado que a partir de ahora, lo que haga bien o mal solo dependerá de mi mismo.

Una vez realizado este breve comentario en relación con la figura del Profesor Romero Palanco, al que en el día de hoy se le brinda un merecido homenaje, me corresponde a continuación, realizar un análisis descriptivo simple, sobre la situación en la que se encuentra la actual plantilla del Profesorado en el Área de Medicina Legal y Forense. Para alcanzar tal objetivo, debe significarse la necesidad esencial de hacer uso de las fuentes del Instituto Nacional de Estadística, en lo que a datos generales se refiere, así como a la entrevista personal, mediante comunicación telefónica, con el profesorado de cada una de las Áreas de Medicina Legal y Forense, repartidas por todo el territorio nacional (tabla 1). Finalmente, se llevó a cabo el correspondiente análisis estadístico, mediante el paquete informático STATGRAPHICS.

**Tabla 1**

Fuentes y áreas de Medicina Legal y Forense consultadas.

<p><b>FUENTES CONSULTADAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- INE</li><li>- Contacto directo Telefónico.</li></ul> <p><b>Total de Áreas de M-L consultadas: 24</b></p> <p><b>No se han obtenido datos de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Universidad de Alcalá</li><li>Universidad Complutense de Madrid</li><li>Universidad Rovira i Virgili</li><li>Universidad San Pablo CEU</li></ul>
--

No parece muy desacertado señalar, que para establecer el diseño de un sistema de formación, dirigido a facilitar la práctica de las nuevas tareas, recogidas en el proceso de Convergencia Europea, se haga necesario disponer de una visión de conjunto cuantitativa sobre el desarrollo y escenario actual de las plantillas universitarias.

El incremento desde 1971 a 2001, del número total de profesores de las universidades españolas puede observarse en la figura 1. No obstante, se ha de señalar que la evolución de los totales representados en la citada figura, no refleja la verdadera magnitud en materia de plantillas docentes universitarias, por cuanto no tiene en cuenta la titularidad de los centros, las áreas de conocimiento, ni el incremento del número de funcionarios docentes.

En la figura 2 se compara, el incremento porcentual que ha tenido el estamento de profesores, al que se hacía referencia en líneas precedentes, con la evolución apreciada, durante los mismos años (1972-2001), para el número de estudiantes que acceden a la Universidad. En la citada gráfica (Figura 2), se alcanza a comprobar, cómo el crecimiento acumulado del profesorado no se asemeja al de los estudiantes universitarios hasta que en el año 2000 tiene lugar una clara reducción del número total de estudiantes, como consecuencia del descenso demográfico.

De hecho el indicador, número de estudiantes por profesor no mejora su nivel de 1971, hasta treinta años después (figura 3).

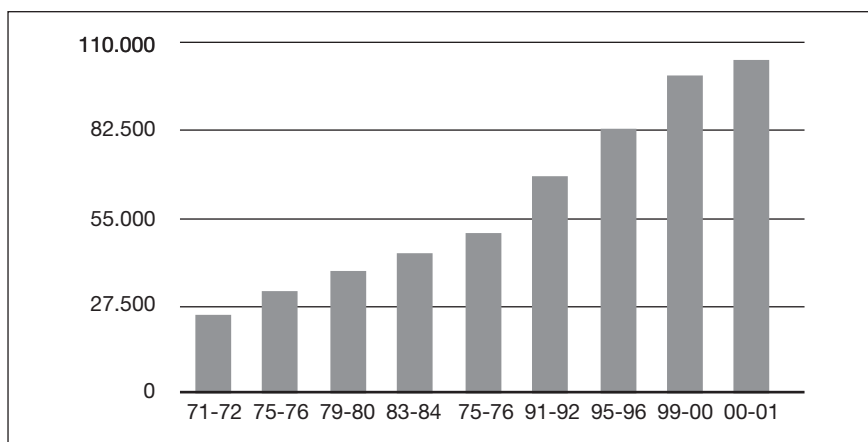
En otro orden de cosas, se ha poner también de manifiesto, como puede apreciarse en la tabla 2, la evolución observada para el total del profesorado funcionario entre 1993-2003.

En las estadísticas publicadas en el 2004 sobre el profesorado contratado, se podía comprobar el incumplimiento del límite que se establecía para los asociados, en este sentido el artículo 48.1 de la LOU, establecía que el profesorado contratado no podía superar en número al de los profesores de cuerpos docentes, sin embargo, en la práctica, se llegaba en el conjunto de las universidades al 54,5%.

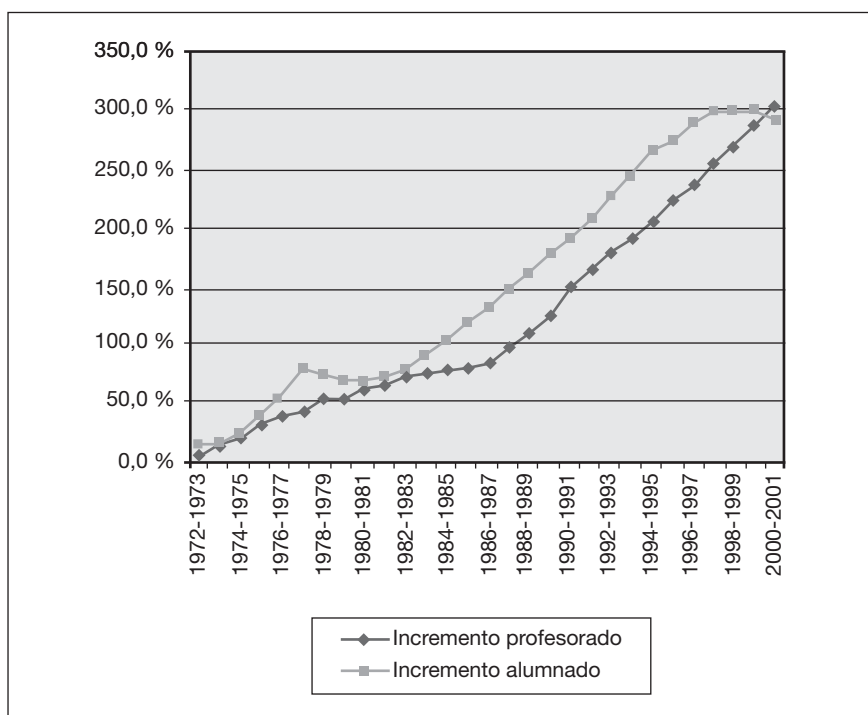
En la Figura 4 se reproducen los porcentajes en la universidad española del profesorado de ambos sexos, atendiendo a la edad.

En la citada figura 4, se hace evidente la evolución de la participación de la mujer en las plantillas docentes universitarias del territorio nacional, la citada participación, ha permitido que en la actualidad sean mayoría dentro del colectivo más joven.

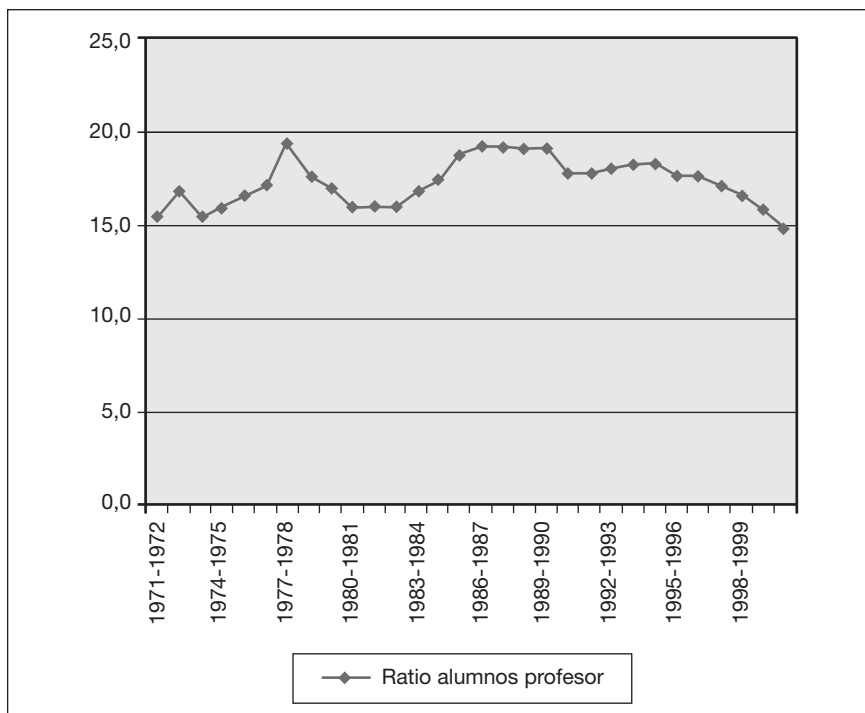
En el ámbito ya de las Áreas de Medicina Legal y Forense, adscritas a las diferentes Universidades españolas (septiembre de 2009), se representa en el diagrama de sectores (Figura 5), las diferentes categorías de profesorado, así como el número que corresponde a cada una de ellas, exceptuando las Universidades comentadas (Alcalá, Complutense de Madrid, Rovira i Virgili, y San Pablo CEU).



**Figura 1.** Incremento desde 1971 a 2001 del número total de profesores de las universidades españolas.



**Figura 2.** Incrementos porcentuales acumulados del número de profesores y estudiantes durante los cursos 1972-2001.

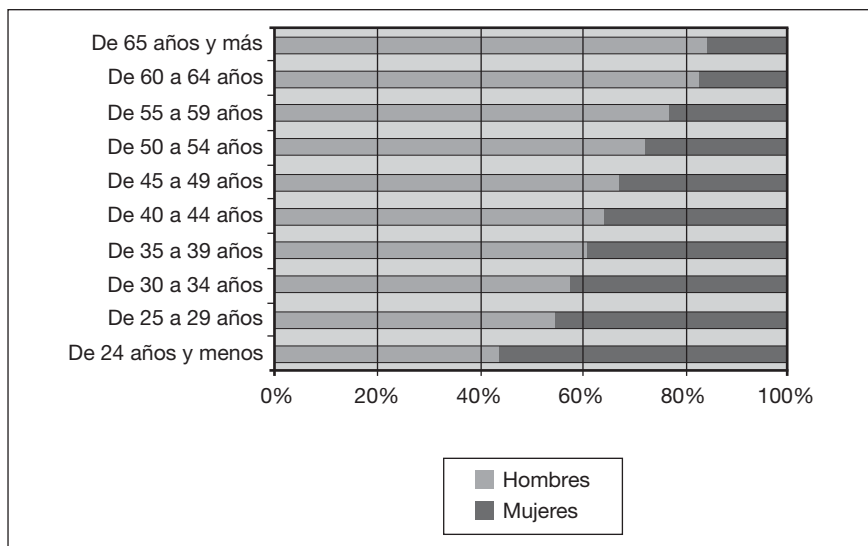


**Figura 3.** Relación estudiantes/profesor durante el periodo 1971-2001.

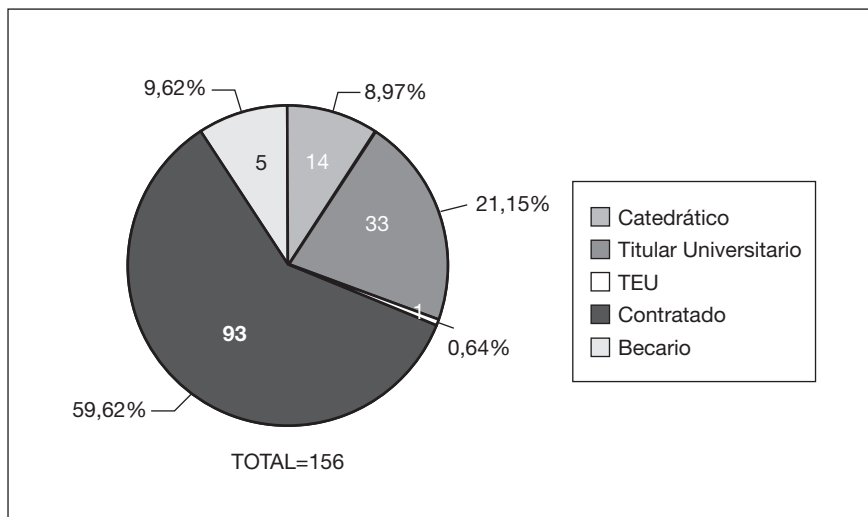
**Tabla 2**

Evolución del profesorado funcionario entre 1993-2003.

	CU	TU	CEU	TEU	TOTAL
Enero de 1993	5.081	15.178	1.250	7.238	28.747
Enero de 2003	7.932	25.633	2.271	11.114	46.950
Diferencia	2.851	10.455	1.021	3.876	18.203
Incremento	56 %	69%	82%	54%	63%



**Figura 4.** Porcentajes de profesorado atendiendo al género y edad (Universidades Españolas).



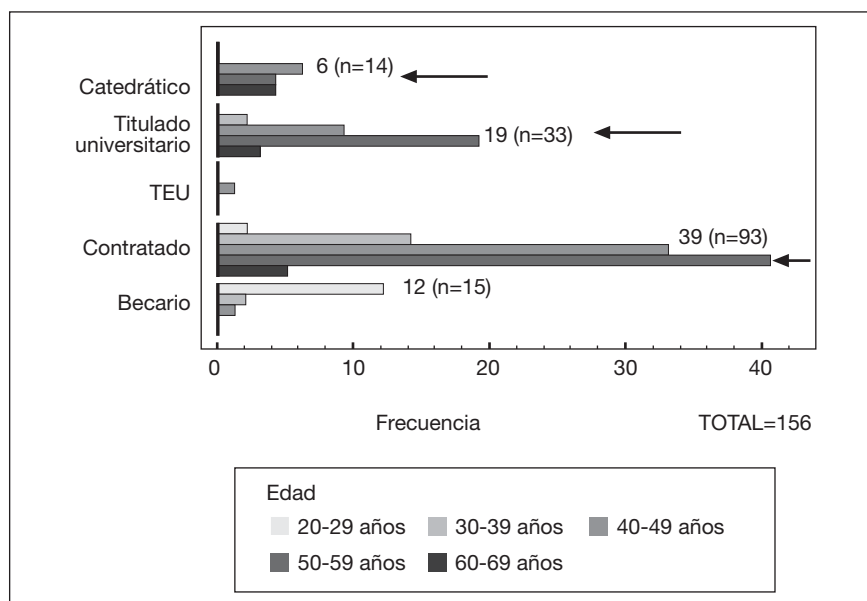
**Figura 5.** Categorías del profesorado en el Área de Medicina Legal y Forense (septiembre, 2009).

En la figura 6, se aprecia la distribución por décadas de edad, atendiendo a las diferentes categorías de profesorado en nuestra Área de Conocimiento. En relación con esta última cuestión, debe señalarse que el mayor número de docentes pertenecientes a la categoría de profesores Titulares de Universidad, así como a la de profesores Contratados, se encuentran en las décadas de la vida comprendidas entre los 40 y 59 años. Asimismo, dentro de este último rango de edad, el grupo mayoritario vino representado por el profesorado incluido dentro de la década de la vida comprendida entre 50-59 años.

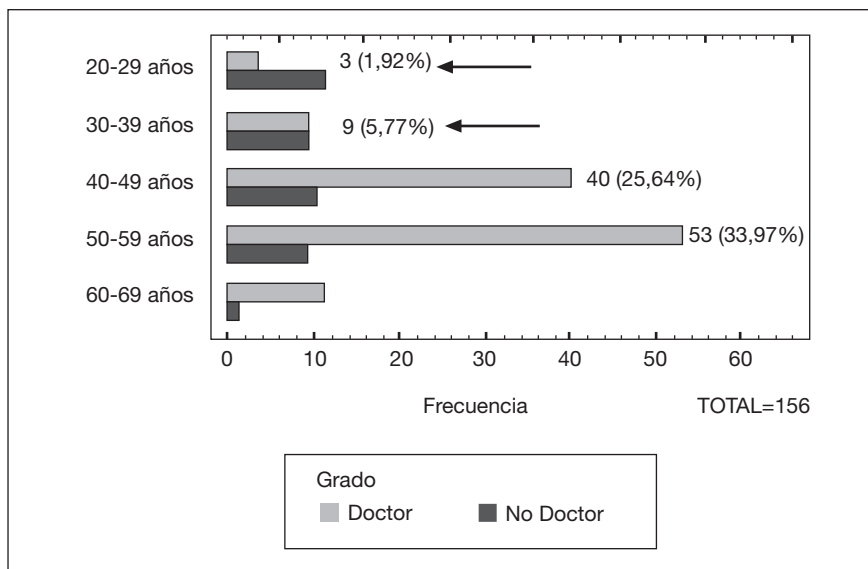
Debe también señalarse, como se puede apreciar en la figura 7, el escaso número de doctores existentes en nuestra Área de Conocimiento. La citada escasez, se va a concentrar en 20 a 29, así como de los 30 a 39 años.

Asimismo, se pudo apreciar, como dentro de la escala de Profesores Contratados, el número total de médicos forenses ascendía a 53 (56.99%), encontrándose en posesión del grado de doctor 31 de los médicos citados (56.36%).

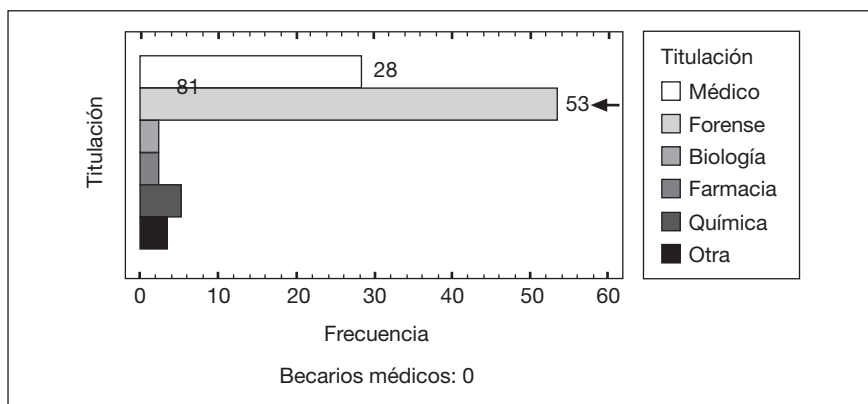
En cuanto a la titulación que poseía el profesorado contratado del Área de Medicina Legal y Forense (N° total de contratados 93). Se pudo comprobar, cómo la mayoría de ellos eran médicos y dentro de esta titulación, un elevado número ejercía como médico forense (Figura 8).



**Figura 6.** Categoría del profesorado (Área Medicina Legal y Forense), según edad.



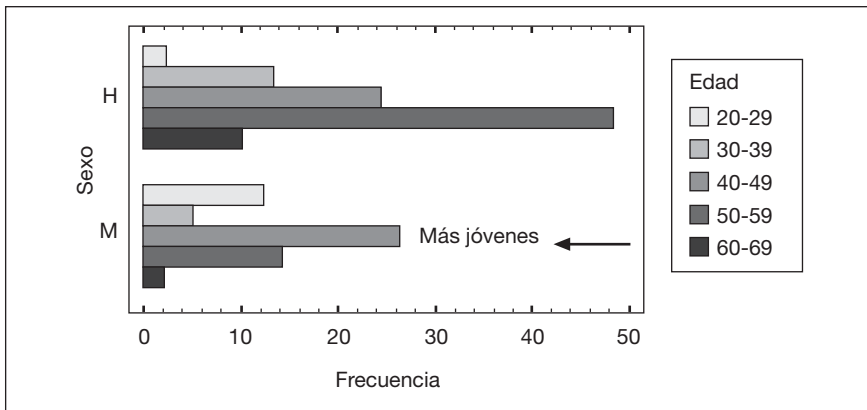
**Figura 7.** Grado del profesorado (Área Medicina Legal y Forense), según edad.



**Figura 8.** Titulación de los profesores contratados en el Área de Medicina Legal y Forense.

En relación con el género del personal docente e investigador (PDI), se pudo apreciar cómo los miembros incluidos en este estamento (PDI), pertenecían principalmente al género masculino. Se ha de significar también, que el grupo de mujeres pertenecientes al PDI, era por regla general más joven que el de los hombres (figura 9). Asimismo, no se pudieron apreciar





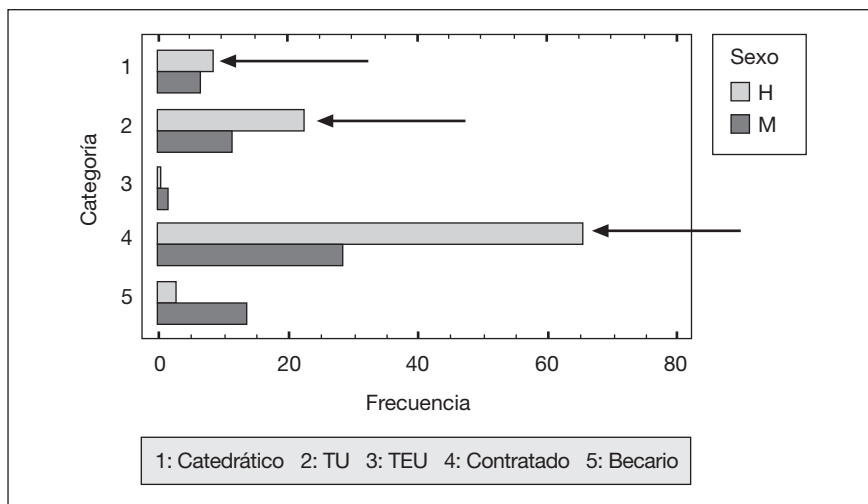
**Figura 9.** Género del personal docente e investigador (PDI) en relación con la edad.

diferencias significativas entre las tasas de doctores de uno y otro género. De otro lado, excepción hecha del estamento de becarios, se apreciaron claras diferencias, a favor del grupo de hombres, en la casi totalidad de los estamentos docentes del Área de Medicina Legal y Forense (figura 10).

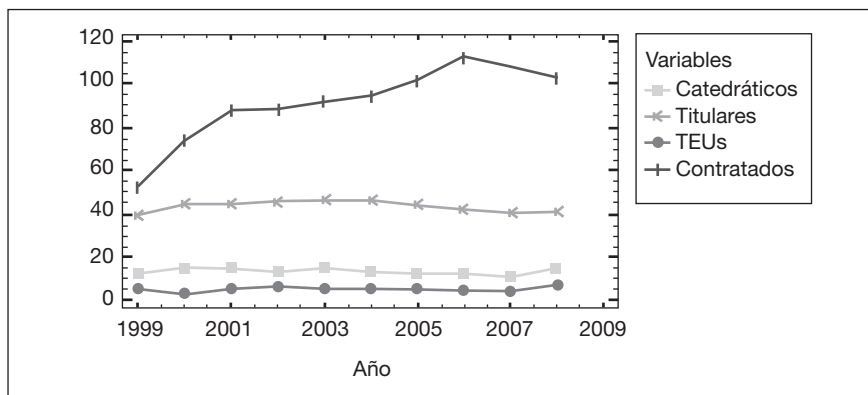
Cuando se analizó el número de Profesores Titulares y Catedráticos pertenecientes al Área de Medicina Legal y Forense por Universidad, se pudo comprobar cómo en seis universidades, del total que entraron a formar parte de este estudio (N=24), carecían de los estamentos citados (U. Autónoma de Madrid; U. de Extremadura; U. de Castilla-La Mancha; U. de la Laguna; U. de las Palmas; U. de Navarra). Debiendo señalar asimismo, la ausencia de médicos forenses como personal docente contratado en cinco Universidades, (U. de Barcelona, U. de Granada; U. de Santiago Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid).

Seguidamente, se analizó la evolución del profesorado en el Área de Medicina Legal y Forense durante la última década (1999-2008), atendiendo a los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La citada evolución puso de manifiesto que el número de profesorado numerario, apenas sufrió modificación alguna. No obstante, se observó en la década estudiada (1999-2008), que el número de contratados fue creciendo hasta el año 2006, apreciando un ligero descenso a partir de entonces (figura 11). En cuanto a la evolución sufrida por las otras escalas analizadas del profesorado, durante el citado periodo (1999-2008), se ha de poner de manifiesto la ausencia de diferencias que puedan ser destacadas (figura 11). En otro orden de cosas, se pudo determinar, durante el último curso estudiado (2007-2008), la existencia de un profesor contratado por cada 1.5 profesores pertenecientes a las diferentes escalas del funcionariado docente.

Finalmente, se analizó el grado de correlación lineal entre las diferentes categorías durante el periodo estudiado (1999-2008). En el citado estu-



**Figura 10.** Género del personal docente e investigador (PDI) en relación con el estamento al que pertenecen.



**Figura 11.** Evolución en la década 1999-2008, del número de profesores en las diferentes escalas.

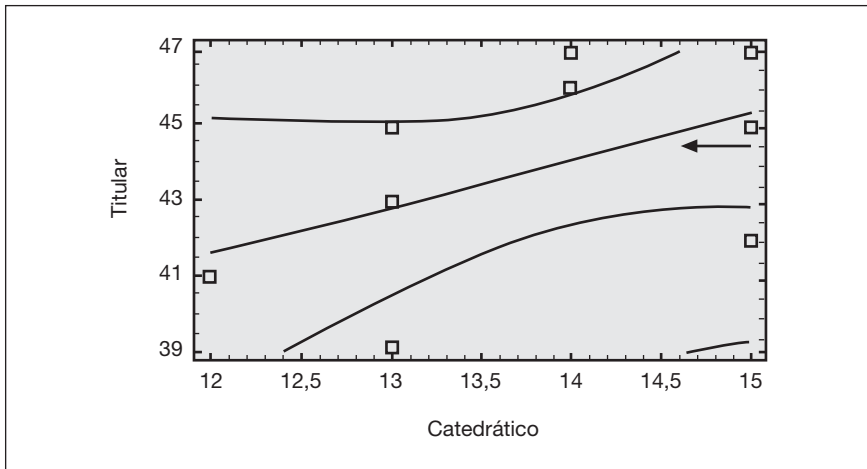
dio, se pudo observar un coeficiente de correlación de 0.5301 entre las variables Profesores Titulares (tabla 3).

De los datos representados en la tabla 3, puede concluirse la no existencia de dependencia lineal entre ningún par de categorías de profesorado estudiadas. No obstante se observa, que en el caso de la asociación entre Catedráticos y Titulares, el coeficiente de correlación lineal fue mayor que en los otros casos. La probabilidad de significación del contraste de depen-

**Tabla 3**

Grado de correlación lineal entre las diferentes escalas de profesorado.

	Catedráticos	Titulares	TEU's	Otros
Catedráticos		0,5301 (10) 0,1150	← 0,2661 (10) 0,4575	-0,2118 (10) 0,5569
Titulares	0,5301 (10) 0,1150		0,000 (10) 1,000	← 0,2162 (10) 0,5486
TEU's	0,2661 (10) 0,4575	0,000 (10) 1,0000		0,957 (10) 0,7926
Otros	-0,2118 (10) 0,5569	0,2162 (10) 0,5486	0,0957 (10) 0,7926	



**Figura 12.** Correlación lineal entre Catedráticos/Titulares. Gráfico del Modelo.

dencia lineal, entre el número de Profesores Titulares en la última década, fue de 0,115 de modo que, en primera instancia debemos aceptar la independencia entre ambas variables ya que  $p > 0.05$ . No obstante, se podría presumir que de disponer de datos de un número mayor de años, se podría prever aceptar relación de dependencia lineal (figura 12).

## PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA LEGAL Y FORENSE EN ESPAÑA

ALICIA RAPÚN ARA\*

JULIO IRIGOYEN ALBA\*\*

PEDRO MANUEL GARAMENDI GONZÁLEZ\*\*\*

ELENA ALTUZARRA GONZALO\*\*\*\*

**Resumen:** En los últimos años, la organización de la Medicina Legal y Forense en España ha asistido a cambios organizativos sustanciales que han puesto, sin duda, los cimientos para una organización de la Medicina Legal acorde con los tiempos en los que ha de ejercer su función como servicio público. El esfuerzo realizado por los poderes públicos en el desarrollo de estos cambios manifiesta su implicación en la necesidad de una adecuada modernización de nuestra actividad profesional. Sin embargo, la experiencia de estos primeros años de actividad con el nuevo sistema de organización en nuestro país y la experiencia acumulada por los países de nuestro entorno más inmediato llevan a considerar que tal vez algunas sugerencias pudieran ser tomadas en consideración para poder llegar a desarrollar un sistema maduro que dé cabida y permita aprovechar a todos los profesionales y recursos actualmente dedicados a la práctica de la medicina legal y forense. Todas estas cuestiones se analizan en este trabajo con el que se pretende llevar a cabo una reflexión profunda acerca de la situación actual y el futuro de la Medicina Legal y Forense en España.

**Palabras clave:** Medicina Legal y Forense. Especialidad Médica. Médicos Forenses. Investigación forense.

---

\* Médico Forense del IML La Rioja.

\*\* Jefe de Clínica del IML La Rioja.

\*\*\* Médico Forense del IML de Huelva.

\*\*\*\* Jefe de Clínica del ILM de Cantabria.

**Abstract:** Over the last few years, the organisation of Forensic Medicine in Spain has seen some substantial organisational changes. They have undoubtedly laid the foundations for a Legal Medicine organisation in agreement with the times when it has to exercise its function as a public service. The effort made by the public powers to carry out these changes shows their involvement in the need for an adequate modernisation of our professional activity. However, the experience of these first years' activity with the new organisation system in our country and that accumulated by the countries of our more immediate environment, lead us to consider that some suggestions. It could perhaps be taken into consideration, to be able to develop a mature system where there is room for all the professionals and resources currently engaged in the practice of legal and forensic medicine, thus being able to take advantage of them. All of these questions are analysed in this paper whose aim is to reflect deeply upon the current situation and the future of Legal and Forensic Medicine in Spain.

**Key words:** Legal and Forensic Medicine. Medical Speciality. Forensic doctors. Forensic research.

## INTRODUCCIÓN

Gisbert Calabuig definía la medicina legal «como el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho».

Actualmente, en España, la Medicina Legal y Forense, se lleva a cabo en diferentes instancias: los médicos forenses adscritos al Ministerio de Justicia, las instituciones ligadas a las Universidades (Cátedras de Medicina Legal, Laboratorios e Institutos) y los peritos privados, todas ellas sin ninguna o escasa relación.

En la actualidad, una gran parte de la actividad pericial de la Medicina Legal y Forense es realizada por los médicos forenses adscritos a los Institutos de Medicina Legal (IML) a instancia de Juzgados, Fiscalías y Tribunales de Justicia, es decir, se trata de un actividad pericial pública y no privada.

En el presente artículo pretendemos hablar de cómo se ha llegado a la presente situación, lo que se ha hecho para adecuar la Medicina Legal y Forense a los tiempos actuales, en el marco de un proceso de modernización de la Administración de Justicia, y lo que se podría hacer en el futuro para mejorar la calidad de la misma desde el punto de vista de los autores, médicos forenses de la Administración de Justicia, especialistas en Medicina Legal.

Por otra parte, no podemos dejar de hacer referencia a la situación en los países de nuestro entorno geopolítico, es decir, la CEE a la que pertenecemos con la idea de homologar las actuaciones forenses en todo el ámbito de dicha comunidad.

## RESEÑA HISTÓRICA

Después del Médico de Baños que data del tiempo de los Reyes Católicos, la Medicina Legal y Forense ha sido la forma más antigua de ejercicio profesional especializado.

Fue Pedro Mata el creador de la Medicina Legal en España, fundándose gracias a él las Cátedras de la asignatura en 1843, llenando durante treinta años la historia de la Medicina Legal en España (científica y profesionalmente).

Asimismo, fue el propulsor de la organización de la Medicina Forense con la creación del Cuerpo de Médicos Forenses de Madrid (R.D. de 13 de mayo de 1862). Así surge oficialmente la Medicina Forense como auxilio técnico al juzgador en asuntos en que para resolver fueran precisos «determinados conocimientos clínicos y biológicos». Desde entonces y con este principio ha sido el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses los que han realizado de forma casi exclusiva el auxilio a los tribunales.

La orden ministerial de 9 de septiembre de 1988 de acceso a las especialidades médicas crea la llamada especialidad de Medicina Legal y Forense con el argumento de que encuentra su máxima expresión en cuanto a especialidad médica en la práctica del peritaje o peritación médico-legal.

Esta especialidad impartida en forma de escuela en algunas Cátedras de Medicina Legal no ha tenido apenas proyección profesional para aquellos médicos que la elegían, salvo eventualmente en el ámbito pericial privado, dado que el cuerpo de médicos forenses sigue siendo el encargado del auxilio judicial.

Esto ha ocasionado que en el proyecto de Real Decreto por el que el Gobierno determina y clasifica las especialidades médicas (25 de octubre de 2006) declara a extinguir algunos títulos de especialista por falta de desarrollo efectivo o no adecuación al sistema de residencia, contempla suprimir con efecto de 22 de noviembre de 2008 entre otras la Medicina Legal y Forense. Transcurrido 2008 y sin haberse hecho efectivo el citado RD, se inicia el «proceso de troncalidad de las especialidades» y se establece un debate sobre la Medicina Legal. Finalmente, a principios de 2011, se determina la permanencia de esta especialidad y actualmente está en período de estudio sobre la forma que se incardinará en la troncalidad de especialidades.

Por último, la promulgación de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 julio, del Poder Judicial supuso un hito fundamental en la reforma de la Medicina Forense, al configurar a los Institutos de Medicina Legal como pilares de su organización. La creación y funcionamiento está siendo lenta, irregular y difícil tras los 125 años de inercia y sin modificaciones del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, pero sin duda está suponiendo una importantísima mejora en la organización de la Medicina Legal en España, con una mejor redistribución del trabajo, una mayor calidad científica de las periciales y en definitiva un servicio más eficaz como órgano auxiliar de la administración de Justicia.

## SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

Tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica del Poder Judicial el 3 de julio de 1985 y habiéndose creado la necesidad legal de acometer la reforma de la Medicina Forense, nació la mesa (formada por médicos forenses y Catedráticos de Medicina Legal) para la elaboración del Libro Blanco sobre la Medicina Forense (1988), bajo los auspicios de la Dirección general de relaciones con la Administración de Justicia, con el fin de elaborar un plan de reforma que permitiese situar a la Medicina Forense española al mismo nivel que la de los países de nuestro entorno cultural. Esta mesa, actuando con absoluta independencia de criterios, fijó lo que puede considerarse como las líneas maestras de la estructura ideal de la Medicina Forense española bajo dos criterios fundamentales: la centralización de los servicios en los IML y el establecimiento de un sistema de especialidades

junto a los criterios de dedicación exclusiva y pluralidad de sistemas de acceso.

En el Libro Blanco se da cuenta de que en España la MLF se lleva a cabo por un cuerpo de funcionarios al servicio de la Administración de Justicia mientras que en Europa se ejerce en Institutos Universitarios o por peritos libres. El sistema español tiene la ventaja de la independencia en la pericia y la disponibilidad por parte del juzgador, pero el inconveniente de un divorcio entre los médicos forenses y las cátedras universitarias, de forma que mientras los primeros realizan la práctica médico legal, son las cátedras las que ejercen de forma generalizada la investigación y docencia.

En el Libro Blanco se menciona como hechos a corregir:

- La formación de los médicos forenses que debería ser más larga y centralizada en los IML.
- Las funciones, que debería incluir el derecho laboral, los tribunales contencioso-administrativos, los Juzgados de menores y la participación y el perfeccionamiento de las leyes.
- La especialización, con distribución mediante un criterio geográfico y de volumen pericial contemplándose como especialidades necesarias la psiquiatría forense, la traumatología forense, la criminalística, la toxicología y la tanatología.
- La distribución geográfica y trabajo en equipo mediante la creación de los IML regionales y provinciales.
- Aspectos científicos y de investigación, mediante la colaboración entre las Cátedras de Medicina Legal y otras (derecho penal, psiquiatría, psicología, toxicología, etc.) con los IML.
- Los medios materiales, dotándose a los médicos forenses no solamente del instrumental necesario para la realización de su labor sino también de espacios y locales propios y adecuados donde realizar tanto las periciales de clínica como las de patología.
- Los aspectos funcionariales en lo que se refiere a un adecuada consideración del nivel de funcionariado, adecuadas retribuciones, incentivos y carrera profesional.

Se propone como nueva organización la creación de los IML analizando su problemática bajo cuatro apartados:

- 1) Competencias: en los IML debe realizarse actividad pericial, docente e investigadora.
- 2) Estructura y funciones: Los IML deben estructurarse en servicios y secciones, proponiendo los servicios de patología forense, de clínica forense, de medicina forense laboral, y de laboratorio forense además de servicios generales y administrativos.



- 3) Niveles organizativos: de forma que se contemple la existencia de al menos un IML por cada CCAA, con un nivel regional, e IML provinciales que adaptarían sus prestaciones a la demanda de trabajo en cada provincia en razón de su población, estableciendo distintos tipos de institutos provinciales, de forma que habría un tipo A en provincias muy pobladas con completa dotación de servicios y secciones, un tipo B en provincias medianamente pobladas con servicios y secciones básicas y un tipo C, en provincias muy poco pobladas que dispondrían solamente de una sección de prosectorado y otra de medicina forense de urgencia y policlínica.
- 4) Personal y conciertos, el personal se divide en titulado superior constituido por los médicos forenses y otros especialistas, el personal auxiliar técnico y el personal auxiliar administrativo. Se hace una previsión de que los IML puedan realizar conciertos con Universidades y los hospitales de la demarcación en la que actúe cada IML dando preferencia a los Clínicos Universitarios.

En cuanto al ingreso en el Cuerpo de Médicos Forenses, se haría mediante examen de ingreso en IML y un periodo de formación general en el mismo, en las diversas áreas de la Medicina Forense, así como una formación continuada dentro de los mismos IML.

Se prevé la posibilidad de capacitación de los médicos forenses en áreas mas concretas como Anatomía Patológica, Laboratorio, Psiquiatría Forense, Traumatología, etc. y la posibilidad de ingreso en el cuerpo de especialistas que tendrían un periodo de formación en aspectos medicolegales de su especialidad.

La organización de la Medicina Forense cambió a raíz de la promulgación de la Ley orgánica 6/1985 de 1 de Julio del Poder Judicial que reforma la Medicina Forense configurando los IML como pilares de su organización.

El R.D. 386/1996 de 1 de Marzo, aprueba el reglamento de los IML. Como consecuencia de las modificaciones de la Ley Orgánica del Poder Judicial, que modifica diversos artículos de la regulación de los médicos forenses, se hace imprescindible la reforma del Reglamento del Cuerpo de médicos forenses vigente y así, se publica el R.D. 296/1996 de 23 de febrero que aprueba el actual Reglamento orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses.

Según este Reglamento, los IML se configuran como órganos técnicos cuya misión es auxiliar a Juzgados, Tribunales, Fiscalías y oficinas de Registro Civil mediante la práctica de pruebas periciales médicas tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la Medicina Forense. En la sede de los IML no podrá realizarse ninguna actividad tanatológica ni pericial privada.

El Reglamento establece las normas de creación, estructura orgánica, órganos directivos (Director, Consejo de Dirección) y sus funciones, servicios (patología, clínica, laboratorio y otros) y sus competencias, personal, servicios administrativos y además, trata de la creación de una Comisión de Docencia e Investigación en los IML y la colaboración con las Universidades y otras instituciones. De esta forma los médicos forenses adscritos anteriormente a los Juzgados quedaban integrados en los IML.

De acuerdo con el Reglamento, los médicos forenses constituyen un cuerpo nacional de titulados superiores al servicio de la Administración de Justicia, adscrito orgánicamente al Ministerio de Justicia y dependen de ese Ministerio o de las Comunidades Autónomas.

Así, los médicos forenses dependen orgánicamente de los IML y son funcionarios de carrera que desempeñan funciones de asistencia técnica a Juzgados, Tribunales, Fiscalías y oficinas del Registro Civil en las materias de su disciplina profesional.

En la actualidad existen IML en todas las Comunidades Autónomas excepto en Madrid. El modelo territorial varía de unas comunidades a otras. En las uniprovinciales el IML abarca todo el territorio de la Comunidad Autónoma excepto en Murcia en la que existen dos Institutos, Murcia y Cartagena. En las pluriprovinciales, el modelo puede ser territorial, abarcando toda la Comunidad Autónoma con subdirecciones en cada provincia, como en el caso de Cataluña, País Vasco, Aragón o bien, puede ser provincial, con una dirección en cada provincia como en Andalucía o Comunidad Valenciana.

Los médicos forenses de la Administración de Justicia acceden al cargo a través de un sistema de concurso oposición, para el que se exige tener el grado de Licenciado en medicina. Los opositores que superan las diversas pruebas selectivas teóricas y prácticas pasan por un curso de formación de varios meses antes de tomar posesión de sus cargos.

El Ministerio de Justicia, a través del Centro de Estudios Jurídicos proporciona formación continuada a los funcionarios del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. No obstante, corresponde a las Comisiones de docencia e investigación de cada Instituto determinar los programas de formación de sus médicos forenses.

La práctica de la Medicina Legal y Forense abarca varios ámbitos como son la Patología Forense, Valoración del Daño corporal con seguimiento de lesionados, Sexología Médico Legal, Genética Forense y Psiquiatría Forense.

La Patología Forense se centra en la práctica de las autopsias judiciales y estudio de restos cadavéricos, que se llevan a cabo en las sedes de los IML o en dependencias habilitadas. Las pruebas complementarias derivadas de estas prácticas (toxicología, histopatología...) se llevan a cabo por los laboratorios del propio IML (en aquellos que dispongan de ellos) o

bien por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses con sus departamentos de Madrid, Barcelona y Sevilla.

La Valoración del Daño Corporal, examen y seguimiento de lesionados, se realiza en el Servicio de Clínica de los IML.

La Psiquiatría forense, valoración de imputabilidad, internamiento psiquiátrico involuntario, valoración de incapacidad... se realiza en el servicio de Clínica Forense.

La valoración médico legal de las agresiones sexuales varía dependiendo de los protocolos que en cada IML se puedan establecer, tendiendo habitualmente a realizar dichos exámenes en instalaciones hospitalarias con la colaboración de médicos forenses y ginecólogos. Los análisis biológicos como determinación de perfiles de ADN se llevan a cabo, al igual que en la Patología Forense, en los laboratorios del propio Instituto o bien en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF).

Otras labores que realizan los médicos forenses son la asistencia a detenidos, informes sobre determinación de edad ósea, informes relacionados con tóxicos, malpraxis médicas y cualquier otra que la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal crea conveniente dentro de las competencias propias de la ML.

Este sistema de organización de la Medicina Legal y Forense en nuestro país tiene la ventaja de la unidad de todas las actuaciones médico-legales en la misma institución, los IML, que es además de titularidad pública y gratuito para el ciudadano; la objetividad e independencia de la labor pericial, desvinculada de la labor policial y vinculada sólo al servicio de la autoridad judicial, con lo que prima una completa investigación medicolegal (que asegura la no vulneración de derechos fundamentales del ciudadano) ante la celeridad con restricción de pruebas.

Otras ventajas serían que en los IML existe la posibilidad de un trabajo en equipo de la actividad pericial y la posibilidad de formación e investigación con la creación de las Comisiones de Docencia e Investigación mediante el establecimiento de acuerdos con la Universidad.

Por otro lado, existen en nuestro sistema una serie de desventajas, como es la falta de especialización. El perito trabaja en todas las materias, tanto en el área de clínica como en la de patología, difícilmente un solo perito puede alcanzar el alto nivel de conocimientos que se espera en una pericia, en la pluralidad de materias en las que actualmente desarrolla su función. Los IML tienen la posibilidad de llevar a cabo las especializaciones y aunque hoy día esté en pañales, debe ser una exigencia básica con el fin de aumentar la calidad de las pericias a través de la formación en áreas específicas.

Hay diferencias en la dotación de recursos y en la organización del trabajo entre los diversos IML, ya que su creación obedece a un criterio terri-

torial y en cuanto a los aspectos funcionariales, nos encontramos en una fase en la que coexisten IML centralizados junto a IML descentralizados (en las CCAA que han asumido las competencias de Justicia).

La desvinculación del trabajo forense con la actividad docente e investigadora de la universidad junto a la carencia de una estructura de investigación vinculada a la labor del médico forense no nos ha permitido tener un papel protagonista, salvo excepciones, en esta labor, limitándose nuestra función en este campo, en muchas ocasiones, a la recogida de muestras dada nuestra accesibilidad a la población. Por otra parte, la actual ley de incompatibilidades, impide a los docentes de las cátedras de Medicina Legal acceder a la labor médico forense, cosa que no ocurre en otras disciplinas médicas. Por todo ello ha habido un alejamiento entre la práctica médico forense y las cátedras de Medicina Legal, este divorcio de la universidad ha supuesto un perjuicio para nuestro sistema que nos aísla de la investigación y la docencia y dificulta nuestra actualización. Con los IML debería revertir esta situación estableciéndose un flujo bidireccional entre ambas instituciones al lograr una colaboración más estrecha y más simétrica evitando que el aislamiento lleve a ambas a una falta de desarrollo.

Finalmente, en la actualidad, en la práctica médico forense tiene especial relevancia las pruebas complementarias, que actualmente se realizan de forma centralizada en el INTCF o bien en los laboratorios de los propios IML. Esta situación precisa una revisión ya que supone un retraso en las pericias y la creación de centros técnicos del nivel del INTCF sólo podría alcanzarse en IML de CCAA de gran volumen de trabajo como sería Cataluña, Andalucía o Madrid o en caso de IML de CCAA pequeñas mediante agrupamiento. No obstante, no debería malgastarse la experiencia acumulada durante años por el INTCF.

## SITUACIÓN ACTUAL EN OTROS PAÍSES DE LA CEE

El observador ajeno a la disciplina médico-legal puede sorprenderse al descubrir la falta general de uniformidad de los distintos sistemas y organizaciones de la Medicina Legal y Forense en los distintos países de la Unión Europea. Esta falta de uniformidad en una disciplina médica es especialmente llamativa si se considera que la normativa comunitaria vigente permite la libre circulación y ejercicio profesional de los profesionales de la salud por los países de la Unión y que, como consecuencia de ello, la práctica totalidad de las especialidades médicas y los propios currículos necesarios para el ejercicio de la medicina general se hallan definidos de forma más o menos uniforme en todos los países miembros. Estos países miembros se han preocupado por ello de asegurar la armonía de sus legislaciones nacionales dentro de este espíritu común en el entorno de las ciencias de la salud.

El caso de la medicina legal y forense dentro de Europa es excepcional dentro de las profesiones sanitarias. Su falta de uniformidad posiblemente sea el reflejo de la propia situación de los sistemas de Derecho en cada uno de los países de la Unión que, a pesar de pertenecer a una organización política y legislativa común, siguen manteniendo sus propios sistemas jurídicos basados en fundamentos del Derecho muy disímiles entre sí.

Esta situación en la Unión Europea coexiste, sin embargo, con el hecho de que en todos sus países miembros, incluso en aquellos en los que su Derecho nacional permite la libre decisión de las autoridades judiciales en cuestiones médico legales sin necesidad de asesoría médica, se recaba casi de forma sistemática la colaboración de médicos con dedicación a la medicina legal para la resolución de las diversas cuestiones médico legales. Esta situación es sin duda consecuencia, de una parte, de la concienciación de las autoridades de la necesidad de un criterio científico riguroso para la resolución de algunas cuestiones jurídicas y, de otra, de la complejidad creciente de las pruebas técnicas que se deben solicitar para la resolución de tales cuestiones y de la presión creciente de una sociedad cada vez más cultivada y que exige al poder judicial rigor en su actuación. En los últimos años, diversos países europeos han visto como sus autoridades judiciales y observadores sobre el desarrollo de sus sistemas judiciales han hecho hincapié en la necesidad de un asesoramiento médico legal de calidad, entendido éste no solo como uno basado en un conocimiento actualizado de la ciencia médica sino también de sus específicas aplicaciones al campo de la resolución de los problemas jurídicos y dentro de ellas de sus virtudes y limitaciones. Esta tendencia ha sido observada también en otros países del primer mundo, como EEUU en el que la sentencia Daubert ha obligado a los profesionales de la medicina legal y de las ciencias forenses en general a actualizar sus propios métodos de evaluación de la evidencia médico-legal.

Como recuerdan Saukko y Maeda, puede que algunos sistemas de medicina legal en Europa estén en crisis, pero lo que es evidente es que la propia actividad médico-legal no solo no se halla en crisis sino que es cada vez más demandada por los Tribunales de la Unión.

La falta de uniformidad de la Medicina Legal en Europa se refleja en modos diversos de entender en cada uno de los países diversas cuestiones relacionadas con su organización:

- Ejercicio profesional privado, dependiente de algún organismo público o mixto.
- Ejercicio reservado a licenciados en medicina o también a otros profesionales de la salud (enfermería, psicología).
- Exigencia de formación especializada en Medicina Legal para su ejercicio, exigencia de especialización en otras disciplinas médicas (psiquiatría, traumatología), simple conveniencia de éstas para el ejercicio o ausencia de exigencia de formación específica.

- Dependencia administrativa del Ministerio de Justicia, del de Sanidad, del de Educación o de organismos gubernamentales independientes, sistemas de dependencia mixta o simple ausencia de dependencia administrativa.
- Ejercicio de la práctica médico legal en colaboración íntima con la docencia dentro de los currículos universitarios de ciencias de la salud, colaboración coyuntural en ellos o ausencia de relación entre la práctica médico legal y el entorno universitario.

La distinta forma en que cada estado miembro ha resuelto estas disyuntivas ha dado lugar al hecho de que en la práctica pueda decirse que casi existen tantos sistemas de organización de la medicina legal en Europa como estados son miembros de su organización.

No obstante, de una forma global puede entenderse que existen dos grandes formas de entender la organización de la Medicina Legal en Europa: una, que llamaremos «modelo alemán», que es la que se halla desarrollada en los países de lengua alemana, pero que ha influido también en el modo de organización de los Países Bajos, los Países Bálticos y en todo el Este de Europa; la otra es el «modelo mediterráneo», que con peculiaridades comparten de algún modo todos los países de la cuenca mediterránea (España, Portugal, Italia y Grecia). Junto a ambos modelos principales se encuentran los modelos de Francia y el Reino Unido, distintos entre sí y de los otros dos y que en el momento actual, de acuerdo con lo indicado por sus autoridades judiciales y por los colegios profesionales, están viviendo un periodo de crisis profunda que obliga a reconsiderar su viabilidad a corto y medio plazo.

El «modelo alemán» representa en el momento actual la vanguardia de la medicina legal en Europa. Adscrito mayoritaria, aunque no exclusivamente ni siquiera en su país de origen, a la Universidad, es el modelo que se encuentra representado por las principales revistas de Medicina Legal europeas (IJLM, Forensic Science International) y corre de alguna manera paralelo en sus fundamentos con el sistema de países como EEUU, Australia o Japón. En algunos países de su entorno, como Holanda, la adscripción del sistema es en exclusiva al ministerio de Justicia sin relación con la Universidad, con un resultado a pesar de ello bastante satisfactorio de su organización general. En el «modelo alemán» las distintas actividades de la medicina legal se encuentran centralizadas en los llamados Institutos de Medicina Legal y desde la dirección del instituto se decide la remisión del caso a distintos organismos (Institutos Universitarios de otras disciplinas). El médico legista en estos institutos focaliza su actividad en el campo de la Patología Forense. Las actividades de otros campos de la Medicina Legal, como la psiquiatría forense o la valoración del daño corporal pueden ser coordinadas por estos institutos, pero habitualmente tales cuestiones son resueltas por especialistas de otras especialidades médicas (psiquiatras, traumatólogos) ajenos a la organización del instituto. A menudo, estos ins-

titutos incluyen en su organización servicios de laboratorio químico y biológico que, bajo la dirección de un médico forense, están servidos por biólogos y químicos miembros de la plantilla del instituto. Así, en realidad, las actividades médico legales realmente desarrolladas por estos institutos se centran en el campo de la Patología Forense con una actuación marginal en otros campos de la medicina legal. Desde sus orígenes, a principios del siglo XX, esta organización de Institutos de Medicina Legal tiene una triple vocación: práctica médico legal, docencia de la medicina legal e investigación en medicina forense.

Aparentemente el sistema alemán goza de muchas de las virtudes que son de esperar de un sistema riguroso y eficaz. Sin embargo, con independencia del hecho de no desarrollar de forma completa todas las facetas del quehacer médico legal, es un sistema que adolece de una serie de deficiencias que se revelan en su aplicación en la práctica diaria. El número reducido de institutos en un país como Alemania obliga inevitablemente a una sobrecarga de sus funciones que, de hecho, son suplidas fuera de los entornos geográficos más cercanos a estos institutos por otros profesionales, como patólogos clínicos sin la necesaria experiencia forense. La dependencia de las universidades determina que éstas libremente y en función de sus presupuestos decidan mantener o suspender un servicio de medicina forense, con el consiguiente problema de sobrecarga para otras universidades. La remuneración por los actos periciales que pagan las autoridades judiciales es escasa y ello conlleva un déficit económico crónico para la administración de los institutos. No existen planes de financiación de las actividades de investigación, lo que hace que la calidad de los trabajos de investigación no sea tan óptima como cabría esperar. En conjunto todo ello ha llevado a los institutos en Alemania y en otros países de su esfera a una situación en la que el adecuado equilibrio entre las tres facetas de la actividad forense (la práctica médico legal, la docencia y la investigación) se está perdiendo, con una sobrecarga de trabajo que limita la capacidad de investigación y de una docencia amplia y de calidad. Por otra parte, la dependencia de las universidades aleja a los institutos de los centros de coordinación de la investigación criminal, en Alemania centrados en las Fiscalías y Policías, por lo que se dan circunstancias en las que los cuerpos policiales son los que determinan qué tipo de técnica de investigación desean que los Institutos realicen con independencia del criterio de los especialistas médicos.

El «sistema mediterráneo», representado por países como Italia, Grecia, Portugal o España, aglutina bajo una misma organización todas las facetas de la Medicina Legal, desde la Patología Forense hasta la Valoración del Daño Corporal y la Psiquiatría Forense. La adscripción administrativa en cada país es diversa, relacionada con la Administración de Justicia, con la Universidad o como organismos independientes, al estilo inglés. En el caso particular de nuestro país, la creación de los Institutos de Medicina Legal en el sentido amplio ya desarrollado por Italia ha supuesto un avance importante al abandonar la concepción trasnochada de que

un único profesional es capaz de dar cumplida respuesta a todas las cuestiones en el vasto campo de la medicina legal. Sin embargo, aún persiste un hiato entre la labor de la práctica cotidiana y las labores docentes y de investigación al coexistir estos institutos con departamentos universitarios y cátedras de Medicina Legal ajenos entre sí. Todo ello sin olvidar la atípica relación de los Institutos de Medicina legal con el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), relación que precisa de una revisión seria sobre el papel de cada uno en la labor pericial final dentro del campo de la Patología y el Laboratorio Forenses sin desperdiciar el valor y la experiencia profesional de cada uno. Ésta es sin duda la asignatura pendiente del sistema español y que debe resolverse, aun a costa de soluciones que no acaben de dejar plenamente satisfechas a todas las partes, para evitar un nuevo empobrecimiento de la actividad científica en el campo de la Medicina Legal.

Junto a estos dos modelos, el modelo francés comparte con el mediterráneo su vocación de aglutinar bajo una concepción unitaria de la medicina legal a campos ajenos a la Patología Forense. No obstante, pese a contar en el país con algunos profesionales de alta capacidad y formación, el sistema organizativo general queda definido en la práctica por su falta de organización y por la falta de exigencias de mínimos para su ejercicio. Todo ello ha llevado a plantear reiteradamente la necesidad de actualización de su sistema por parte de colegios profesionales y autoridades judiciales.

El sistema del Reino Unido diferencia la actividad de Patología y Clínica Médico Forense bajo las figuras del patólogo forense y del «police surgeon» o médico de la policía. En el mismo país coexisten varios sistemas de organización de ambas figuras. No obstante, en los últimos años, se ha puesto de manifiesto el déficit de patólogos forenses con dedicación exclusiva en el Reino Unido (unos 55 en todo el país, según Peter Vanezis) que redundan en una limitada calidad de la pericia al suponer sobrecarga de los servicios existentes y obligar a tener que buscar la colaboración de patólogos clínicos o aun de «police surgeon», que no disponen de la formación necesaria en materia de patología forense. De forma paralela, el sistema de «police surgeon» se ha manifestado en crisis al evidenciarse la dificultad para disponer de suficientes profesionales y la limitada formación en medicina legal de sus miembros, quienes están obligados a realizar cursos de formación de apenas dos días. Algunas soluciones buscadas por las autoridades policiales a la escasez de «police surgeon» han pasado por contratar los servicios de empresas privadas de asistencia sanitaria, lo que ha sido denunciado por los colegios profesionales y los centros dedicados a la formación en clínica médico forense por la dudosa independencia de las actuaciones periciales realizadas por empresas contratadas en exclusividad por las fuerzas de seguridad del Estado para salvaguardar efectivamente los derechos de los ciudadanos.

Si las áreas de patología forense y clínica médico forense de urgencia (valoración psicofísica de detenidos, malos tratos policiales, etc.) presen-



tan una organización muy diversa en Europa en cada país, las áreas de Valoración del Daño Corporal y de Psiquiatría Forense presentan una situación aún más compleja que subyace en los propios fundamentos del Derecho nacional de los países miembros de la UE.

En el caso de la Valoración del Daño Corporal, ésta es una disciplina que surge de la necesidad de sistemas judiciales como el italiano, portugués, francés o español de que la reparación económica de una lesión física o psíquica base toda o una parte sustancial de su cuantía en un establecimiento de la gravedad relativa de la lesión en base a una cuantificación pericial médica («daño a la salud»). Sin embargo, en el caso de países como Alemania o el Reino Unido la base para el establecimiento de la indemnización económica no exige la elaboración de resoluciones sobre criterios médicos o sobre baremos de inspiración médica, sino que se fundamenta sobre baremos judiciales que establecen la cuantía relativa de la indemnización en base a criterios generales de repercusión del daño con un fundamento jurisprudencial. Estas diferencias asientan en los fundamentos del Derecho Civil de los países miembros, materia sobre la cual la UE no tiene competencias, por lo que un cambio global a nivel europeo sobre este aspecto resultaría especialmente complejo.

En el caso de la psiquiatría forense, en particular en el caso de la valoración de la imputabilidad médico legal, las diferencias entre los estados miembros afectan a lo que del perito médico se espera que valore a propósito de la relación entre la enfermedad mental y el hecho delictivo, pero, sobre todo, afecta a la cualificación profesional que se espera de estos peritos. De este modo, en algunos países europeos no se especifica la necesidad de especialización en psiquiatría forense por parte del médico perito, mientras que en la mayoría de países se exige la formación del perito específicamente en el campo de la psiquiatría clínica o de la psiquiatría forense. El caso más extremo es el de Finlandia, donde existe una formación especializada en psiquiatría forense con seis años de formación e independiente de la de psiquiatría clínica, pero en la mayoría de países son psiquiatras clínicos con o sin formación complementaria en psiquiatría forense los responsables de este tipo de actividad médico legal. En el anecdótico caso de Suecia, el responsable de emitir el informe sobre imputabilidad y sobre capacidad civil es un equipo multidisciplinar de al menos cuatro miembros formado por un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y un enfermero, sin que se exija formación específica en psiquiatría forense. Esta situación determina el que la vinculación de los peritos encargados de la valoración del estado psíquico en la mayoría de los países europeos no tengan una vinculación directa ni con los Institutos de Medicina Legal ni con el resto de la actividad médico legal.

La sexología forense también es un área de disensión dentro del marco europeo, de modo que en la mayoría de los países europeos son los ginecólogos clínicos los responsables de hacer las valoraciones periciales en casos de agresión sexual, de forma análoga a lo que sucede en los

EEUU y otros países occidentales. La vinculación de estos profesionales con el resto de la actividad médico legal o con los Institutos de Medicina Legal, en aquellos países donde coexisten, es inexistente.

En este contexto europeo de aparente caos y desorganización han surgido iniciativas desde los propios colectivos médico forenses de unificación de la actividad médico legal en la UE. En este contexto y desde la IALM (Asociación Internacional de Medicina Legal) se organiza la ECLM (European Council of Legal Medicine) que agrupa a profesionales de todo Europa y cuyos trabajos iniciales han intentado definir las líneas generales de unos mínimos necesarios para el establecimiento de una especialidad en medicina legal y forense unitaria en toda Europa. Su mayor éxito en la unificación de la actividad médico legal es la publicación de las normas de armonización de las autopsias médico legales que han sido hechas norma a través de la Recomendación N° R (99) 3 del Comité de Ministros del Consejo de Europa de 2 de febrero de 1999 sobre armonización de autopsias médico legales. Sin embargo, sus objetivos están orientados más allá, hacia un intento de equiparación global de la actividad médico legal en todo Europa, desde un perspectiva tanto curricular (especialidad en medicina legal) como de organización efectiva.

La experiencia en los distintos países europeos revela que cualquier intento de organización futura de la Medicina Legal en España debe pasar por una unificación de criterios a nivel de todo Europa, intentando aprovechar las virtudes de algunos de sus sistemas e intentando evitar los problemas surgidos en todos los sistemas actuales, incluidos aquellos que hoy día gozan de una mejor salud pericial. Sin embargo, es probable que para plantearse a nivel del propio Consejo de Europa una reforma transnacional de la medicina legal sea necesario esperar a hacer una aproximación a la armonización de los sistemas de derecho nacional de los países miembros, que en algunos casos responden a fundamentos tan dispares que su propia concepción de la actividad pericial en general, no ya solo médico legal, resulta difícilmente miscible.

Resulta evidente que la división radical de la actividad médico legal en una actividad docente y una de práctica médico forense, como la que se presenta en nuestro país, posiblemente correcta en el momento de la creación del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, se revela hoy en día una solución ineficaz. Como recuerda Brinkmann, un sistema dividido acaba generando profesionales de la medicina forense práctica desfasados y unos docentes totalmente desconocedores de la realidad pericial. Esta fragmentación conduce, además, a un empobrecimiento de la investigación que, hoy por hoy, es el fundamento y razón de ser de disciplinas científicas como la que se pretende de la Medicina Legal. Por lo tanto, cualquier sistema que se plantee para mejorar la calidad de la Medicina Legal en Europa debe pasar por esta fusión de las tres facetas de la actividad médica especializada: práctica cotidiana, docencia e investigación. Sin un adecuado equilibrio de este trinomio el empobrecimiento de la actividad

técnica será inevitable a medio o corto plazo y la razón de ser de la medicina legal desaparecerá.

Otras cuestiones no menos importantes pasan por definir qué modelo de financiación y adscripción administrativa deben adoptar los Institutos de Medicina Legal. Tanto la adscripción a las universidades, como a la Policía o los servicios de Justicia, de forma exclusiva, son modelos que han revelado severas deficiencias, por lo que posiblemente se deban buscar soluciones intermedias o mixtas de adscripción administrativa y de financiación que aprovechen lo mejor de cada sistema para cumplir con el fin de asegurar la permanencia de un sistema de medicina legal y forense moderno, eficaz y con capacidad de dar respuestas a las necesidades de la moderna sociedad europea. Además, sea cual sea la forma de vinculación administrativa de la organización de la Medicina Legal dentro de la organización general de cada Estado debe intentar asegurar un adecuado equilibrio entre la necesaria integración de los médicos forenses en el contexto de la investigación criminal y judicial y, al tiempo, asegurar que su actividad profesional goza de la necesaria independencia de cualquier influencia ajena a la propia investigación de la verdad pericial.

## CONCLUSIONES

En los últimos años, la organización de la Medicina Legal y Forense en España ha asistido a cambios organizativos sustanciales que han puesto sin duda los cimientos para una organización de la Medicina Legal acorde con los tiempos en los que ha de ejercer su función como servicio público. El esfuerzo realizado por los poderes públicos en el desarrollo de estos cambios manifiesta su implicación en la necesidad de una adecuada modernización de nuestra actividad profesional. Sin embargo, la experiencia de estos primeros años de actividad con el nuevo sistema de organización en nuestro país y la experiencia acumulada por los países de nuestro entorno más inmediato llevan a considerar que tal vez algunas sugerencias pudieran ser tomadas en consideración para poder llegar a desarrollar un sistema maduro que dé cabida y pueda aprovechar a todos los profesionales y recursos actualmente dedicados a la práctica de la medicina legal y forense. Evidentemente, la solución a la organización de la medicina legal en Europa tal vez acabe pasando por algún tipo de norma comunitaria que obligue a todos los estados miembros a unificar sus sistemas, pero, mientras tanto, una revisión crítica del actual modelo de medicina forense en nuestro país resulta necesario.

Sin ninguna duda, el actual hiato existente entre la docencia e investigación, centradas en la universidad, y la práctica médico legal, centrada en los Institutos de Medicina Legal, dependientes de la administración de justicia, debe ser resuelto de forma satisfactoria para ambas partes. Una

docencia e investigación en medicina legal sin el adecuado contacto con la práctica cotidiana hacen los esfuerzos en este sentido vacíos y sin un contenido actualizado a las necesidades presentes. De la misma manera, una práctica médico legal que no se nutra de la capacidad de actualización y reciclaje de la docencia y de la investigación estará abocada a convertirse en una práctica que más pronto o más tarde se hará obsoleta. La resolución de este hiato puede pasar por la mutua integración de los equipos de profesionales en ambas instituciones de forma análoga a la desarrollada en los países de lengua alemana.

La forma de vinculación administrativa de la actividad médico legal pública debe ser considerada con precaución ya que, como nos enseña la experiencia de otros países, la tentación de modificar el tipo de vinculación de forma exclusiva con la Universidad tiene notables inconvenientes frente al actual modelo de práctica dependiente de la administración de justicia, que asegura a un tiempo la independencia de la actividad médico legal y su implicación directa en la investigación criminal. Tal vez un modelo de vinculación mixta con la Universidad y la Administración de Justicia sería una solución ideal. Los problemas de financiación actuales de los Institutos de Medicina Legal podrían pasar por formas de financiación mixtas en las que ciertas actividades profesionales pudieran ser remuneradas directamente a los propios Institutos para el sostenimiento de actividades de formación e investigación, manteniendo la financiación general de las instalaciones, equipos y personal con fondos públicos.

Otra cuestión a resolver es la propia planta y ámbito geográfico de actuación de los Institutos de Medicina Legal. Resulta paradójico que el cambio organizativo a nivel nacional, destinado en realidad a una subespecialización de la actividad médico legal, haya mantenido la existencia de circunscripciones territoriales cerradas con un escaso número de profesionales sin capacidad real de desarrollar un trabajo especializado. La experiencia del sistema de salud dentro de nuestro país nos indica como es posible compatibilizar la existencia de una distribución administrativa en Comunidades Autónomas con una organización piramidal en la que los centros sanitarios más complejos pueden ser compartidos por varias comunidades y financiados mediante conciertos económicos. Una solución similar podría ser buscada para asegurar unos servicios de laboratorio completos y una actividad médico legal lo más especializada posible dentro de todos los IMLs.

La existencia de servicios de laboratorio en los IMLs y en las tres delegaciones del INTCF conduce a una situación absurda en la que se están gestionando con dificultad los recursos humanos y económicos sin que la calidad de la actividad pericial se haya visto mejorada de forma sustancial. Una posible solución pasaría por integrar a los técnicos del INTCF y de los servicios de laboratorio de los IMLs en una organización común en la que con una adecuada distribución geográfica de las plantillas y de los recursos técnicos se pudiese asegurar una distribución escalonada de los labora-

torios con funciones crecientes en complejidad hasta converger en grandes centros regionales o supracomunitarios que pudiesen asumir la totalidad de la actividad de un laboratorio moderno de medicina forense.

La filosofía que subyace tras los cambios organizativos de la medicina forense en España, y que ya se apuntaba de forma explícita en el libro blanco de la Medicina Forense, reside en el hecho de que no es posible en la actualidad entender que un único profesional puede realizar de forma eficiente una actividad pericial en todos los campos de la medicina forense. Este hecho lleva aparejada la necesidad de adaptación eficiente de los profesionales que dentro de la actividad médico forense han de subspecializar su trabajo en una determinada área de la Medicina Legal. Esta adaptación debe pasar por unos planes de formación exhaustivos y homogéneos en todo el país para asegurar a un tiempo la calidad de la formación de los profesionales y la unidad de criterio en todo el territorio nacional.

Este último punto entronca en realidad con un punto final no menos importante. El actual sistema de organización de la Medicina Legal en España ha dado lugar a una desunificación de la actividad médico legal en las distintas comunidades del país. Esta falta de unidad se revela en planes de formación, pero también en una falta de uniformidad en los criterios de calidad de la actividad médico legal, con el agravante de la plena independencia y falta de coordinación efectiva entre los distintos IMLs y sus distintos servicios. En este contexto, es necesario el desarrollo de un organismo que a nivel nacional y agrupando a todos los profesionales implicados en la Medicina Legal en nuestro país, desde los IMLs al INTCF pasando por las cátedras de Medicina Legal, se encargue de asegurar la existencia de unos criterios funcionales uniformes, desde los planes de formación hasta la elaboración de protocolos uniformes de actuación de cumplimiento recomendable para todos los médicos dedicados a la práctica médico legal en todo el país. Este órgano, reclamado desde el colectivo de médicos forenses bajo el nombre de Consejo Médico Forense, es una necesidad real en el actual estado de la Medicina Forense en España si no se quiere llegar a situaciones de caos organizativo ya experimentadas en otros países de nuestro entorno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GISBERT CALABUIG JA. Medicina Legal y Toxicología. Editor: Villanueva E. 6.<sup>a</sup> Edición. Editorial Masson. 2004.
2. BRINKMANN B, KARGER B. Presente y futuro de la Medicina Legal en Europa. *Ciencia Forense*. 1999;1:229-231
3. FIORI A. Presente y futuro de la Medicina Legal en Europa. *Ciencia Forense*. 1999; 1:232-245
4. NORFOLK GA, STARK MM. The future of clinical forensic medicine. *BMJ*. 1999; 318:1316-7
5. GALL JA. Centres of excellence are needed for clinical forensic medicine. *BMJ*. 2000; 320:650
6. HARMAN R, BUDOWLE B. Questions about forensic medicine. *Science*. 2006; 311:607
7. Libro Blanco de la Medicina Forense. Ministerio de Justicia. Madrid, 1988.
8. Ley Orgánica 6/1985, del 1 de julio, del Poder Judicial.
9. Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses, aprobado por RD 296/1996, de 23 de febrero.
10. RD 386/1996, de 1 de marzo, por el cual se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.
11. CASAS SÁNCHEZ J, RODRÍGUEZ ALBARRAN MS. Manual de Medicina Legal y Forense. Editorial Colex. 2000.
12. JOUVENCEL MR. Medicina Legal y forense. Su supresión como especialidad según el proyecto del gobierno (octubre 2006).
13. Tratado de Autopsias y Embalsamamientos. LECHA MARZO (Ed.). Los progresos de la clínica Madrid 1917.
14. GUTIÉRREZ CARBONEL M. Tratamiento procesal de la pericia médica en procedimiento penal. Cuadernos de derecho judicial. Consejo general del Poder Judicial. Edición especial Ministerio de Justicia. 1993.

## LA FORMACIÓN DEL MÉDICO FORENSE Y LOS IMLS. LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE: SITUACIÓN ACTUAL Y PROYECCIÓN DE FUTURO

MATÍAS VICENTE MENDOZA\*

**Resumen:** En este trabajo se reflexiona sobre la situación actual de la especialidad de Medicina Legal y Forense, los retos no superados en este terreno y los objetivos a alcanzar en aras de una formación especializada de calidad. Se analizan alternativas y oportunidades con especial referencia a aquellas sobre las que se ha trabajado en el seno de la Comisión Nacional de la Especialidad de la que el autor forma parte como Vicepresidente, si bien las opiniones vertidas son de su exclusiva responsabilidad.

**Palabras clave:** Medicina Legal y Forense. Especialidades médicas. MIR. LOPS.

**Abstract:** This paper reflects upon the current situation of the Legal and Forensic Medicine speciality and the challenges not overcome in this field. Also: the objectives to be attained in search of a specialised quality training. Finally alternatives and opportunities are analysed with special reference to those that have been considered within the National Commission of the Speciality. The author is member of that Commission as Vice President, although the opinions given herein are his exclusive responsibility.

**Key words:** Legal and Forensic Medicine. Medical specialities. MIR. LOPS.

---

\* Director del IML de Valencia. Vicepresidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Legal y Forense.

***Agradecimientos:*** en este apartado he de mencionar al profesor don Enrique Villanueva Cañadas como presidente y a todos los miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad, por el impulso a nuestra especialidad y el apoyo expreso para la unificación de las vías de formación de los médicos forenses y especialistas y el interés demostrado en la creación de unidades de formación posgraduada en los Institutos de Medicina Legal. Por este camino podemos llegar a la verdadera creación de una especialidad fuerte y unos médicos forenses preparados para los retos del siglo XXI.



## I. INTRODUCCIÓN

### 1. DATOS HISTÓRICOS

De forma muy breve quiero recordar algunos datos sobre la gestación de los Institutos de Medicina Legal, para aquellos más jóvenes que no vivieron este tiempo.

El desarrollo de las distintas áreas de la medicina, sobre todo en los años 70 con la aparición del sistema de especialidades y formación MIR hizo que muchos profesionales de la medicina forense se plantearan la adaptación a esta realidad, sirva como ejemplo que en la ciudad de Valencia, mucho antes de la aprobación de la LOPJ del año 1985, ya se hablaba de estas instituciones, y ya entonces, década de los setenta, se hizo un proyecto, por parte del Director del extinto IAF junto con otros compañeros, en el que se apostaba por una organización de este tipo con cuatro Servicios (Clínica, Patología, Laboratorio y Genética) que no salió adelante por la falta de cobertura legal.

Una vez aprobada la LOPJ (1985), (1) donde ya se establecía esta organización se realizó una encuesta que sirvió de base para el Libro Blanco (2) publicado en 1988 y en este documento se contenían una serie de criterios para la creación de los futuros institutos.

En 1991 en el contexto de una reunión organizada por la Asociación Estatal de Médicos Forenses, en presencia del entonces Director General se presentaron dos proyectos para un Instituto de Medicina Legal de Valencia y para Badajoz.

Realmente para la mayor parte de los médicos forenses fue verdaderamente frustrante que desde julio de 1985, que se publicó la LOPJ, hasta marzo de 1996 no se aprobaran los Reglamentos de desarrollo y en este periodo cualquier modificación que se proponía se encontraba con la falta de cobertura reglamentaria. En 1996, se aprobaron los decretos de IMLs (3) y el Reglamento del Cuerpo, actualmente derogado, que permitían la creación de los Institutos. En aquel momento ya se habían producido las transferencias a las Comunidades Autónomas y, por eso, eran las Comunidades con transferencias las encargadas de poner en marcha estas instituciones.

En el caso de Valencia se creó una Comisión, que actualizó el Proyecto elaborado en 1991, teniendo en cuenta las modificaciones de la Planta Judicial y las Normas legales citadas. Posteriormente se elaboró un borrador articulado de la Norma de creación y una Relación de Puestos de Trabajo, con los criterios establecidos en el reglamento que se trasladaron al Servicio de Recursos Humanos de la Dirección General de Justicia de la Generalitat Valenciana.

El Decreto del Gobierno Valenciano que creó el Instituto de Medicina Legal de Valencia contenía las líneas maestras de dicha propuesta con

algunas modificaciones de técnica legislativa. El 25 de abril de 2007 se publicaron tres nuevos Decretos del Gobierno Valenciano en el que se actualiza la organización de los tres IMLs. de la Comunidad. De forma similar se pusieron en marcha los IMLs. del País Vasco y posteriormente Andalucía, Cataluña, etc. Mas tarde el Ministerio de Justicia se puso en marcha y fue creando los IMLs. de su territorio. En este momento se encuentran creados todos los Institutos en distintos grados de desarrollo.

## 2. REALIDAD ACTUAL

En este momento para hablar de la situación de los médicos forenses hay que referirse necesariamente a la redacción de la Ley Orgánica del Poder Judicial dada en la Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, publicada en el BOE de 26 de diciembre de 2003, (1) en la que se incluye un nuevo Libro (VI), donde se contempla la existencia de los Cuerpos Generales y Especiales «De los Cuerpos de Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia y de Otro Personal».

Por otra parte, en el caso de las profesiones sanitarias hay que tener en cuenta la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (4), publicada en el BOE de 22 de noviembre, que en su articulado define cuales son las profesiones sanitarias y tanto los médicos como los farmacéuticos están incluidos en la misma, donde se establece los distintos aspectos del ejercicio profesional en el ámbito público y en el privado con los criterios generales de formación posgraduada, estableciendo como forma general y única para la especialización el sistema MIR, con un periodo de adaptación de cinco años. Aunque lo veremos mas adelante es importante reseñar que las especialidades que no se adaptan al nuevo sistema desaparecen del catálogo. En esta Norma se plantea la posibilidad de creación de áreas de capacitación específica con diplomas que acreditan en todo el Estado. En esta misma Ley se incluyen otros profesionales sanitarios como los de Enfermería, etc., y los del área sanitaria de formación profesional. En esta Ley es muy importante la formación continuada y el sistema general de acreditación de estas actividades, lo que exige que los centros de formación de los funcionarios tienen que cumplir estos requisitos, que por tanto debería afectar también al Centro de Estudios Jurídicos (CEJ) en lo que se refiere a la formación de los médicos forenses.

Vaya por delante que según mi criterio, las últimas reformas de la Ley Orgánica del Poder Judicial han sido oportunidades perdidas y donde se debería haber aprovechado para resolver un problema viejo estableciendo el requisito de Licenciatura en Medicina con la especialidad correspondiente para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses.

## II. LOS MÉDICOS FORENSES EN LOS IMLS

El Cuerpo de Médicos Forenses es un Cuerpo de los denominados especiales por la LOPJ y se constituye como «Cuerpo Nacional de Titulados Superiores al servicio de la Administración de Justicia». Según el artículo 475 de la mencionada Ley «Son Cuerpos Especiales: El Cuerpo de Médicos Forenses. Para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses se exige estar en posesión de la Licenciatura de Medicina».

En el artículo 479 se contienen las funciones de los médicos forenses que se describen como la «asistencia técnica a Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil en las materias de su disciplina profesional, tanto en el campo de la patología forense y prácticas tanatológicas como en la asistencia o vigilancia facultativa de los detenidos, lesionados o enfermos, que se hallaren bajo la jurisdicción de aquello, en los supuestos y en la forma que determinen las leyes».

Dice la nueva redacción: «A estos efectos, emitirán informes y dictámenes médico legales en el marco del proceso judicial, realizarán el control periódico de los lesionados y la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales. Igualmente realizarán funciones de investigación y colaboración que deriven de su propia función».

Es complicado entender lo que quiere decir el legislador con las funciones de «investigación y colaboración» pero yo creo que a nosotros nos interesa hacer una interpretación amplia y aquí incluir todo lo que podamos hacer, en materia de investigación médica y colaboración con otras instituciones sanitarias o docentes, siempre que tengan relación con nuestra disciplina.

Como resumen creo que las funciones de los médicos forenses se concretan en todas las áreas de la Medicina Legal:

a) Clínica: Asistencia o vigilancia facultativa de los detenidos, lesionados o enfermos. Valoración del daño corporal. Informes de mal praxis, Imputabilidad, Víctimas, etc.

b) Patología: Autopsias, estudios de restos óseos, necroradiología, antropología forense, etc.

c) Laboratorio: Análisis de muestras obtenidas de víctimas, lesionados, detenidos o enfermos y las obtenidas en las autopsias, así como colaborar en el análisis de las muestras obtenidas en la escena del crimen (sin perjuicio de las funciones del INT y CC. FF. como centro de referencia).

A la vista de las funciones, en las que se incluyen expresamente las de asistencia facultativa de los detenidos, lesionados o enfermos y del requisito de acceso (Licenciatura en Medicina) me parece evidente que nos afecta la LOPS en todo lo que se refiere a la formación, especialización, etc.

## 1. DEPENDENCIA ORGÁNICA

En la actual redacción de la Ley Orgánica del Poder Judicial se establece que el destino de los médicos forenses será el Instituto cuando la norma de creación así lo establezca, bien sean de Medicina Legal o del INT y CC.FF. en su caso.

Corresponde al Ministerio de Justicia elaborar un Real Decreto, previo informe del Consejo General del Poder Judicial y de las CC.AA. con trasposos de los medios de funcionamiento de la Administración de Justicia, en el que se contemplen las «Normas generales de organización y funcionamiento de los IMLS. Y las reglas de actuación de los médicos forenses».

Para entendernos este RD debe sustituir al Reglamento de IMLS de 1996, (3) adaptándolo a la nueva redacción de la Ley, si bien hasta el momento el Ministerio no ha aprobado ninguna Norma en este sentido y dan por bueno el mencionado RD que, por tanto, hay que considerar vigente.

Posteriormente, las CC.AA. con trasposos y el Ministerio de Justicia, en su ámbito de actuación, aprobarán las normas necesarias para su desarrollo.

Aunque en una primera lectura parece que existe una confusión entre lo dicho anteriormente y lo que establece este artículo. Como habla claramente que las competencias de cada uno son las que establece la propia Ley no existe contradicción, aunque resulte un poco confuso.

## 2. INGRESO Y PROMOCIÓN

En la redacción de la LOPJ se contempla que la selección del personal funcionario se realizará de acuerdo con los criterios generales de objetividad, igualdad, mérito y capacidad, etc.

El contenido del temario, así como las pruebas a realizar serán únicas para cada Cuerpo en todo el territorio del Estado, salvo las pruebas que puedan establecerse para el conocimiento de la lengua y del Derecho civil, foral o especial, propio de las Comunidades Autónomas. Las pruebas se convocarán y resolverán por el Ministerio de Justicia y se realizarán de forma territorializada.

Todos estos aspectos se contemplan en el Real Decreto 1451/2005 de 7 de diciembre, publicado en el BOE de 27 del mismo mes y que se llama: «Reglamento general de ingreso, provisión de puestos de trabajo y promoción profesional de los funcionarios al servicio de la administración de justicia». (5).

El sistema general de acceso es la oposición, pero se contempla con carácter excepcional el concurso-oposición, en cuyo caso se valorarán determinadas condiciones de formación, méritos o experiencia en la forma que se establezca en la convocatoria.

En nuestro caso se ha desaprovechado de nuevo una ocasión para adecuar el sistema de oposición a la realidad médica y conciliarla con la ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias, como ya se ha dicho. Por otra parte tampoco se ha resuelto el problema que plantean la existencia de un porcentaje altísimo de interinos tanto entre los médicos forenses como entre los facultativos del INT y que se debía tener en cuenta a la hora de plantear el concurso-oposición, aunque sea con un carácter excepcional.

Los procesos selectivos incluirán la realización de un curso teórico-práctico o de un periodo de prácticas que según la Ley podrá desarrollarse en los Centros, Institutos o Servicios de Formación dependientes de las Comunidades Autónomas. En este caso parece que la formación práctica de los Médicos Forenses también podrá realizarse en las distintas Comunidades.

Los temarios y las bases de las convocatorias se encomendarán a **UNA** Comisión de Selección de Personal. Las normas de funcionamiento y la forma de designación de sus miembros se establecen en el mencionado Real Decreto 1451/05. No entiendo muy bien como se va a encargar una Comisión de elaborar los temarios de todos los Cuerpos tanto los Generales como los Especiales.

Por otra parte en cada IML se ha aprobado una Relación de Puestos de Trabajo (RPT) con la denominación de cada puesto, funciones, etc. En cada caso se establecen los puestos de director, subdirector, jefes de Servicio, jefes de Sección y médicos forenses tanto los adscritos a secciones como los no incluidos en las mismas o «generalistas». En este sentido se plantea un problema porque el RD 1451/2005, mencionado de Provisión de puestos de trabajo existen algunos que se consideran genéricos y otros singularizados. Para la selección de los puestos que se denominan singularizados se utiliza el sistema de concurso de méritos y para los genéricos el concurso de traslado, en los concursos que se han publicado no han hecho distinción alguna entre los médicos forenses adscritos a secciones y los generalistas, siendo la forma de provisión establecida la general de «concurso de traslado» sin méritos específicos con los que se desvirtúa el sentido de la adscripción a las distintas secciones y los convierte en generalistas de hecho. Precisamente el RD 1033/07 de 20 de julio, publicado en el BOE de 27 de agosto (6) prevé la adaptación de las RPTs. a la nueva redacción de la LOPJ.

### 3. SELECCIÓN DE PERSONAL

Ya conocéis de sobra mi opinión sobre el tema e insisto que no se ha resuelto bien un asunto que no cuesta dinero y se hubiera podido resolver de una vez incluyendo las bases de la propuesta que hice anteriormente.

A pesar de lo dicho creo que la oposición exige una revisión importante, si bien es muy distinto si se convoca para especialistas que entre licenciados. En cualquier caso creo que debemos ir hacia una oposición mas pare-

cida a las que se realizan en el ámbito sanitario que la tradicional que se parece a la de los jueces con las matizaciones propias de nuestro trabajo.

Por eso creo que el primer examen de carácter eliminatorio debe ser un cuestionario de respuestas múltiples, por lo tanto fácil de corregir y que elimina la subjetividad en las valoraciones, esto ya se ha introducido en las últimas convocatorias.

Sin embargo creo necesario una fase de oralidad, ya que nuestro trabajo debe ser defendido en juicio orales y contradictorios, por eso la segunda fase del examen debe tener un contenido oral pero mas próximo a la realidad con la posibilidad de que el tribunal realice preguntas y repreguntas.

Como hemos dicho anteriormente no entiendo como se ha encargado a una Comisión Única para todo el personal con las diferencias evidentes entre los Cuerpos Generales y Especiales. Sin embargo para los Cuerpos Especiales no transferidos a las Comunidades Autónomas, es decir a los del INT se crea una Comisión *ad hoc* y es en esta última en la que los médicos forenses tenemos una participación activa como miembros de pleno derecho.

Por lo tanto se da la paradoja y el absurdo que en la Comisión de Selección de los médicos forenses no participa ninguno de ellos y solo hay personal del mundo del Derecho y sin embargo, se contempla la participación de un médico forense como vicepresidentes en la del personal del INT y CC. FF. No hace falta que os insista en mi opinión sobre el tema.

#### 4. PROMOCIÓN INTERNA

Por supuesto, en relación con los médicos forenses, no se contempla la posibilidad de promoción interna ya que para el Reglamento citado lo entiende solo cuando hay cambio de Cuerpo y eso en nuestro caso es imposible. En nuestro caso hay que establecer un sistema de promoción profesional dentro de los IML con la posibilidad de acceder a los puestos con dedicación a una determinada área de capacitación, jefaturas de servicio y de sección con distintos niveles retributivos. Así mismo hay que plantear la existencia de una verdadera «carrera profesional» de acuerdo con los años de ejercicio.

### III. ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Hasta ahora hemos hecho un repaso sobre los aspectos básicos del estatuto jurídico del cuerpo de médicos forenses de acuerdo con la Ley Orgánica del Poder Judicial. A partir de este momento voy a intentar resumir la situación desde el punto de vista de la LOPS.

Como ya hemos visto de pasada anteriormente, en dicha Ley se contemplan los principios de actuación profesional de todas las profesiones sanitarias y en relación con el tema que nos interesa sobre los médicos forenses, en el artículo 2.2: «Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos: a) De nivel Licenciado: Las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de licenciado en Medicina, en Farmacia, Odontología y Veterinaria y los títulos oficiales de especialistas en Ciencias de la Salud para Licenciados a los que se refiere el título II de esta Ley» ...

Por otra parte en la disposición adicional quinta de la misma se contempla: «Aplicación de esta Ley a las profesiones sanitarias: Sin perjuicio de lo establecido en los artículos 2, 4.2, 6 y 7, el resto de las disposiciones de esta Ley solo se aplicarán a los titulados previstos en dichos artículos cuando presten sus servicios profesionales en centros sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud o cuando desarrollen su ejercicio profesional, por cuenta propia o ajena, en el sector sanitario privado».

De la lectura de estos preceptos de la Ley creo que se deduce claramente que el artículo 2 nos afecta directamente si bien hay otros aspectos profesionales como la promoción y desarrollo que nos excluye.

Con la inclusión de la Medicina en general y teniendo en cuenta que en el artículo 2, vigente completamente para todos los médicos, se establece la existencia de los títulos oficiales de especialistas en Ciencias de la Salud creo que es conveniente conocer el sistema de formación y especialización regulado en el título II de la mencionada Ley.

## 1. ESPECIALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN ESPECÍFICA

En la Ley, que nos venimos refiriendo, de la Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) se establece el sistema de Especialización médica con carácter general por la vía de Residencia es decir por el sistema MIR. La condición *sine qua non* en este sistema es que el residente establece una relación laboral especial con el centro y un contrato de trabajo «en prácticas» y unas retribuciones. El residente adquiere su formación trabajando en los distintos servicios bajo la supervisión de los miembros de plantilla y colaborando en las distintas acciones formativas: Sesiones clínicas, etc.

Las especialidades que, hasta la fecha, se han venido consiguiendo por el sistema de escuela tienen un plazo de cinco años, desde la entrada en vigor de la Ley, es decir hasta noviembre de 2008, para modificar, suprimir o adaptar el sistema de formación a lo previsto en el artículo 20. En este caso se encuentra la Especialidad de Medicina Legal que se obtiene por el sistema de Escuela y lo que estamos pidiendo al Ministerio de Sanidad es la adaptación del sistema y la formación se realice como residentes en los Institutos de Medicina Legal consiguiendo así que nuestra Especialidad sea una más de todas y deje de ser una excepción. Esta modificación llevaría consigo un cambio cualitativo importante y permitiría una adapta-

ción completa de la Medicina Forense española al sistema general de especialización médica con las ventajas que eso conlleva.

En este momento el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad tiene sobre la mesa un Proyecto de RD, dado a conocer a las Organizaciones profesionales, por el que se crean nuevos Títulos de especialista y se actualiza el sistema formativo de determinadas especialidades en ciencias de la salud donde se incorpora la Especialidad de Medicina Legal y Forense al sistema general de residencia. Una vez que el Gobierno apruebe dicho RD en los términos que establece el Proyecto se habrá terminado la excepcionalidad de nuestra Especialidad y se acaba con las de régimen de alumnado.

Por otra parte los Institutos de Medicina Legal se convertirían en las unidades acreditadas para la formación de residentes. Para conseguir estos objetivos son necesarias las siguientes medidas:

- a) Concesión automática del título de especialista en Medicina Legal a todos los que cumplan el requisito de cinco años de ejercicio profesional y a los que no lo cumplan en este momento, según vayan cumpliendo dicho requisito.
- b) Acreditación de los IMLs como unidades de formación de residentes, siempre que cumplan los mínimos exigidos para dichas unidades.
- c) Exigencia del Título de Especialista para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses. Esto provoca necesariamente un cambio en el tipo de oposición, tal como está planteada en la LOPJ.

Para conseguir estos objetivos es imprescindible modificar la Ley Orgánica y como ya he dicho anteriormente, las últimas modificaciones han sido ocasiones perdidas y el Ministerio de Justicia, a pesar de su buena disposición, no acaba de introducir esta reforma en ninguno de los Proyectos que ha enviado a las Cortes hasta la fecha.

### 1.1. CAPACITACIÓN ESPECÍFICA

Desde la creación de los institutos, en todos ellos se ha intentado una mejora en la formación de los profesionales, convocando distintos cursos de capacitación en las distintas áreas primando la calidad y sobre todo los aspectos prácticos.

Por mi parte conozco los esfuerzos que se han realizado en Cataluña, País Vasco, etc., y por supuesto en la Comunidad Valenciana. Nosotros optamos por firmar un convenio con la Consellería de Sanidad y desde el año 2001 venimos convocando cursos específicos para médicos forenses todos los años y abordando las materias más importantes: Genética, Psiquiatría, Patología, Daño corporal, Toxicología, etc.

También en la LOPS aparece el concepto de capacitación específica, como una superespecialización o subspecialización. En esta Norma esta-



blece que el Gobierno podrá establecer «Áreas de capacitación específica» a las que se podrá llegar desde distintas especialidades. Corresponde al Ministerio de Sanidad fijar las denominaciones y las especialidades de origen. El diploma de Capacitación Específica tendrá validez en todo el territorio nacional.

En la Ley se contempla que un Reglamento establecerá los supuestos y requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan conseguir estos Diplomas. En relación con los requisitos se establece un mínimo de cinco años de ejercicio profesional como especialista y posteriormente un periodo de formación que puede ser reglada de al menos dos años o la justificación de la dedicación a dicha área con trabajos, cursos, ponencias, etc.

Por otra parte en la Ley se diseña un sistema en el que las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, si procede, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un periodo de formación común de una duración mínima de dos años.

Es competencia del Gobierno, al establecer los títulos de especialistas en Ciencias de la Salud, determinar el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que, en su caso, se deben integrar.

Por cada una de las Especialidades en Ciencias de la Salud, y como órgano asesor de los Ministerios de Educación y de Sanidad en el campo de la correspondiente especialidad, existe una Comisión Nacional.

«En los casos que se establezca un Área de capacitación Específica, la Comisión o Comisiones Nacionales de la Especialidad o Especialidades en cuyo seno el área se constituya designarán un Comité del Área compuesto por seis especialistas.

El Comité desarrollará las funciones que reglamentariamente se determinen y, en todo caso, las de propuesta de los contenidos del programa de formación y las de evaluación de los especialistas que aspiren a obtener el correspondiente Diploma del Área de Capacitación Específica.» (4).

## 1.2. FORMACIÓN CONTINUADA

La reiteradamente mencionada Ley de ordenación de las profesiones sanitarias también contempla en su articulado los principios generales de la formación continuada y crea la Comisión de Formación Continuada de estas profesiones, «con el fin de armonizar el ejercicio de las funciones que las administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada, así como coordinar las actuaciones que se desarrollen en dicho campo». (7).

En este mismo sentido se incluye también la posibilidad y la necesidad de acreditar las actividades, programas de actuación en materia de formación y los centros que se dedican a la misma.

Todo ello dejando claro en el apartado 5 del artículo 35, que las credenciales de los profesionales no sustituirán los procedimientos de promoción y contratación.

El Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, publicado en el BOE de 14 de septiembre, determina la composición de la Comisión, comisiones técnicas y grupos de trabajo y regula el sistema de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias. (7).

#### IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES

No me gustaría ser especialmente pesimista, pero reconozco que la situación sobre la formación de los médicos forenses se encuentra, a mi modo de ver, en un momento bastante preocupante, aunque también hay que reconocer que los esfuerzos desplegados por distintos ámbitos profesionales como el Ministerio de Justicia, Directores de Imls, Comisión de la Especialidad, etc., pueden abrir un nuevo escenario mas esperanzador.

En este sentido el Proyecto de RD mencionado sobre las especialidades consolida la nuestra en el sistema general de residencia y abre las puertas a que los IMLS, con las sinergias adecuadas, puedan constituirse en Unidades de Formación posgraduada.

El Ministerio de Justicia, hasta la fecha, sigue anclado en un sistema de selección y formación excesivamente teórico muy similar a los otros cuerpos de funcionarios de la Administración de Justicia, que si bien, puede ser adecuados para estos, no se ajusta en absoluto a la formación que se espera para los médicos del siglo XXI.

Es muy difícil hacer previsiones pero creo que el camino adoptado no es el mas correcto para resolver los problemas de la pericia, que cada día es mas compleja y mas exigente con los profesionales. El Ministerio de Justicia debe ser consciente de los problemas que se plantean en el día a día de los tribunales.

A pesar de lo dicho creo que hay que seguir insistiendo en la necesidad de un verdadero sistema de formación para los médicos forenses en el contexto de la especialización médica y no dejar pasar esta ocasión para resolver este viejo problema.

Para terminar podemos recoger las siguientes reflexiones:

1. Para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses, en este momento, se exige la Licenciatura en Medicina por tanto los médicos forenses, como tales, no son especialistas (sin perjuicio de que alguno de ellos tengan títulos de distintas especialidades).

2. No existen plazas de especialistas, de acuerdo con la legislación sanitaria, en los IMLS.

3. La organización del trabajo en los institutos permite la dedicación a determinadas áreas con mayor profundidad y conviene establecer plazas específicas en las correspondientes RPTs.

4. El sistema de formación continuada o «expertización» de los médicos forenses no está regulado de forma homogénea.

5. En este momento no se deben utilizar expresiones como «especialistas» o «capacitación específica» para los médicos forenses, si no se cumplen los requisitos establecidos en la LOPS.

6. Conviene regular el sistema de acceso y formación de los médicos forenses, dentro del esquema establecido en el ámbito sanitario, para lo cual se deberían tomar simultáneamente estas medidas:

- a) Concesión automática del título de especialista en Medicina Legal a todos los médicos forenses que cumplan el requisito de cinco años de ejercicio profesional y a los que no lo cumplan, cuando se apruebe la Norma, según vayan cumpliendo dicho requisito.
- b) Acreditación de los IMLS, con las sinergias necesarias para cumplir el plan de formación, como unidades acreditadas para la formación de residentes.
- c) Exigencia del Título de Especialista para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses. Esto exige un cambio en la LOPJ y en el tipo de oposición, tal como está planteada actualmente.
- d) Adecuar el sistema de capacitación específica y formación continua de los médicos forenses a lo establecido en la LOPS.

Creo que la integración en el sistema sanitario de formación es la única manera de terminar con la duplicidad actual y con la paradoja que siendo los médicos forenses los únicos profesionales de la administración pública con funciones periciales médico legales no se les exija la especialidad correspondiente para su ejercicio.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica del Poder Judicial. Aprobada en 1985 con la nueva redacción dada en la Ley 19/2003, de 23 de diciembre, publicada en el BOE de 26 de diciembre de 2003.
2. Libro Blanco de la Medicina Forense. Publicaciones del Ministerio de Justicia. 1988.
3. Reglamento de los Institutos de Medicina Legal. Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, publicado en el BOE de 9 de marzo de 1996.

4. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, publicada en el BOE de 22 de noviembre de 2003.
5. Reglamento General de Ingreso, Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios al Servicio de la Administración de Justicia. Real Decreto 1451/2005, de 7 de diciembre, publicado en el BOE de 27 de diciembre de 2005.
6. Real Decreto por el que se determinan los puestos tipos de las unidades que integran las oficinas judiciales y otros servicios no jurisdiccionales. Real Decreto 1033/2007, de 20 de julio, publicado en el BOE de 27 de agosto de 2007.
7. Real Decreto por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada. Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, publicado en el BOE de 14 de septiembre de 2007.
8. Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, publicado en el BOE de 21 de febrero de 2008.

## EL FUTURO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

JOSÉ MARÍA MONTERO JUANES\*

**Resumen:** En este trabajo se analiza la situación actual de la Medicina Legal y Forense con especial referencia a la ya proverbial separación de la Medicina Forense académica de la Medicina Legal y Forense que ejercen los médicos forenses como funcionarios de la Administración de Justicia.

Se reflexiona sobre el futuro de la especialidad en un momento de cambio y ante esa segregación que no favorece el desarrollo de la misma.

**Palabras clave:** Medicina Legal. Medicina Forense. Formación médica especializada. Especialidad.

**Abstract:** This paper analyses the current situation of Legal and Forensic Medicine placing special emphasis on the proverbial separation of academic Forensic Medicine from Forensic Medicine exercised by forensic doctors as civil servants of the Justice administration.

The future of the speciality is reflected upon at a time of changes and faced with this segregation separation that does not favour its development.

**Key words:** Legal Medicine. Forensic Medicine. Specialised medical training. Medical Specialization.

---

\* Médico Forense. Director del IML de Cáceres. Especialista en Medicina Legal y Forense.

La medicina legal y forense actual no es otra cosa que la consecuencia de una división que viene de años y a la que nadie le ha puesto o le ha querido poner solución. Son ya más de dos décadas las que llevo en esta apasionante profesión y siempre he escuchado las mismas cosas con relación a los médicos forenses, los IML y las Cátedras, su casi imposible unión en la defensa de un sistema único y sencillo que establezca líneas claras en esta profesión. Posiblemente la noticia de que el Real Decreto de Especialidades establezca la desaparición de la especialidad de Medicina Legal y Forense, como la conocemos hasta ahora, ha conseguido hacer compañeros de viaje a los que tantos años han vivido de espaldas.

En este problema que se nos plantea ya de forma acuciante, pues el tiempo es poco para evitar su desaparición y su consideración como un master, ha tenido mucho que ver la pasividad con la que todos hemos actuado. Probablemente las cátedras, con honrosísimas excepciones, han tenido un plus de responsabilidad por querer mantener una situación que no era sostenible para los futuros especialistas, con un sistema que era para ellos costoso y de pocas esperanzas profesionales al no disponer de plazas directas tras su periodo de formación y estar abocados a las pericias privadas. Los médicos forenses, que hemos vivido despreocupados por la seguridad de que disponemos al ser funcionarios públicos y tener en nuestras manos la realización de las periciales forenses oficiales y hemos cerrado los ojos ante una situación que se antojaba como de debate obligado de las Asociaciones Forenses con el Ministerio de Justicia. Por otra parte la organización de la Medicina Forense hasta la creación de los Institutos de Medicina Legal que no permitía tener centros en donde la formación, el trabajo en equipo fuera el eje de nuevas actitudes ante la concreción de un nuevo sistema en donde se reforzara la medicina legal y forense del que a buen seguro todos saldríamos beneficiados.

Parte de culpa también de la especialidad la tiene también la profusión de master y cursos de especialistas en diferentes áreas de la Medicina Forense que hoy se esgrimen con mas énfasis ante los tribunales que la propia especialidad de Medicina Legal y Forense.

Ahora parece que existe una unidad de acción ante el problema que se nos plantea. Pero la solución debe de pasar de forma inexorable por un acuerdo global de toda la profesión, entendida como aquella que realizamos todos, Cátedras y Cuerpo Nacional de Médicos Forenses sin dejar ningún hilo suelto que vuelva a hacer aflorar los viejos desencuentros que tanto daño nos han hecho y que son en mi opinión las razones de la situación actual.

Es evidente que haciendo tabla rasa de todo ello, debemos de mirar hacia el futuro, pero desterrando las mutuas desconfianzas y con un objetivo claro, desarrollar un sistema único y coordinado que concrete una Medicina Legal y Forense bien formada, con medios en donde las cátedras de Medicina Legal y los Institutos de Medicina Legal trabajen juntos, apro-

vechen sus medios materiales de forma conjunta, colaboren en la formación de los nuevos especialistas y en la investigación forense, tan necesaria para la sociedad.

La reforma operada en la Medicina forense por el Ministerio de Justicia tras la aprobación en la Ley Orgánica del Poder Judicial de 1985 de los Institutos de Medicina Legal entiendo que debe de ser uno de los ejes sobre los que asentar el futuro, en coordinación con las Universidades concretándose una nueva vía en la que teoría y práctica vayan juntas. Los IMLs, pueden ser centros de formación en donde los nuevos especialistas se formen contando con los conocimientos de los Médicos Forenses, realizando todas las actividades periciales que posteriormente desarrollarán profesionalmente. De hecho, ya algún Instituto es centro formador. Igualmente los IMLs son ya de hecho centros en donde se realiza el curso de formación práctico de los médicos forenses que han aprobado la fase teórico-práctica de la Oposición de Médicos Forenses, con unos resultados muy positivos en cuanto a su formación.

Por otra parte en las Órdenes de creación de los IML y en el Reglamento se establece la creación de la Comisión de Docencia y de Investigación, especificándose claramente la participación de docentes universitarios en ella. ¿Por qué no puede ser esta Comisión un instrumento de conexión entre la Universidad y los IMLs que coordine la formación de los nuevos especialistas?... Cuando menos habría que plantearse...

Los Institutos de Medicina Legal decididamente han venido a cambiar el panorama anterior en el que se hacia prácticamente imposible nuestra participación en la formación. Pero en este tiempo nuevo las posibilidades son grandes, pues ha cambiado la forma de trabajo, los medios han aumentado, está formándose una conciencia general proclive a asumir nuevos retos, existe ya una experiencia formativa que puede y debe de ser tenida en cuenta a la hora de la formación de los especialistas.

En este panorama y con la premura de tiempo que se nos marca por la posible desaparición de la especialidad, es necesario que apostemos todos fuertemente por que se mantenga como tal y para ello es fundamental una puesta en común de las diferentes concepciones para ir todos juntos con una propuesta única que convenza a todos de la necesidad de su mantenimiento y de su reforzamiento.

¿Es tan difícil conseguir un sistema en el que se formen conjuntamente en las Escuelas Universitarias y en los IMLs de la localidad elegida por la vía Mir? ¿Es tan difícil llegar a un punto de encuentro en torno a que los médicos forenses que lleven más de cinco años de ejercicio profesional accedan automáticamente a la titulación como Especialistas? ¿Es tan difícil sentarse a definir que las personas que acceden al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses tengan la especialidad a partir de una fecha concreta en la cual se ponga en marcha este sistema?... Es solo cuestión de diálogo, voluntad y generosidad. Diálogo que ha podido faltar hasta ahora, volun-

tad por que no se ha planteado realmente el tema como algo que hay que definitivamente resolver y generosidad porque nadie debe de tener en este momento posturas radicalizadas e innegociables en torno a «su» concepción sobre el futuro de la Medicina Legal y Forense.

La realidad es tozuda y hoy se hace más necesario que nunca buscar todos los «puntos de encuentro» que nos permitan en primer lugar salvar la especialidad de Medicina Legal y en segundo lugar fijar de forma clara y con la participación de todos las líneas que debe de seguir en nuestro país la Medicina Legal y Forense.

Ya no vale una solución de mínimos, ahora el presente nos obliga a encontrar un sistema que perdure en el tiempo y que con la generosidad que señalaba anteriormente de respuestas a lo planteado y que determine el salto definitivo de calidad de nuestra especialidad situándola en la punta de lanza europea. Este es un reto para todos...



## **ARTÍCULOS ORIGINALES**

**FENOLOGÍA DE CALIFÓRIDOS  
(DIPTERA, CALLIPHORIDAE)  
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO  
(C.A.P.V.)**

MARTA I. SALOÑA BORDAS, JAVIER MONEO PELLITERO,  
BEATRIZ DÍAZ MARTÍN\*

**Resumen:** Se resumen los patrones de vuelo de imagos observados para la familia *Calliphoridae* en la Comunidad Autónoma del País Vasco. La zona de muestreo incluye 30 localidades, habiéndose muestreado ámbitos rurales y urbanos durante un año natural (agosto de 2007-julio de 2008).

Las poblaciones del género *Calliphora* están activas a lo largo de todo el año siendo las más abundantes en los meses otoñales e invernales, si bien presentan su máximo poblacional en primavera. Al respecto, cabe destacar la presencia continua de *Calliphora vicina* en las tres regiones bioclimáticas a lo largo de todo el año muestreado.

Sin embargo, los imagos de *Lucilia* y *Chrysomya* no muestran actividad en los meses invernales siendo más abundantes en primavera y verano, reduciendo su presencia a medida que avanza el otoño.

**Palabras clave:** Diptera. *Calliphoridae*. Vuelo. Sucesión. Climatología. Península Ibérica. País Vasco.

---

\* Departamento de Zoología y Biología Celular Animal, Universidad del País Vasco, UPV-EHU.

**Abstract:** We summarize the flight patterns observed for blowflies in the Basque Country. The sampling area included 30 localities, sampling rural and urban areas through a natural year (august 2007-july 2008).

*Calliphora* populations are active during the whole year and have been the most abundant in autumn and winter months, although its maximum appears in spring. Therefore, *Calliphora vicina* is active throughout the whole year in the three bioclimatic regions. However, *Lucilia* and *Chrysomya* adults are not active in winter, showing their greatest abundances in spring and summer, decreasing during fall.

**Key words:** Diptera. Calliphoridae. Flight. Succession. Climatology. Basque Country. Spain.

## INTRODUCCIÓN

Las moscas califóridas son pioneras en la colonización de restos cadavéricos expuestos. Como importantes reductoras de materia orgánica, colonizan restos de origen animal donde completan su desarrollo larvario en condiciones ambientales adecuadas. Esta característica les confiere un valor añadido en Entomología Forense, pudiendo ser indicadoras del lugar donde han colonizado un cadáver, así como del tiempo que llevan desarrollándose en éste, entre otros aspectos. Para realizar estimaciones precisas, es prioritario conocer las especies de califóridos presentes en nuestra región así como su dinámica espacio-temporal, dado que su actividad puede variar a lo largo del año.

Pocos son los estudios llevados a cabo en nuestra región a lo largo de un año natural, por lo que resulta temerario realizar comparaciones con estudios previos desarrollados con similares características. Hasta la fecha, sólo existen precedentes en Madrid (1), Huesca (2, 3), Alicante (4, 5) y Murcia (6, 7). Las condiciones ambientales de dichas áreas de estudio difieren lo suficiente de las registradas en la CAPV (8) como para tomarlas como patrón de referencia para nuestra región.

En un artículo previo detallamos los mapas de distribución de las especies capturadas de la familia *Calliphoridae* en la CAPV (9). Tras este primer estudio, procedemos a analizar los periodos de actividad imaginal a lo largo del año. Las tres regiones bioclimáticas se ajustan a las propuestas por la Agencia Vasca de Meteorología (8) y se conocen como zona Atlántica, zona Media y zona Sur (8, 9).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han muestreado un total de treinta localidades pertenecientes a la Comunidad Autónoma del País Vasco (anexo I); para cada localidad se diferencian dos ambientes, rural y urbano, en función del nivel de antropización. Se realizaron muestreos a lo largo de un año natural, colocando trampas mensualmente en cada localidad tanto en entornos rurales como urbanos (anexo 1). Todo el procedimiento de muestreo e identificación de las especies recogidas ha sido detallado en trabajos previos (9, 10).

## Anexo 1

### Localidades muestreadas

PROVINCIA	LOCALIDAD	RURAL	URBANO
Álava	1. Amurrio	42°52'18.84"N 3°03'32.04"O	43°03'43.26"N 2°59'54.57"O
	2. Campezo	42°37'38.56"N 2°27'54.30"O	42°40'09.76"N 2°21'14.81"O
	3. Labastida	42°34'09.11"N 2°40'28.56"O	42°35'15.00"N 2°47'20.47"O
	4. Laguardia	42°33'35.50"N 2°28'03.07"O	42°33'06.31"N 2°34'56.86"O
	5. Salvatierra	42°46'23.38"N 2°23'36.71"O	42°50'54.91"N 2°23'44.46"O
	6. Sobrón	42°39'33.37"N 2°53'06.95"O	42°46'03.41"N 3°05'43.20"O
	7. Vitoria	42°51'30.28"N 2°39'10.83"O	43°00'10.39"N 2°40'38.18"O
Guipúzcoa	8. Andoain	43°12'55.14"N 2°01'44.08"O	43°13'19.11"N 2°00'54.99"O
	9. Beasain	43°02'49.18"N 2°13'00.04"O	43°02'51.28"N 2°11'57.59"O
	10. Donosti	43°18'57.32"N 2°01'16.44"O	43°18'48.89"N 2°00'22.14"O
	11. Irún	43°19'16.48"N 1°49'43.27"O	43°19'41.30"N 1°48'52.82"O
	12. Legazpia	43°03'15.56"N 2°20'15.52"O	43°03'15.51"N 2°20'03.31"O
	13. Tolosa	43°07'40.91"N 2°07'29.66"O	43°08'35.77"N 2°04'23.34"O
Vizcaya	14. Zarautz	43°16'43.99"N 2°10'44.68"O	43°16'48.56"N 2°10'32.92"O
	15. Bermeo	43°23'33.76"N 2°46'06.31"O	43°25'09.59"N 2°43'55.22"O
	16. Bilbao	43°15'53.83"N 2°54'00.45"O	43°15'17.34"N 2°54'42.39"O
	17. Carranza	43°16'31.14"N 3°16'11.55"O	43°13'21.15"N 3°21'38.62"O
	18. Durango	43°07'29.06"N 2°39'23.25"O	43°10'08.98"N 2°37'32.74"O
	19. Galdakao	43°15'10.21"N 2°53'29.98"O	43°12'43.85"N 2°48'35.77"O
	20. Gernika	43°21'22.99"N 2°41'10.55"O	43°19'07.40"N 2°40'23.24"O
	21. Leioa	43°19'44.27"N 2°58'15.76"O	43°19'33.08"N 2°59'06.83"O
	22. Lekeitio	43°21'16.55"N 2°35'00.61"O	43°21'35.97"N 2°30'22.62"O
	23. Mallabia	43°14'40.42"N 2°31'24.11"O	43°10'34.22"N 2°34'44.85"O
	24. Mungía	43°20'32.22"N 2°51'33.85"O	43°21'16.68"N 2°50'54.24"O
	25. Ondarroa	43°19'25.59"N 2°29'34.09"O	43°18'33.81"N 2°28'05.94"O
	26. Otxandio	43°06'19.79"N 2°43'13.31"O	43°02'25.58"N 2°39'16.26"O
27. Sodupe	43°13'27.91"N 3°01'24.25"O	43°12'03.38"N 3°02'59.91"O	
28. Urkiola	43°06'03.91"N 2°38'47.49"O	—	
29. Zalla	43°14'25.18"N 3°13'16.60"O	43°12'46.63"N 3°07'58.85"O	
30. Zeberio	43°07'54.60"N 2°44'41.62"O	43°08'36.18"N 2°45'13.98"O	

## RESULTADOS

Los datos de temperatura y humedad (8) muestran valores moderados para la región Atlántica, con un clima más cálido y benigno en la franja costera. Sin embargo en las regiones media y sur, los valores medios de los registros llegaron a encontrarse por debajo de los 0°C durante los meses invernales. Esto influye en la dinámica imaginal, con patrones de vuelo y máximos poblacionales diferentes a lo largo del año (tabla 1, fig. 2, 3 y 4). Todas las especies de la familia *Calliphoridae* han sido recogidas en las tres zonas bioclimáticas, si bien apreciamos diferencias en su actividad que pasamos a detallar.

### ZONA ATLÁNTICA

Es la zona donde mayor actividad detectamos en las moscas de esta familia a lo largo de todo el año.

*Calliphora vicina* y *C. vomitoria* están activas todos los meses muestreados en las provincias costeras (fig. 2), incluso en aquellos meses más fríos (diciembre y enero). Presentan su máxima abundancia en los meses primaverales (abril y mayo).

Respecto a las moscas verdes (subfamilias *Luciliinae* y *Chrysomyinae*), éstas cesan toda actividad en los meses invernales. *Lucilia caesar* es la especie más abundante en verano; el resto de especies del género *Lucilia* muestra una dinámica similar, aunque con menor abundancia poblacional (tabla 1). *Chrysomya albiceps* está activa en los meses de verano y mantiene su presencia hasta el muestreo de octubre, ya entrado el otoño.

**Tabla 1**

Relación de especies y abundancias a lo largo de un año natural.

Especie / Mes	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Total
<i>C. vicina</i>	495	258	256	316	195	93	580	901	1.470	1.962	1.745	1.271	9.541
<i>C. vomitoria</i>	249	71	28	57	32	12	174	602	1.714	2.236	940	585	6.700
<i>L. caesar</i>	1.825	719	276	157	4	0	0	0	39	448	652	1.573	5.693
<i>L. ampullacea</i>	672	285	186	150	6	0	0	0	4	173	354	365	2.195
<i>L. illustris</i>	113	61	18	8	0	0	0	0	3	21	6	47	277
<i>L. sericata</i>	199	138	19	6	0	0	0	2	3	20	20	324	731
<i>L. cuprina</i>	4	11	0	0	0	0	0	0	0	11	2	35	63
<i>L. richardsi</i>	2	3	2	0	0	0	0	0	0	1	3	0	11
<i>L. silvarum</i>	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	17
<i>C. albiceps</i>	111	198	7	1	0	0	0	0	0	0	1	52	370
<b>Total</b>	<b>3.679</b>	<b>1.746</b>	<b>792</b>	<b>695</b>	<b>237</b>	<b>105</b>	<b>754</b>	<b>1.505</b>	<b>3.233</b>	<b>4.872</b>	<b>3.726</b>	<b>4.255</b>	<b>25.598</b>

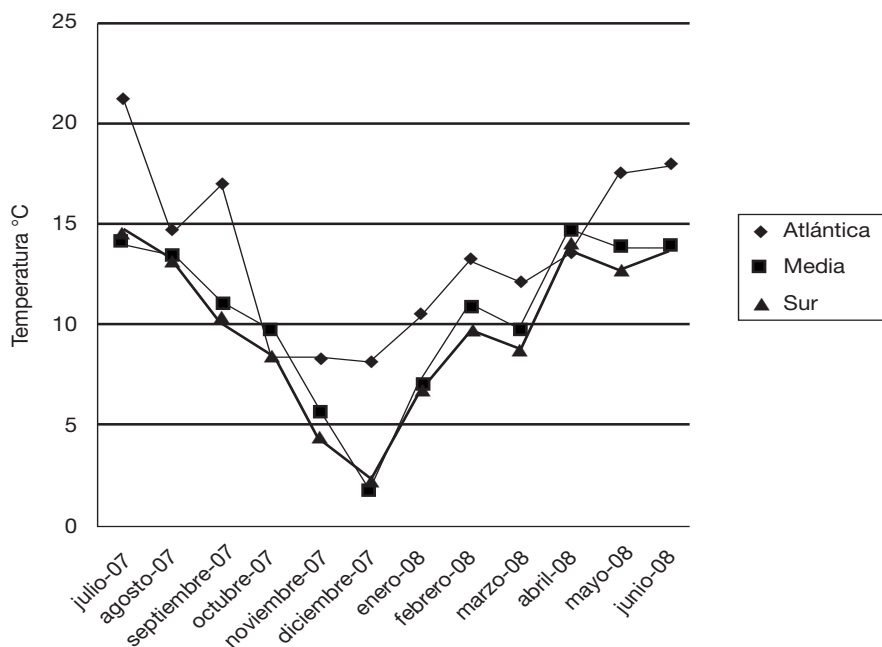


Figura 1. Temperatura media a lo largo del año para las tres regiones bioclimáticas.

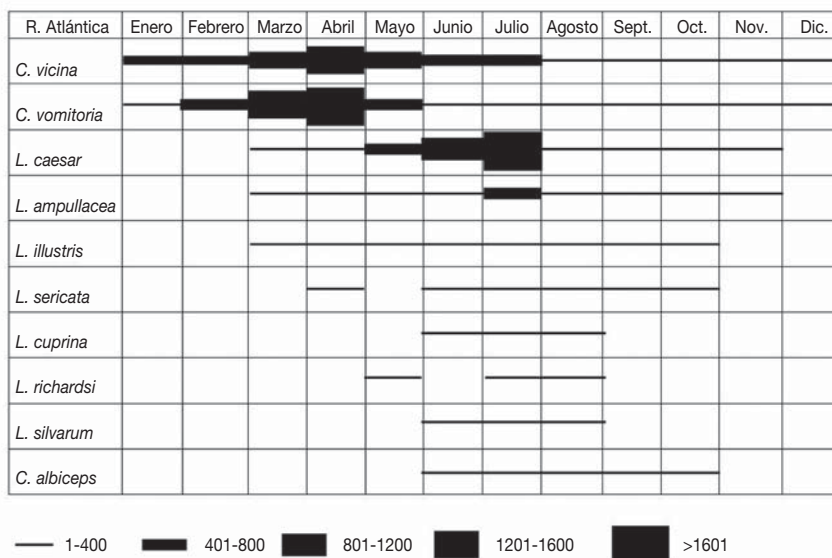
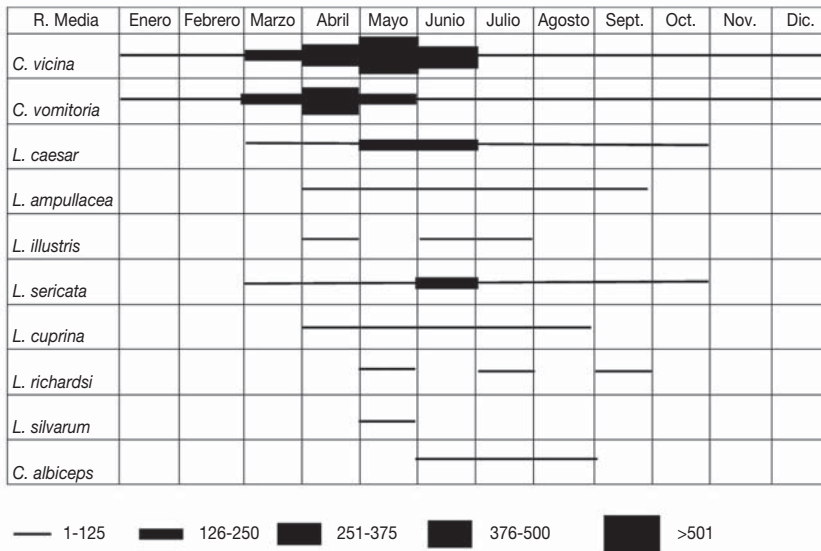
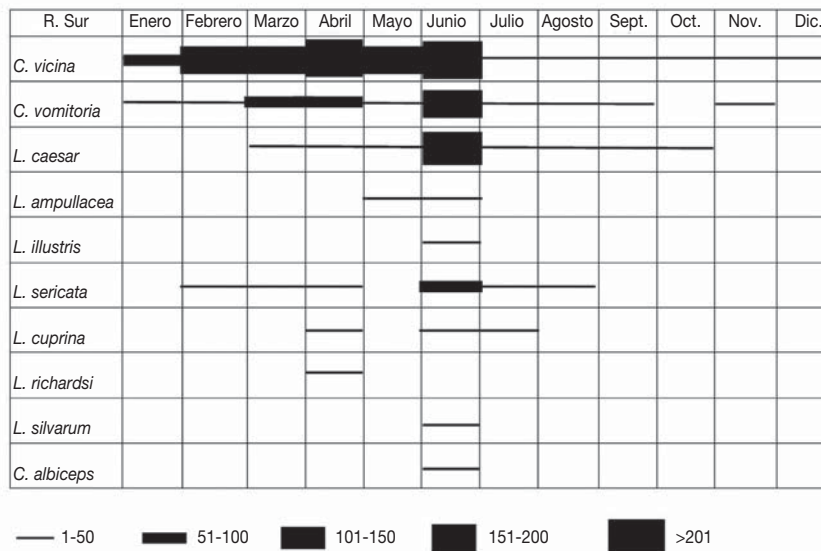


Figura 2. Patrones de vuelo para cada especie de califórido en la región Atlántica.



**Figura 3.** Patrones de vuelo para cada especie de califórido en la región Media.



**Figura 4.** Patrones de vuelo para cada especie de califórido en la región Sur.



**Tabla 2**

Temperaturas medias para la región Atlántica.

REGIÓN ATLÁNTICA			
MES/TEMP. °C	T.ª MÁXIMA	T.ª MEDIA	T.ª MÍNIMA
Julio 2007	33	21,10	10,9
Agosto 2007	18,6	14,57	10,9
Septiembre 2007	22,6	16,77	10
Octubre 2007	13,3	8,50	5,2
Noviembre 2007	14,1	8,25	-1,2
Diciembre 2007	15	8,10	0,2
Enero 2008	14,8	10,38	0,5
Febrero 2008	15,7	13,16	9,6
Marzo 2008	19,4	12,00	3,2
Abril 2008	19,9	13,46	8
Mayo 2008	21,07	17,43	11
Junio 2008	25	17,82	12,4

En la tabla 2 se resumen las estimaciones de temperatura media, máxima y mínima para cada mes para esta región. Destacamos los valores mínimos de noviembre, por debajo de cero grados centígrados, inferiores a los registrados en los meses invernales.

#### ZONA MEDIA

Los valores medios de la temperatura ambiente son menores durante todo el año (tabla 3) y pueden actuar de barrera para la presencia de especies propias de zonas de clima más benigno. Así, en la zona media cesa antes la actividad de las especies encontradas del género *Chrysomya* y *Lucilia* (fig. 3). No obstante, los patrones de vuelo son similares para las especies más abundantes, *C. vicina*, *C. vomitoria* y *L. caesar*. *Calliphora* predomina durante todo el año, incluso en aquellos meses más cálidos en los que *Lucilia* presenta sus máximos poblacionales. Aunque sus abundancias son menores con respecto a la región Atlántica, no debemos obviar que se muestreó en un número menor de localidades.

**Tabla 3**

Temperaturas medias para la región Media.

REGIÓN MEDIA			
MES/TEMP. °C	T.ª MÁXIMA	T.ª MEDIA	T.ª MÍNIMA
Julio 2007	15,7	14,10	10,9
Agosto 2007	14,7	13,33	10,9
Septiembre 2007	12,3	10,98	8,1
Octubre 2007	10,5	9,65	8,4
Noviembre 2007	6,8	5,68	3,5
Diciembre 2007	3	1,85	0,9
Enero 2008	8,8	7,08	5,2
Febrero 2008	11,5	10,83	10,1
Marzo 2008	12,2	9,75	6,3
Abril 2008	15,4	14,58	13,3
Mayo 2008	14,48	13,85	13
Junio 2008	14,9	13,80	12

ZONA SUR

La zona sur corresponde a la región conocida como «Rioja Alavesa», de veranos cálidos e inviernos fríos y secos (8). En ella observamos un claro predominio de *C. vicina*, especialmente en los meses invernales y primaverales, superando siempre en abundancia a las especies restantes, incluso en los meses estivales (fig. 4).

En la tabla 4 recogemos los datos de temperatura registrados para la región sur.

**Tabla 4**

Temperaturas medias para la región Sur.

REGIÓN SUR			
MES/TEMP. °C	T.ª MÁXIMA	T.ª MEDIA	T.ª MÍNIMA
Julio 2007	16,2	14,70	11,9
Agosto 2007	15,6	13,30	10,3
Septiembre 2007	12	10,47	8,1
Octubre 2007	9,8	8,57	6,6
Noviembre 2007	5,6	4,57	2,7
Diciembre 2007	3,8	2,37	1,2
Enero 2008	8,2	6,77	5,3
Febrero 2008	11	9,83	8
Marzo 2008	11,6	8,87	6,9
Abril 2008	16,1	14,10	12,3
Mayo 2008	14,16	12,81	10,42
Junio 2008	15,2	13,73	11

## DISCUSIÓN

Todas las especies de la familia *Calliphoridae* han sido encontradas en mayor o menor abundancia en las tres regiones bioclimáticas estudiadas de la CAPV. No obstante, se aprecian ciertas diferencias respecto al nivel de actividad de cada especie a lo largo del año. Así, la región Atlántica presenta la mayor abundancia si bien este dato se ha visto favorecido por el mayor número de localidades muestreadas en Vizcaya. Es preciso intensificar las campañas de muestreo en Álava, Guipúzcoa y provincias limítrofes para refinar estas primeras conclusiones. Si bien todas las especies identificadas cohabitan en las tres regiones bioclimáticas, se aprecian ciertas diferencias en densidad y actividad que precisan de mayor esfuerzo de muestreo para su confirmación en futuros estudios. No obstante, este primer trabajo aporta información novedosa para la cornisa cantábrica, entorno de condiciones bioclimáticas netamente diferentes del resto de la Península Ibérica, de donde proceden los trabajos anteriormente citados (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Los adultos de *Calliphora* se encuentran activos a lo largo de todo el año, predominando en aquellos meses más fríos, y son las únicas especies activas en los meses de diciembre y enero en nuestra comunidad autónoma. Sus máximos poblacionales tienen lugar en los meses de marzo y abril, cuando la temperatura ambiental comienza a elevarse. Sin embargo, en los meses más cálidos su presencia sigue siendo importante llegando a dominar en la Rioja Alavesa. En estos meses más cálidos, las especies de *Lucilia* suelen predominar hasta que en los meses de octubre y noviembre, cuando la temperatura ambiente desciende, es de nuevo *Calliphora* quien predomina.

En la región Media y Sur se observan pautas de vuelo similares en los adultos, si bien la actividad de *Lucilia* y *Chrysomya* cesa al finalizar el verano. El predominio de *C. vicina* en la zona Sur es más acusado, con máximos poblacionales entre febrero y junio.

*Lucilia* es un género asociado a climas más cálidos y moderados (4), y las bajas temperaturas invernales en nuestra región no favorecen su aparición en los meses más fríos. Su actividad imaginal se concentra en los meses de verano, más cálidos, con presencia puntual en los meses de febrero (*L. sericata*) y marzo. Sus máximos poblacionales tienen lugar en los meses de junio y julio. En la zona atlántica presentan una distribución temporal más amplia con respecto a las regiones Media y Sur, influido por la diferencia registrada en la temperatura ambiente a lo largo de todo el año en las tres regiones estudiadas.

*Chrysomya*, al igual que *Lucilia*, es un género asociado a altas temperaturas y climas más moderados (11). Está representado por *C. albiceps* y tan sólo aparece en los meses más cálidos. Por otro lado, se observa un descenso en su abundancia a medida que descendemos en latitud, presentan-

do sus máximos poblacionales en los meses cálidos de la región atlántica, una abundancia algo menor en la zona Media, y una presencia puntual en la región Sur durante el mes de junio.

El patrón de vuelo de las especies identificadas, coincide en gran medida con resultados previos observados en el entorno del campus universitario de Leioa (10). Sin embargo, encontramos diferencias con estudios previos realizados en otras regiones de la Península Ibérica. Así, ARNALDOS *et al.* (7), muestran un predominio de *L. sericata* en los meses de primavera y verano, de *C. albiceps* en otoño, y de *C. vicina* en invierno. Por su parte, CASTILLO MIRALBÉS en el Alto Aragón (2) y MARTÍNEZ SÁNCHEZ *et al.* en Alicante (4), destacan como especies más abundantes a *L. sericata* y *C. albiceps* en verano, y *C. vicina* en invierno. Las discrepancias observadas a lo largo de la Península Ibérica junto con nuestros resultados en la cornisa cantábrica, confirman el riesgo grave de extrapolar conclusiones extraídas de estudios llevados a cabo en regiones con diferencias climáticas.

Podemos, por ello, concluir que los factores climáticos influyen tanto en la distribución como en la actividad de estos insectos a lo largo del año, pudiendo influir en su presencia y actividad en entornos cadavéricos. *Calliphora* presenta sus máximos poblacionales en los meses primaverales (marzo, abril y mayo) frente a *Lucilia* y *Chrysomya*, más abundantes en los meses más cálidos (junio, julio y agosto). No obstante, *C. vicina* y *C. vomitoria* muestran actividad continua a lo largo de todo el año, con mayor adaptabilidad a las variaciones de temperatura presentes en cada estación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GONZÁLEZ MORA D. Los Calliphoridae de España, II: Calliphorini. Eos 1989, 65: 39-59.
2. CASTILLO MIRALBÉS M. Estudio de la entomofauna asociada a los cadáveres en la comarca de Litera (Huesca). I. Artrópodos identificados en el hábitat carroñero, en Esplús (Huesca). IX Congreso Ibérico de Entomología 2000, 149-159.
3. CASTILLO MIRALBÉS M. Estudio de la entomofauna asociada a los cadáveres en el Alto Aragón (España). Monografías Sociedad Entomológica Aragonesa 2002, 6: 94 pp.
4. MARTÍNEZ SÁNCHEZ AI. Biología de la comunidad de dípteros necrófilos en ecosistemas del sureste de la Península Ibérica. Tesis Doctoral, Universidad de Alicante 2003.
5. MARTÍNEZ SÁNCHEZ AI, ROJO S, MARCOS – GARCÍA MA. Annual and spatial activity of dung flies and carrion in a Mediterranean holm-oak pasture ecosystem. Medical and Veterinary Entomology 2000, 14: 56-63.
6. ARNALDOS MI, ROMERA E, PRESA JJ, LUNA A, GARCÍA MD. Studies on seasonal arthropod succession on carrion in the southeastern Iberian Peninsula. International Journal of Legal Medicine 2004, 118: 197-205.

7. ARNALDOS MI, GARCÍA MD, ROMERA E, PRESA JJ, LUNA A. Estimation of postmortem interval in real cases based on experimentally obtained entomological evidence. *Forensic Science International* 2005, 149: 57-65.
8. EUSKALMET Euskal Meteorologia Agentzia - Agencia Vasca de Meteorología 2009 [en línea] <http://www.euskalmet.euskadi.net>
9. SALOÑA MI, MONEO J, DÍAZ B. Estudio de distribución de califóridos en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Boletín de la Sociedad española de Entomología* 2009, 33(1-2): 63-89.
10. MONEO PELLITERO J, SALOÑA BORDAS MI. Califóridos (Diptera, Calliphoridae) de interés forense recogidos en el entorno universitario del campus de Leioa (Vizcaya, España). *Boletín de la Sociedad Entomológica Aragonesa* 2007, 40: 479-483.
11. O'FLYNN MA, MOORHOUSE DE. Species of *Chrysomya* as primary flies in carrion. *Journal of the Australian Entomological Society* 1979, 18: 31-32.

## ALLELE FREQUENCY DISTRIBUTIONS OF NINE LOCI STRs IN PANAMANIAN *MESTIZOS*

MÉLIDA I. NÚÑEZ-C.\*, \*\*  
TOMÁS ARIAS\*, \*\*  
CHYSTRIE RIGG\*  
CARLOS RAMOS\*  
MATTHEW J. MILLER\*\*

**Resumen:** La población panameña ha sido previamente estudiada genéticamente usando marcadores tradicionales como las aloenzimas, pero hasta la fecha no se han realizado estudios que demuestren la utilidad de los *short-tandem repeat markers* (STR) en los protocolos para resolver casos forenses y de paternidad.

La población panameña esta constituida por grupos poli étnicos y/o multirraciales, representando las tres razas principales: amerindios, negros y caucásicos, pero también hay un grupo representativo de personas con linaje del Este Asiático y Medio Oriente. Analizamos los polimorfismos genéticos de los siguientes loci STR: CSF1PO, TPOX, TH01, F13A01, FESFPS, VWA, D16S539, D7S820 y D13S317 en una muestra poblacional de individuos mestizos no relacionados, estos individuos residían en la ciudad de Panamá. La distribución genotípica de ocho de los nueve loci estudiados estaba en equilibrio de Hardy-Weimberg; D16S539 mostraba un exceso de homocigotos que podría ser atribuido a *allelic dropout*. Inclusive cuando este locus es removido del análisis, los valores forenses (poder de discriminación, *matching probability* y poder de exclusión) de estos marcadores entre los mestizos Panameños es extremadamente alta. En general nuestro estudio no encontramos evidencia de subestructura entre los mestizos Panameños, sin embargo con las medidas para corregir el *allelic dropout* del locus D16S539, el GenePrint STR Multiplex Systems (Silver Stain

---

\* Universidad de Panamá, Departamento de Genética y Biología Molecular, Apartado 0824, Panamá, República de Panamá.

\*\* Smithsonian Tropical Research Institute, Apartado 0843-03092, Balboa, Palma.

Detection) es adecuado para las aplicaciones forenses y de paternidad en Panamá.

**Palabras claves:** Panamá. *Mestizo*. Trihybrid modelo. Latinoamérica. STR. América central.

**Abstract:** The population genetics of the people of Panama have been previously explored using traditional allozyme markers, but to date, no study has examined the utility of existing short-tandem repeat marker (STR) protocols for resolving forensic and paternity cases. The Panamanian population constitutes a highly multi-racial and poly-ethnic group representing three principle races: Amerindians, blacks and Caucasians, but also containing an appreciable population of people with East Asian and Middle Eastern heritage. We analyzed genetics polymorphisms for the following standard STR loci: CSF1PO, TPOX, TH01, F13A01, FESFPS, VWA, D16S539, D7S820 and D13S317 in a population sample of unrelated mixed-race (*mestizo*) individuals who resided in Panama City. Genotypic distribution was in agreement with Hardy-Weinberg expectations (HWE) for eight of nine markers; D16S539 showed an excess of homozygotes that may be attributable to allelic dropout. Even when this locus is removed from analysis, the forensic value (e.g. power of discrimination, matching probability and power of exclusion) of these markers among Panamanian mestizos is extremely high. Overall, our study did not find evidence of substructure among Panamanian mestizos, however with measures to correct the allelic dropout of D16S539, the GenePrint STR Multiplex Systems (Silver Stain Detection) is appropriate for forensic and paternity applications in Panama.

**Key words:** Panama. *Mestizo*. Trihybrid model. Latin America. STR. Central America.

## INTRODUCTION

The Republic of Panama is located at the southern extreme of the Central American isthmus that joins North America and South America. Panama represents the narrowest point on this isthmus, and has served as a principle crossroads for interhemispheric travel and commerce for at least 500 years. The indigenous diversity of Panama is considerable; especially given the country's size (Panama covers 75,500 km<sup>2</sup>, roughly the size of Scotland or South Carolina). Although, early archeological evidence pointed to repeated migration through the Panama isthmus by early Amerindians during the peopling of the Americas (1), genetic evidence points to two distinctive mitochondrial lineages corresponding to the two distinct indigenous language families found in Panama. European colonization of Panama began in the 16th century, when the Spanish constructed outposts on both the Caribbean and Pacific coasts and joined them by overland roads to facilitate the transportation of material goods, slaves and colonists between the Spanish empire in the Americas and the Old World. This event marked the first migration of African people to Panama, who came as Spanish slaves. A second migration of people of African ancestry to Panama occurred in the early 20th century when West Indians of African descent, principally men from Barbados, migrated to Panama as laborers on the Panama Canal. Recently, a considerable number of people of Asian and Middle Eastern origin have immigrated to Panama, as a consequence of the Panama Canal and Panama City's role as a global maritime and financial center,

Earlier admixture studies of Panama have concluded that the population (nearly 3 million people) best fits a trihybrid model whereby African, Amerindian, and European ancestry is shared by most of the population. Using ABO and Rh blood markers, Arias et al. (2) found in Panama that 38.7% of the genes were of African origin, while 35.9% and 25.4% of the genes were of Amerindian and European origin respectively. Other Latin American populations considered trihybrid (such as Cubans, Costa Ricans, Dominicans, and Puerto Ricans had substantially less-equal proportions of African, Amerindian, and European genes (2–3). In Panama, the term *mestizo* refers to a person whose with a mixture of African, Amerindian, and European ancestry; thus, most of the population is considered *mestizo*.

Currently, the Republic of Panama applies an analysis of short-tandem repeats (STRs) for forensic investigations and paternity cases, despite any baseline information on the allelic frequency distribution of Panamanians. Furthermore, due to budgetary limitations, the current forensic protocol includes only nine of the 13 STR loci that are standard for CODIS. Given the earlier evidence of substantial admixture from three distinct genetic pools, we initiated this study to determine what those frequencies are and to evaluate the exclusionary power of the current forensic approach employed in Panama. The goal of the present study was to describe STR polymorp-



hism in the Panamanian *mestizo* population, evaluate whether any appreciable substructure exists within this population, and test the efficacy of the nine marker STR system currently in use in the Panamanian justice system.

## MATERIALS AND METHODS

DNA samples were obtained from 102 unrelated *mestizo* Panamanians who visited the Hospital Santo Tomas, Panama City in order to donate blood. Only included in this study were native-born Panamanians with both parents having been born in Panama. We excluded from the study individuals who resided in the semi-autonomous indigenous political districts (*comarcas*) and/or those whose dress or phenotype suggested that they were of purely indigenous ancestry. While our sampling protocol allowed for any Panamanian to be included in the study, in practice, all 102 sampled individuals were born and currently live in the Panama City municipality. All samples were taken between August and October, 2003.

10 ml of blood was obtained by venipuncture, collected in tubes containing anticoagulant ACD, and stored in the Laboratory of Molecular Biology of the University of Panama at  $-20^{\circ}\text{C}$ . DNA was extracted using standard phenol-chloroform procedures and stored in 1X TE buffer (4). DNA was quantified and its quality and quality was evaluated by means of agarose gel electrophoresis at 0.8% in TBE 0.5X.

Amplifications were performed using the GenePrint STR Multiplex Systems (Silver Stain Detection) (5), which is commonly used in paternity tests and forensic work in Panama. This system consists of nine STRs loci seven of which belong of CODIS, the STRs loci that conform this system are CSF1PO, TPOX, TH01, F13A01, FESFPS, vWA, D16S539, D7S820 and D13S317. Amplifications were carried out in a Perkin-Elmer model 2400 thermalcycler. Following manufacturer's protocols, all nine loci were amplified simultaneously in a single tube and analyzed in a single polyacrylamide gel lane. Before typing, we verified amplifications using agarose gel electrophoresis. Polyacrylamide gels were prepared and run following manufacturer's protocols and were visualized by silver stain.

Allele frequencies were calculated for each locus using the GENALEX program (6). Deviations from Hardy-Weinberg equilibrium were analyzed using three tests: chi-square ( $\chi^2$ ) tests, likelihood ratio test (G-square) (both performed in PopGene (7) and the exact test which was performed in GenePop (8). We tested for evidence of linkage disequilibrium using Arelquin (9). Empirical significance level for the exact test and the test of linkage disequilibrium were determined by 10000 permutations; results were Bonferroni corrected. The forensic analysis parameters: Power of Discrimination (PD), Power of Exclusion (PE), Polymorphic Information Contained (PIC) and Matching Probability (MP) were calculated for each locus, as well as all loci combined, were estimated using the PowerStats 1.2 (10).

We used Structure v2.2 (11) to test for evidence of sub-structure among Panamanian *mestizos*. Structure implements a model-based clustering method using Bayesian Monte Carlo Markov Chain (MCMC) likelihood analysis. Priors for  $k$ , the number of sub-populations in populations, were set in the range of 1–3, since the tri-hybrid model for Panama predicts three genetic sources for *mestizos*. MCMC chains were run for 100,000 generations with 10,000 samples discarded as a burning. For each  $k$  value we ran the simulation 20 times to test for convergence.

## RESULTS AND DISCUSSION

Observed allelic frequencies for the nine sampled STR loci are reported in Table 1. Eight of the nine loci showed no deviations from Hardy–Weinberg equilibrium (HWE), however locus D16S539 showed a significant excess of homozygote excess, which has been reported in earlier studies (12), and has been attributed to allelic dropout due to a primer-binding site mutation relatively common in people of African heritage (12). Analysis of this locus using Mircochecker (13) indicates that there is a deficiency of heterozygotes consistent with allelic dropout. Because this allele does not conform to HWE, it should not be used in forensic analysis in Panama, and thus we present cumulative forensic probabilities using the eight remaining loci (table 2) which indicate that the remaining eight loci have extremely high forensic discrimination power among Panamanian *mestizos*.

Levels of heterozygosity, as expected, were high among *mestizos*. In the Structure analysis,  $k=1$  had the highest likelihood score. ( $-\ln$  likelihood  $k=1$ :  $-2689.5$ ,  $-\ln$  likelihood  $k=2$ :  $-2677.8$  and  $-\ln$  likelihood  $k=3$ :  $-2651.3$ ), thus there is no evidence for substructure among *mestizos* in our data.

Finally, we note that our sample shows uncovered rare alleles, especially relative to other studies of Hispano–American populations: the relatively rare allele 3 for locus TH01 was observed in a single individual; this allele was previously reported in a Portuguese population (14). Furthermore, 1 individual in our study showed a copy of allele 22 for locus vWA, which was earlier reported from a study of Nigerians (15).

## CONCLUSION

We conclude that the GenePrint STR Multiplex Systems (Silver Stain Detection) together provide considerable forensic discrimination potential and are appropriate for use in Panama; however locus D16S539 should not be included in forensic probability calculations.

**Tabla 1**

Allele distribution of 9 STR loci in a population sample of Panamanian *mestizos* (n=102). Observed heterozygosity (*H*), and significance values of tests for deviation from Hardy–Weinberg equilibrium, using three methods: chi–squared test ( $X^2$ ), likelihood–ratio test ( $G^2$ ), and Fisher’s exact test, after Bonferroni corrections.

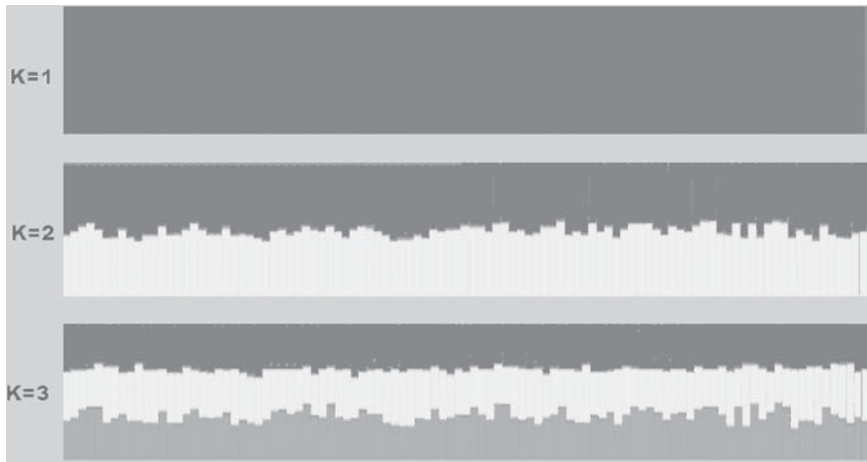
Allele	CSFIPO	TPOX	THO1	F13A01	FESFPS	VWA	D16S539	D7S820	D13S317
3	–	–	0.005	–	–	–	–	–	–
3.2	–	–	–	0.098	–	–	–	–	–
4	–	–	–	0.235	–	–	–	–	–
5	–	–	0.010	0.230	–	–	0.010	–	–
6	–	0.010	0.422	0.176	–	–	0.015	–	–
7	0.025	0.015	0.235	0.176	–	–	0.054	0.005	0.005
8	0.005	0.441	0.127	0.034	0.054	–	0.083	0.118	0.049
9	0.034	0.064	0.118	–	0.020	–	0.191	0.103	0.127
9.3	–	–	0.044	–	–	–	–	–	–
10	0.196	0.078	0.039	0.005	0.157	–	0.191	0.255	0.069
11	0.134	0.260	–	0.005	0.422	–	0.245	0.314	0.201
12	0.338	0.127	–	0.010	0.265	–	0.147	0.186	0.265
13	0.078	0.005	–	0.015	0.083	0.010	0.064	0.020	0.211
14	0.010	–	–	0.005	–	0.049	–	–	0.069
15	–	–	–	0.010	–	0.123	–	–	0.005
16	–	–	–	–	–	0.324	–	–	–
17	–	–	–	–	–	0.250	–	–	–
18	–	–	–	–	–	0.157	–	–	–
19	–	–	–	–	–	0.074	–	–	–
20	–	–	–	–	–	0.010	–	–	–
21	–	–	–	–	–	–	–	–	–
22	–	–	–	–	–	0.005	–	–	–
<i>H</i>	71.6%	70.6%	67.6%	79.4%	69.6%	74.4%	69.6%	81.4%	83.3%
$X^2$	0.255	0.980	0.006	0.741	0.027	0.512	0.000*	0.273	0.006
$G^2$	0.795	0.975	0.027	0.997	0.084	0.647	0.000*	0.442	0.119
Exact–test	0.038	0.229	0.339	0.336	0.051	0.055	0.000*	0.533	0.291

\* significant P value after Bonferroni corrections ( $\alpha = 0.005$ ).

**Tabla 2**

Forensic statistics parameters for eight of nine loci included in the GenePrint system.

Locus	Matching Probability	Matching Probability Expressed as 1 in...	Power of Discrimination	Polymorphism Information Content	Power of Exclusion
CSF1PO	0.108	9.2	0.892	0.70	0.453
TPOX	0.126	8.0	0.874	0.67	0.437
TH01	0.111	9.0	0.889	0.70	0.393
F13A01	0.132	16.1	0.938	0.79	0.588
FESFPS	0.132	7.6	0.868	0.67	0.422
vWA	0.084	11.9	0.916	0.75	0.485
D7S820	0.099	10.1	0.901	0.74	0.625
D13S317	0.072	14.0	0.928	0.79	0.662
8 loci (cumulative)	$1.9 \times 10^{-7}$	$1.36 \times 10^8$	0.999	0.999	0.997



**Figure 1.** Results of Structure MCMC simulations assuming  $k$  number of subpopulations among Panamanian *mestizos*. Each horizontal bar represents a single individual in the study, and the colors represent posterior probability values of assigning that individual to a given subpopulation. Note that when  $k > 1$ , no individual has high posterior value of being assigned to a single subpopulation, furthermore the model with  $k=1$  had the highest  $-\ln$  likelihood, indicating no substructure among our sample of Panamanian mestizos.

## ACKNOWLEDGEMENTS

We wish to thank Dr. Graciela Molina Fuentes, Biology and Molecular Genetic Laboratory, University of Valparaíso, Chile and Ivania Ceron Souza, Smithsonian Tropical Research Institute, Panama City, Panama, for their valuable suggestions on the analyses.

We also thank Diomedes Trejos, Legal Medicine Institute of Panama, for share his knowledge and provide us some reagents.

## REFERENCES

1. BAARTLETT AS, BARGHOORN ES. Phytogeographic history of the Isthmus of Panama during the past 12000 years, a history of vegetation, climate and sea-level change, In: GRAHAM A (Ed.). *Vegetation and Vegetational History of Northern Latin America*, New York-Elsevier 1973 pp: 203-299.
2. ARIAS TD, CASTRO E, RUIZ E, BARRANTES R, JORGE-NEBERT L. Racial mix of the Panamanian population, *Rev Med Panama* 2002, 27: 5-17.
3. MORENA B, BARRANTES R, ROJAS RM. Gene admixture in the Costa Rican population, *Am Hum Genet.* 2003, 67: 71-80.
4. GORODEZKI C. *Manual de Técnicas de Genética Molecular*, Departamento de Inmunogenética INDER, 1996.
5. Promega Corporation, Latinoamérica: STRs (Short Tandem Repeats), 2001.
6. PEAKALL R, SMOUSE PE. *GenAlEx 6: Genetic Analysis in Excel, Population Genetic Software for Teaching and Research*, The Australian National University, Canberra, Australia, 2005.
7. FRANCIS Y, RONG-CAI Y, BOYLE T. *PopGene* version 1.31, Microsoft Window-based Freeware for Population Genetic Analysis Centre for International Forestry Research and University of Alberta, Canada, 1999.
8. RAYMOND M, ROUSSET F. *GENEPOP (version 1.2): Population genetics software for exact test and ecumenicism*, *J Hered* 1995, 86: 248-249.
9. LAURENT E, GUILLAUME L, SCHNEIDER S. *Arlequin* version 3.1: A software for population genetic data analysis, Computational and Molecular Population Genetics Lab (CMPG), University of Berne, Switzerland, 2006.
10. ALLAN T. Tool for Analysis of Population Statistics, *Profile in DNA-Promega*, 1999, 2(3): 14-16.
11. PRITCHARD JK, STEPHENS M, DONNELLY P. Inference of population structure using multilocus genotype data, *Genetics* 2000, 155(2): 945-959.
12. NELSON MS, LEVEDAKOU EN, MATTHEWS JR, EARLY BE, FREEMAN DA, KUHN CA, SPRECHER CJ, AMIN AS, MCELFRISH KC, SHUMM JW. Detection of a Primer-Binding Site Polymorphism for STR locus D16S539 Using Powerplex 1.1 System and Validation of a Degenerate Primer to Correct for the Polymorphism, *J Forensic Sci*, 2002, 47(2): 345-349.

13. VAN OOSTERHOU C, HUTCHINSON WF, WILLS DPM, SHIPLEY P. Microchecker: software for identifying and correcting genotyping errors in microsatellite data, *Molecular Ecology Notes* 2004, 4: 535-538.
14. ESPINHEIRA R, GEADA H, RIBEIRO T, REYS L. STR analysis HUMTH01 and HUMFES/FPS for forensic application, *Advances in Forensic Haemogenetics*. 1996, 6: 528.
15. SUN G, MCGARVEY S, BAYOUMI R, MULLIGAN C, BARRANTES R, RASKIN S, ZHONG Y, AKEY J, CHAKRABORTY R, DEKA R. Global genetic variation at nine Short Tandem Repeat loci and implications on forensic genetics, *Eur. J. Hum. Genet*, 2003, 11: 39-49.

## LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPAÑA: LA ASISTENCIA URGENTE COMO EXCEPCIÓN, DOCTRINA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

MARÍA CASTELLANO ARROYO\*

**Resumen:** Es el presente artículo se expone la regulación del consentimiento previo a la actuación médica, en la normativa española y, de forma particular, las excepciones al consentimiento. Estas excepciones estaban ya previstas en la Ley 15/1986 General de Sanidad, y se han mantenido en la actual Ley 41/2002 de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La excepción con mayor tradición legal y deontológica es la situación de urgencia vital del paciente (urgencia que no permite demora), lo que justifica una actuación terapéutica inmediata y sin dilaciones con la finalidad de salvar la vida del paciente.

El objeto del artículo es comentar la Sentencia del Tribunal Constitucional 037/2011, que estima procedente el Recurso de amparo, a un paciente, que denuncia haber sufrido unas secuelas tras una intervención, que se realizó sin información y consentimiento previo. El TC desestima que las Sentencias del Juzgado de Primera Instancia y de la Audiencia Provincial que exculpaban, aun reconociendo la ausencia de consentimiento Informado, apreciando urgencia relativa y riesgo vital en el paciente.

Consideramos muy importante que los médicos conozcan esta Sentencia del TC, que viene a reforzar la exigencia del consentimiento informado, y a esclarecer que las excepciones a esta obligación deben estar claramente justificadas.

**Palabras clave:** Consentimiento informado. Excepciones al Consentimiento informado. Jurisprudencia del Tribunal Constitucional.

---

\* Catedrática de Medicina Legal de la Universidad de Granada.

**Abstract:** This article presents the regulation of prior consent to medical action, within the Spanish legislation and, in particular, the exceptions to the consent. These exceptions were already foreseen in General Law 15/1986 on Health, and they have been maintained in the current Law 41/2002 on the patient's autonomy, rights and obligations with respect to clinical documentation and information.

The exception with the greatest legal and deontological tradition is the situation of life-threatening emergency of the patient (an emergency that does not permit a delay), which justifies an immediate therapeutic action and without delay in order to save the patient's life.

The aim of the article is to comment on the Ruling of the Constitutional Court 037/2011, which deems in order, the remedy of amparo of a patient, who reports having suffered sequelae after an operation, which was performed without prior consent and information. The CC rejects the fact that the Rulings of the Court of First Instance and of the Provincial Court that exonerated, even recognising the lack of Informed consent, appreciating relative emergency and life-threatening risk of the patient.

It is considered that is very important for doctors to be familiar with this Ruling of the CC, which reinforces the demand for informed consent, and which clarifies that the exceptions to this obligation must be clearly justified.

**Key words:** Informed consent. Exceptions to Informed Consent. Jurisprudence of the Constitutional Court.



La obtención del consentimiento es actualmente un requisito legal y ético, previo a la actuación médica, tanto en los países anglosajones (Appelbaum PS., Lidz CHW. y Meisel A. (1987), como en España, apareciendo como norma general, que hay que cumplir sin discrepancias (Carracedo A., 1987; Simón Lorda P. y Concheiro Carro, L., 1993; Gisbert Calabuig, J.A., 1997). Este se obtiene de forma verbal y continuada en la relación médico-paciente habitual y rutinaria, dejando constancia de ello en la historia clínica, y se hace de forma específica y por escrito, en los casos que establece la ley y los médicos consideran necesario. Sin embargo como dice E. Villanueva (2004) hasta 1960 en EEUU y 1980 en España, la relación médico-paciente estuvo regulada por el principio paternalista de beneficencia, el consentimiento del enfermo era irrelevante, porque éste no podía aportar nada en una materia en la que era lego, como es la enfermedad.

El consentimiento a la asistencia médica, ha estado ligado a la modernización de la relación médico-enfermo con la pérdida de la primacía del Principio de beneficencia, a favor del Principio de autonomía del paciente y su capacidad de elegir, reforzada en España por la Constitución de 1978, protectora de los derechos de la personalidad, muy relacionados con el consentimiento como la dignidad, la libertad, el derecho a la vida y la integridad física.

La primera normativa española que recogía el derecho del paciente a recibir información y dar un consentimiento válido fue la Ley 30/1979 de 27 de octubre, de extracción y trasplante de órganos, al referirse al donante vivo. En 1984 los periódicos de mayor tirada nacional publicaron un recuadro a media página sobre los «derechos y deberes de los pacientes», adelantando lo que dos años más tarde aparecería como el contenido del artículo 10 de la ley 15/1986 General de Sanidad, de 25 de abril; entre los derechos se consideraban prioritarios el derecho a recibir información sobre su proceso y a dar un consentimiento válido, previo a la actuación médica. Las excepciones constituyen el tema de este artículo, y las comentaremos más adelante.

El mencionado artículo 10 se difundió siendo conocido por los médicos y los pacientes de forma progresiva, produciéndose las primeras reclamaciones por el incumplimiento de sus contenidos, sobre todo respecto al derecho/deber de información y de consentimiento, a lo largo de los años 90.

En relación con estos derechos, el 1 de enero de 2000 entró en vigor en España el Convenio de Bioética del Consejo de Europa, cuyo antecedente fue el Convenio de Oviedo, y cuyo objetivo es «...la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina», ocupándose de proteger especialmente a los menores y a las personas con trastornos mentales, en la relación asistencial, en la realización sobre ellos de intervenciones quirúrgicas, o en la aplicación de tratamientos en fase de ensayo, entendiendo

que su falta de madurez o la afectación de sus capacidades mentales impiden o dificultan su comprensión y capacidad de elegir, pilares básicos en la autonomía del paciente en la relación médico asistencial y en la aceptación de un tratamiento.

A partir de la Ley General de Sanidad numerosas Comunidades Autónomas legislaron sobre algunos aspectos de los contenidos en el referido artículo 10, y en especial sobre la historia clínica, sus contenidos, el acceso a la misma, las voluntades anticipadas, etc.

Mientras tanto a nivel estatal aparecían sucesivos borradores de ley, que pretendía desarrollar y ampliar el artículo 10 y el artículo 61, referido a la historia clínica, sus fines y el derecho de acceso a la misma, que finalmente se concretaron en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínicas.

Esta ley y la norma europea citada no dejaban lugar a dudas sobre el deber de los médicos de informar y de obtener el consentimiento.

Toda esta normativa, introducía en la práctica clínica un cúmulo de situaciones problemáticas a las que poco a poco se ha ido dando respuestas; aunque el tema sigue siendo un reto para la buena praxis médica, al imponerle al médico el deber de individualizar cada acto médico en lo científico, en lo legal y en lo deontológico.

#### DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO Y EXCEPCIONES EN LA LEY 14/1986 GENERAL DE SANIDAD

Este derecho se consagró de forma general en el artículo 10 de la Ley 14/1986 General de Sanidad que decía respecto al Consentimiento:

*«Todos tienen los siguientes derechos respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:*

*«... 5. A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.*

*6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:*

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública*
- b) Cuando exista imperativo legal*
- c) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas*
- d) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento...».*

Este artículo introducía como novedad:

*Consentimiento escrito.* Lo que daba lugar al documento de «consentimiento informado» en el que se concentra la constatación de que se ha proporcionado la información suficiente y necesaria para poder elegir, y la autorización expresa del usuario para que el médico pueda actuar.

### **Excepciones al deber del médico de informar y obtener el consentimiento**

Se concretan en los tres puntos expuestos.

1. El riesgo para la salud pública. Cuando este existe, el derecho a la protección de la salud colectivo se impone al derecho individual de negarse al tratamiento, por ello se puede imponer un tratamiento en contra de la voluntad del paciente. Es de sentido común que un bien individual no se anteponga a un bien colectivo y, máximo, cuando el poner un tratamiento resulta también beneficioso para el propio individuo enfermo. Esta circunstancia se reguló expresamente, para que la medida vulnerara lo menos posible los derechos del paciente, por lo que el proceso se somete al control judicial (Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública), que verifica la realidad del riesgo colectivo y la indicación de tratamiento, además de controlar que la imposición se mantenga sólo el tiempo necesario para la curación y control del riesgo.

2. Cuando «no esté capacitado para tomar decisiones». Esta situación en la práctica se corresponde con: a) El paciente inconsciente, b) El paciente que padece un trastorno mental que le impide, en el momento de recibir la asistencia médica, comprender la información y dar un consentimiento válido y c) los menores de edad, por su falta de madurez intelectual y volitiva.

3. Imperativo legal. Este caso no llegó a crear debate en España. El supuesto sería la asistencia compulsiva a una persona que rechaza el tratamiento, sin poner en riesgo a otras personas; en la práctica las negativas a las transfusiones de hemoderivados en los testigos de Jehová, o la alimentación forzosa a un huelguista de hambre. No obstante, en estos casos el médico, que hubiera tenido profundas convicciones autonomistas, habría podido hacer objeción de conciencia que habría estado amparada por la deontología médica.

4. La urgencia que no permita demora. Esta se asocia a la urgencia vital que lleva al médico a actuar, sin tiempo para informar y obtener el consentimiento. Aquí se invocaba el deber de curar para el que se forma el médico.

Como hemos comentado, conforme se produjeron, en España, las transferencias autonómicas en materia de sanidad, se inició un movimiento de desarrollo de este artículo 10 de la Ley General de Sanidad, sobre todo en los aspectos de la historia clínica y de los derechos de información y consentimiento.

DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO Y EXCEPCIONES  
EN LA LEY 41/2002, DE 25 DE ABRIL, BÁSICA REGULADORA  
DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, DERECHOS Y OBLIGACIONES  
EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Esta Ley desarrolla los artículos 10 y 61 de la Ley General de Sanidad. Es extensa, detallada, exigente. Intenta ser precisa, despejar dudas a los profesionales que proporcionan asistencia sanitaria respecto a todos los derechos de los pacientes. Sin embargo, la práctica diaria sigue planteando dudas que hay que resolver recurriendo a la reflexión ética y a la exigencia deontológica.

Esta normativa mantiene, con respecto a la anterior, las exigencias de cumplir con el deber/derecho a la información y cumplir con la obtención del consentimiento, pero añade aspectos complementarios aclaratorios de algunos términos cuyo uso se prestaba a confusión, dice así en el artículo 3 titulado «definiciones legales», de las que destacamos los términos «*paciente*», «*usuario*», «*intervención en el ámbito de la sanidad*» y «*consentimiento informado*»; estableciendo que:

*Paciente* es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para mantener o recuperar su salud

*Usuario*, es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

Estas definiciones ponen de manifiesto que no era adecuado el uso del término «usuario» en el apartado 6 del artículo 10 de la ley General de Sanidad, cuando decía que era necesario el consentimiento escrito del usuario previo a cualquier intervención, ya que, estamos de acuerdo en que el usuario de la asistencia sanitaria lo hace a un nivel superficial, informativo, preventivo, etc., sin relación con actos médicos de riesgo y en concreto con una información quirúrgica.

*Intervención en el ámbito de la sanidad*, es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. Esta definición, anula el sentido clásico que tenía en el ámbito médico el término «intervención», como sinónimo de intervención quirúrgica, actualmente hemos de considerarla sinónimo de actuación médica.

*Consentimiento informado*, es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Respecto a la información, desarrolla en el artículo 4 numerosos aspectos de la misma: el motivo por el que hay que informar, la forma de proporcionarla, la finalidad y naturaleza de la intervención, los riesgos y las

consecuencias previstas, junto a otras características como veracidad, comprensión, suficiencia, etc.; indicando en el artículo 10 que el consentimiento escrito incluirá en la información las consecuencias relevantes o de importancia, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales.... y las contraindicaciones.

Designa al paciente como el titular del derecho a la información, y si este lo permite, se extenderá a otros familiares o personas vinculadas de hecho al paciente. Esta circunstancia nos ha llevado a proponer que cuando un paciente ingresa en el hospital o incluso en su historia clínica en atención primaria, se le debe solicitar que designe a la persona o personas con las que desea compartir la información sobre su salud, y la toma de decisiones, a lo largo de su proyecto asistencial (González Hernández, E., Castellano Arroyo, M<sup>a</sup>, 2010).

Respecto al consentimiento dice el artículo 8 que por regla general será verbal, y se prestará por escrito en las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, ante la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente...

Queda, por tanto establecido, de forma precisa, cuando el médico puede informar verbalmente y anotar en la historia clínica la aceptación del paciente, y, cuando debe proporcionarle un documento de consentimiento escrito, que le debe explicar personalmente y que quede firmado por el paciente y por el médico (consentimiento informado).

### **Excepciones al deber del médico de informar y obtener el consentimiento**

En esta ley 41/2002 las excepciones a la obtención del consentimiento son las siguientes:

*Artículo 8: «1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos....*

*Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.*

*1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias tera-*

*péuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.*

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe **riesgo para la salud pública** a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe **riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo** y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando **el paciente no sea capaz de tomar decisiones**, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando **el paciente esté incapacitado legalmente**.

c) Cuando **el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención**. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de decisión correspondiente...»

Si comparamos estas situaciones, con las contenidas en el artículo 10 de la Ley 14/86, General de Sanidad, encontramos las siguientes similitudes y diferencias:

– Riesgo para la Salud Pública. Esta sería la situación de un paciente que necesita tratamiento y que está poniendo en riesgo la salud pública. Se da sobre todo con los pacientes infecciosos. Para estos casos se aprobó la Ley 3/86 que autoriza al internamiento y tratamiento, pero con la comunicación al Juez de dicha medida, para que éste verifique la necesidad del tratamiento y garantice los derechos del paciente, que solo permanecerá ingresado y bajo tratamiento, el tiempo que por indicación médica se establezca. Estas especificaciones no estaban en la Ley 15/86 y sí las ha incluido la ley 41/2002, ya que supone un deber legal muy importante para los médicos. Cuando el internamiento involuntario (compulsivo) lo es por causas psíquicas, las garantías son similares, pero están reguladas en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

– Riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo. Esta era la *urgencia que no permite demoras...*, de la Ley 15/86. En definitiva, se trata de un paciente cuya patología, traumática o natural necesita tratamiento inmediato para mantener su vida o para evitar daños irreversibles si el tratamiento se retrasa. Esta situación se comprende bien desde la perspectiva legal y social; deontológicamente, también saben los médicos de su «deber de curar», solo limitado cuando hay certeza absoluta de la negativa previa del paciente a recibir tratamiento (testigo de Jehová, huelga de hambre..).

La ley 41/2002, a diferencia de la ley 15/86, ante esta situación de riesgo, dice que cuando las circunstancias lo permitan se consultará a los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente. Consideramos que si el médico, a pesar de la urgencia, dispone de tiempo para consultar a los familiares del paciente, ese tiempo tendría que aplicarlo a consultar al propio paciente, por lo tanto, entendemos que esta consulta a los familiares que la ley recoge sería aplicable a los casos en los que el paciente, necesita el tratamiento, la urgencia no es inmediata, pero él no está en condiciones de comprender la información y dar el consentimiento (pérdida de conciencia, confusión mental, etc.). Esta situación, sin indicación de urgencia, nos llevaría al «consentimiento por representación», tan desarrollado en la Ley 41/2002.

También el Convenio de Bioética del Consejo de Europa considera adecuada la actuación asistencial sin consentimiento, indicando en su artículo 8. Situaciones de urgencia: *Cuando debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.* Y complementa en su artículo 9: *Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención no se encuentre en situación de expresar su voluntad».*

Respecto al Código de Deontología Médica (2011), dentro del Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes, dice en el artículo 12: «1. *El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones...*

*Artículo 13... 3. El médico tomará decisiones que considere adecuadas cuando se de una **situación de riesgo inmediato grave** para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento...*». Vemos como la excepción al consentimiento que se considera, desde la perspectiva deontológica es la situación de riesgo inmediato y grave; es decir, cuando no se puede perder tiempo en dar información al paciente y/o sus familiares porque este tiempo es precioso para intervenir y tratar al paciente con las medidas que la ciencia aconseje para la curación o mejoría del paciente.

Esto nos pone en relación con el apartado siguiente, objeto de este artículo en el que consideramos la doctrina del Tribunal Constitucional respecto a la obtención del consentimiento en situaciones que se pueden considerar clínicamente como urgentes.

## EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL ESPAÑOL Y EL CONSENTIMIENTO EN LAS INTERVENCIONES MÉDICAS URGENTES

La comentada creencia general de los médicos españoles de poder intervenir sin consentimiento del paciente y/o de los familiares en situaciones de urgencia se ha visto sobresaltada recientemente por la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo (BOE nº 101 de 28 de abril de 2011) de la Sala Segunda de Tribunal Constitucional.

Esta Sentencia ha estimado el recurso de amparo interpuesto por J.M<sup>a</sup>. G-B. que planteaba reclamación de responsabilidad civil derivada de asistencia sanitaria, y en su virtud, los magistrados del alto tribunal deciden en la sentencia: «1<sup>o</sup>.- *Declara que se han vulnerado los derechos fundamentales a la integridad física (art. 15 CE) y a la tutela judicial efectiva (art. 2.1 CE) del demandante de amparo. 2<sup>o</sup>.- Restablece en la integridad de sus derechos, y a tal fin, declara la nulidad de las Sentencias de la Sección Quinta de la Audiencia Provincial de Bizkaia, de 10 de diciembre de 2008, y del Juzgado de Primera Instancia núm. 7 de Bilbao de 23 de abril de 2007, retrotrayendo las actuaciones al momento inmediato anterior al del dictado de esta última, para que por el Juzgado se dicte nueva Sentencia que resulte respetuosa con los derechos fundamentales vulnerados».*

Esta Sentencia exige explicación ya que los hechos, sucintamente expuestos, son los siguientes: El actor ingresó el 4 de septiembre de 2005, a las 14:16 horas, por su propio pie en el Servicio de Urgencias de una Clínica de San Sebastián por presentar dolor precordial. Al día siguiente es sometido a un cateterismo cardiaco, siendo la vía de abordaje el brazo derecho, y encontrándose una lesión severa en una coronaria, que se encontraba obstruida se procedió, como estaba indicado, a su dilatación y colocación de un stent, con resultado óptimo.

Tras la intervención, la mano derecha del recurrente sufrió inflamación y hematoma y, posteriormente, carencia de sensibilidad y movilidad, quedando aquejada, finalmente de incapacidad funcional total.

El 8 de septiembre de 2006, el señor J.M<sup>a</sup>. G-B. presentó demanda de juicio ordinario en reclamación de los daños y perjuicios causados frente a Agrupación Mutual Aseguradora, empresa que aseguraba la responsabilidad civil de los médicos que realizaron la intervención, en la que solicitaba ser indemnizado en la cantidad de 121.392 €, por la pérdida de funcionalidad en su mano derecha, los gastos de rehabilitación y la necesidad de



ayuda de tercera persona para su vida cotidiana. A su juicio tales daños derivaban bien de una mala praxis en la intervención, bien de la absoluta falta de información previa a la misma sobre sus posibles riesgos o sobre las vías alternativas para la práctica del cateterismo, ya que, por toda la información, lo único que obtuvo fue un documento con las instrucciones pertinentes para el alta.

El Juzgado entendió que de la prueba practicada no cabía apreciar culpa en los médicos.. Por otra, en lo que se refiere al defecto en la información adecuada al paciente sobre los riesgos que llevaba aparejada la intervención, la Sentencia considera probado que no informaron al paciente ni los médicos que llevaron a cabo la intervención ni los que lo atendieron en la UVI. Sin embargo, a pesar de considerar incumplido el deber de informar, desestima la demanda basándose en este punto en que *«en el presente supuesto, el padecimiento que llevó a urgencias al demandante, el hecho de haber tenido años antes una intervención, del mismo tipo y la urgencia relativa de la intervención, sin dejar de lado su edad, llevan a considerar que realmente no se ha privado al demandante de una información esclarecedora previa al consentimiento que de lugar a la procedencia de ser indemnizado»*.

El actor recurrió y entre otros aspectos, insistió en que el tiempo transcurrido en el hospital desde su llegada hasta la práctica del cateterismo era más que suficiente para haber sido informado. La Sección Quinta de la Audiencia desestimó el recurso con argumentos coincidentes con los empleados en la Sentencia de instancia. En concreto, sobre la ausencia de consentimiento informado, aun reconociendo la falta de información al paciente, se considera que la falta de información sobre la prueba por los doctores que se limitan a hacerla no genera responsabilidad por el estado del paciente no solo porque ya había sufrido otra intervención de igual naturaleza, si bien a través de la ingle (vía femoral) que para el perito... entraña más riesgo..., sino también porque además la prueba se realizó en un momento en el que existía riesgo vital ante la situación que le llevó a urgencias y que se palió, como ya se ha razonado con la intervención.

En la demanda de amparo el recurrente denuncia la vulneración de su derecho a tutela judicial efectiva (art 24.1 CE), en relación con sus derechos a la integridad física y a la libertad (art. 15 y 17.1 CE), dado que ambas le niegan la indemnización aún reconociendo que no se le dio ningún tipo de información médica previa a la intervención. Ello supone, por consiguiente, la infracción de lo establecido en el artículo 8 de la ley 41/2002, de autonomía del paciente, y en el Convenio de Bioética del Consejo de Europa sobre derechos del hombre y biomedicina, y de la propia Constitución, de la que dimana la obligación de informar de las consecuencias relevantes habituales de todo acto médico, salvo en caso de riesgo grave e inmediato, circunstancia esta que, como admiten las Sentencias impugnadas, no concurría. En este punto, sostiene el demandante de amparo que existió un lapsus de tiempo suficiente entre el ingreso del paciente en urgencias y la práctica del cateterismo al día siguiente como

para que se diera información sobre el procedimiento a realizar y la autorización del mismo.

El Fiscal interesó otorgamiento del amparo, alegando vulnerados el art 24.1 CE, el art 15 CE, citando la carta de derechos Fundamentales de la Unión Europea, El Convenio Europeo de Derechos Humanos, así como el desarrollo legal del consentimiento informado en España (Ley 41/2002), la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional (SSTC 120/1990; 207/1996; 154/2002, así como AATC 192/1993 y 57/2007)...

La sentencia continúa diciendo que: centrando la cuestión sometida a nuestro juicio, hemos de descartar, en primer lugar, que el problema pueda tener su encuadre en el art 17.1. CE, ya que «según reiterada doctrina de este Tribunal (SSTC 126/1987, 22/1988, 112/1988 y 61/1990) la libertad personal protegida por este precepto es la «libertad física»... Así pues el análisis ha de quedar ceñido a si la intervención llevada a cabo sobre el demandante de amparo sin informarle previamente de sus riesgos y posibles consecuencias ha supuesto o no una lesión a su integridad física y moral, derecho amparado de forma autónoma en el artículo 15 CE y que adquiere de esta forma una sustantividad propia; y, en relación con él, del derecho a la tutela judicial efectiva (art 24.1 CE).... Este derecho fundamental conlleva una facultad negativa, que implica un deber de abstención de actuaciones médicas salvo que se encuentren constitucionalmente justificadas, y así mismo, una facultad de oposición a la asistencia médica, en ejercicio de un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal, como distinto del derecho a la salud o a la vida (STC 154/2002). Por esa razón hemos afirmado que el derecho a la integridad física y moral resultará afectado cuando se imponga a una persona una asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles y no solo por el de morir y, por consiguiente esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental a la integridad física, a no ser que, como hemos señalado, tenga una justificación constitucional (SSTC 120/1990, de 27 de junio y 137/1990, de 19 de julio).

En el presente caso no nos encontramos propiamente ante una asistencia médica coactiva... sino frente a una intervención médica realizada sin que el sujeto afectado haya recibido información previa sobre la misma y sin que haya prestado el consentimiento subsiguiente a esa información... hemos de preguntarnos si esto ha producido una lesión de su derecho a la integridad física, operación que conlleva la ineludible determinación de la naturaleza de ese consentimiento informado, para concretar si forma parte del derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE).... El art. 15 CE no contiene una referencia expresa al consentimiento informado, lo que no implica que este instituto quede al margen de la previsión constitucional de protección de la integridad física y moral (SSTC 212/1996, de 19 de diciembre, 116/1999, de 17 de junio, que «los precep-

tos constitucionales relativos a los derechos fundamentales y libertades públicas pueden no agotar su contenido en el reconocimiento de los mismos, sino que, más allá de ello, pueden contener exigencias dirigidas al legislador en su labor de continua configuración del ordenamiento jurídico, ya sea en forma de llamadas garantías institucionales, ya sea en forma de principios rectores de contornos más amplios, ya sea, como enseguida veremos, en forma de bienes jurídicos constitucionalmente protegidos»... Para determinar las garantías que, desde la perspectiva del art. 15 CE, se imponen a toda intervención médica que afecte a la integridad corporal del paciente, podemos acudir, por una parte, a los tratados y acuerdos en la materia ratificados por España (STC 2/2004, de 16 de enero..., SSTC 303/1993, de 25 de octubre, y 119/2001, de 24 de mayo).

Pues bien, entre toda la normativa citada la carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, reconoce en su artículo 3 el derecho de toda persona a su integridad física y psíquica, obligando a respetar, en el marco de la medicina y la biología «el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley. En la misma línea el Convenio de Bioética Europeo dice en su art. 5 «..después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento», a cuyo efecto «deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias». Ahora bien, cuando por motivos de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, será posible proceder inmediatamente «a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada».... Por tanto el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física....

En el análisis de la queja del recurrente encontramos... las resoluciones judiciales impugnadas reconocen que no existió información previa a la intervención quirúrgica, omitiéndose, en definitiva, su consentimiento informado. Dicha omisión no implica necesariamente que se haya producido una vulneración del derecho fundamental a la integridad física del actor, siendo preciso atender a las circunstancias del caso para determinar si aquella omisión se encontraba justificada o no desde un punto de vista constitucional....El Juzgado de Primera Instancia nº 7 de Bilbao que desestimó la queja del actor tuvo en cuenta el padecimiento que le llevó a urgencias, el hecho de haber tenido años antes una intervención del mismo tipo y la urgencia relativa de la misma, junto con su edad, consideraciones que condujeron a la conclusión de que realmente no se había privado al demandante de una información esclarecedora previa al consentimiento.

La Audiencia Provincial de Bizkaia confirmó este criterio, excluyendo la responsabilidad, tanto porque el actor ya había sufrido otra intervención de igual naturaleza, como porque la prueba se realizó en un momento en el que existía riesgo vital ante la situación que le llevó a urgencias.

Así pues ambas resoluciones entendieron que existía causa suficiente para exonerar de la necesidad de dar al actor la información previa a la prestación de su consentimiento para la intervención. Los magistrados del Tribunal Constitucional consideran en su sentencia que: «atendidas las circunstancias del caso, corresponde preguntarnos si esto es acorde con la Constitución y, en particular, si la aplicación de la legalidad ha podido afectar a la integridad del derecho fundamental comprometido (STC 83/2003, de 5 de mayo)...

Según la legalidad vigente, las resoluciones impugnadas realizan una interpretación restrictiva del derecho... al tiempo que llevan a cabo una comprensión extensiva de los límites del mismo para excluir que, en este caso, fuera necesario el consentimiento informado... los supuestos en los que se puede exceptuar la necesidad del previo consentimiento informado son también excepcionales, así el legislador permite a los facultativos prescindir del consentimiento informado para llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente tan solo en los casos de riesgo para la salud pública y «cuando existe riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización», es más en este último supuesto, si las circunstancias lo permiten, se debe consultar a los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente... en principio, cada intervención médica debe estar autorizada por el previo consentimiento del paciente que, a su vez, se ha de encontrar precedido de la correspondiente información sobre el procedimiento a aplicar... en todas las normas, no se plasma únicamente un conjunto de derechos del paciente, unido a los correlativos deberes de los facultativos que permitan hacerlos efectivos, sino que básicamente, reflejan una doble garantía para aquél y éstos: de un lado, la que permite hacer efectivo el derecho fundamental a la integridad física del paciente respecto a las actuaciones médicas que se le efectúen; de otro, la regulación descrita ofrece a los facultativos la garantía de que sus actuaciones se desarrollarán dentro de los límites que impone la protección de aquel derecho. Así pues desde la perspectiva de los facultativos esta regulación no se limita a imponerles un conjunto de deberes, sino que, también, desde una vertiente positiva, les proporciona una garantía de su propia actuación profesional.

De acuerdo con lo expuesto hasta aquí, no se puede admitir, como entendieron las resoluciones impugnadas, que la información prestada al actor con ocasión de un cateterismo realizado en 1994 (con acceso, además por vía distinta), fuera suficiente, no puede sino ser tachado de irrazonable.

Por otro lado, la Sentencia de instancia justifica la omisión del consentimiento informado por la «urgencia relativa de la intervención», mientras que la de apelación habla de la existencia de «riesgo vital» ante la situación que llevó a urgencias al actor. Sin embargo, en tales consideraciones no se aprecia razonamiento alguno sobre la existencia de imposibilidad de

obtener el consentimiento informado o de consultar a los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente, imposibilidad que en cualquier caso, se compadece mal con el dato de que el recurrente ingresó en urgencias a las 14:16 del 4 de septiembre de 2005, y el cateterismo no se le practicó hasta la mañana del día siguiente. De tal modo que aunque la decisión médica no se adoptara de manera inmediata al ingreso del paciente, lo cierto es que el lapso de tiempo transcurrido parece suficientemente amplio como para que, una vez que los facultativos entendieron procedente la realización del cateterismo como solución para la dolencia del actor, este fuera informado sobre las consecuencias, riesgos y contraindicaciones de la intervención, de acuerdo con lo previsto en el artículo 10.1 de la ley de la ley 41/2002.... Asimismo, no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de la **inmediatez y de gravedad**, ninguna de las cuales ha sido objeto de mención y, mucho menos de análisis por parte de los órganos jurisdiccionales que, como queda dicho emplearon otros conceptos para justificar que se eludiera la obligatoriedad de la prestación del consentimiento informado, que no solo no ofrecen una justificación razonable y ponderada, sino que incluso supone un **reconocimiento implícito de la carencia de la misma** («urgencia relativa»), como, por lo demás, ponen de relieve de manera patente las circunstancias del caso, atendido al tiempo transcurrido entre el ingreso en la clínica del demandante de amparo y la realización de la intervención, que permitiría perfectamente el cumplimiento a las exigencias legales impuestas en garantía del derecho fundamental a la integridad física del actor...

De estos razonamientos jurídicos se deriva el fallo que expusimos al inicio de la Sentencia.

Esta Sentencia incluye una serie de preceptos que consideramos importante reseñar:

1. Expone toda la normativa nacional y europea sobre derechos humanos, y derechos de los pacientes, sobre los que se apoya la necesidad de informar y de obtener el consentimiento previo a cualquier actuación médica
2. Reconoce que actuar sobre un paciente, sin su consentimiento puede vulnerar su derecho a la integridad física, derecho que merece la tutela judicial
3. Critica los argumentos del Juzgado de Primera Instancia y de la Audiencia Provincial, en cuyas Sentencias se exoneró de responsabilidad a los médicos, aunque consideraron probado que no se informó al paciente y que no se obtuvo su consentimiento. Estos argumentos eran:
  - 3.1. Que el paciente unos años antes había sido sometido a un cateterismo (vía femoral, incluso de más riesgo que la radial) y no le era desconocido este acto médico. Este argumento lo consideran «irrazonable».

3.2. El argumento más importante, y el objeto de nuestro interés en este artículo, es el hecho de que la necesidad de consentimiento informado, tiene como excepción la urgencia que no permite demora, o el riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del paciente. En esta Sentencia, el Tribunal Constitucional analiza la situación del paciente para llegar a la conclusión de que el tribunal de Primera Instancia que lo Juzgó apreció «urgencia relativa», para exonerar de culpa a los profesionales; sin embargo, el Tribunal Constitucional dice que precisamente esa expresión es contraria a la urgencia inmediata y grave significando, precisamente la carencia de la misma, que debe existir para poder prescindir del consentimiento. Al referirse a la Sentencia de la Audiencia provincial, esta recogía la existencia de «riesgo vital», lo que según el Tribunal Constitucional en ningún caso se analizó y se llegó a justificar.

Resulta definitivo para que el Tribunal Constitucional, para no apreciar la existencia de urgencia inmediata y grave, el hecho de que el paciente ingresara a las 14:15 de un día y el cateterismo, origen del daño, se realizara a la mañana del día siguiente.

Todo esto debe ser conocido por los médicos, a los que se alude en la Sentencia para decir que, tener normas y cumplirlas es una garantía profesional para ellos.

En el análisis realizado en algunos medios jurídico-médicos de esta sentencia se ha llegado a decir que ha traído a la asistencia sanitaria «un antes y un después». En nuestra opinión esto es exagerado, ahora bien, esta Sentencia ha venido a reforzar la importancia de llevar a la práctica de una manera efectiva los deberes médicos recogidos en la Ley 41/2002 y las normas autonómicas y europea, comentadas. Se vuelve a insistir, como antes lo ha hecho el Tribunal Supremo en varias sentencias, que el paciente tiene derecho a recibir la información necesaria y suficiente para poder tomar sus propias decisiones sobre la aceptación o rechazo de la actuación médica.

Es importante, desde la Medicina Legal, hacer una adecuada tarea formativa sobre el derecho médico y especialmente sobre los deberes de los médicos para con sus pacientes y esto a todos los niveles de la formación de pregrado, en el postgrado y en la formación continuada de los médicos en ejercicio. Nosotros proponemos que esta formación se debe también administrar a través de los Colegios de Médicos, añadiendo a los Cursos de formación continuada que se organizan para las distintas especialidades médicas, la formación médico-legal y la formación ético-deontológica, más exigente aun que la legal. y que persigue la calidad de la relación médico-paciente. El fomentar el profesionalismo médico Rodríguez Sendín, 2010) y la exigencia de calidad de cada acto médico, aumenta en general la calidad asistencial, y previene las reclamaciones hacia los profesionales y el riesgo de actitudes hostiles y agresivas de los pacientes y usuarios. (Castellano Arroyo, 2011).

## BIBLIOGRAFÍA

1. APPELBAUM PS, LIDZ CHW, MEISEL A. Informed Consent Legal theory and Clinical Practice. Oxford University Press, New York, 1987.
2. CARRACEDO A. El derecho del enfermo a ser informado. En «Los derechos del enfermo». Ed. A. Luna. Universidad de Murcia, 1987.
3. SIMÓN LORDA P., CONCHEIRO CARRO L. El consentimiento informado, teoría y práctica. Med clín. 1993, 100: 659-663.
4. GISBERT CALABUIG JA. Medicina Legal y Toxicología, 5ª edición. Masson. Barcelona, 1997.
5. VILLANUEVA CAÑADAS E. El Consentimiento. En GISBERT CALABUIG JA (Ed.) Medicina Legal y Toxicología, 6ª edición. Masson 2004.
6. LEY 15/1986 General de Sanidad, de 25 de abril.
7. LEY 3/1986 de Medidas de Salud Pública.
8. CONVENIO para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Bioética del Consejo de Europa), (BOE 251/1999, de 20 de octubre).
9. LEY 41/2002 de Autonomía del Paciente, Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínicas.
10. GONZÁLEZ HERNÁNDEZ E, CASTELLANO ARROYO Mª. Estudio comparado de la regulación del derecho a la información en las Comunidades Autónomas españolas. Actual. Méd. 2010, 95(780): 27-31.
11. CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial. Julio 2011.
12. SENTENCIA 37/2011, de 28 de marzo (BOE nº 101 de 28 de abril de 2011) de la Sala Segunda de Tribunal Constitucional.
13. RODRÍGUEZ SENDÍN JJ. En: Profesión médica. Profesional médico. Profesionalismo médico. Organización Médica Colegial. Madrid: OMC, 2010.
14. CASTELLANO ARROYO Mª. De la relación médico-enfermo a la relación médico-paciente-usuario: las denuncias y la violencia contra los médicos ¿signos de alarma social? Discurso de apertura del Curso 2011-2012. Universidad de Granada, Septiembre 2011.

## ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

MARIANO CASADO BLANCO\*

**Resumen:** La entrada en vigor en España del «Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina», legislativamente supuso un cambio respecto al reconocimiento de la autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones clínicas y abriendo así la puerta al reconocimiento normativo de los antiguos «testamentos vitales».

Posteriormente la promulgación a nivel estatal de la denominada «Ley de Autonomía», fue una pieza de legislación sanitaria clave, quedando así reguladas las «instrucciones previas».

En la legislación estatal se establecen una serie de criterios referentes al contenido, requisitos para la formalización, destinatario, figura del representante para el cumplimiento, objeto, finalidad y procedimiento de inscripción, registro (acceso, fichero y registros autonómicos), revocación de las voluntades anticipadas, designación de representante....

Progresivamente, las iniciativas legislativas por parte de las Comunidades Autónomas en torno al tema se propagaron, generándose así un panorama legislativo ciertamente complejo y no exento de riesgos desde el punto de vista de aplicación práctica. el otorgamiento de las Instrucciones Previas debe ser el final de un proceso de tipo deliberativo basado en valores, creencias e intereses de tipo personal de la persona que lo otorga, con unos límites éticos muy claros como son los del respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente.

Del análisis de las diferentes legislaciones autonómicas, planteamos que el actual panorama legislativo de las instrucciones previas es heterogéneo.

**Palabras clave:** Instrucciones Previas. Legislación Estatal. Legislación Autonómica.

---

\* Instituto de Medicina Legal de Badajoz. Profesor de Medicina Legal. Universidad de Extremadura.



**Abstract:** The entry into force in Spain of the «convention for the protection of human rights and dignity of the human being with respect to the application of biology and medicine», legislatively represented a change with respect to the recognition of the patient's autonomy when taking clinical decisions and thus opening the door to the legislative recognition of the former «living wills».

Later, the enactment at state level of the so-called «Law of Autonomy» was a key piece of the legislation on health, where the «advance directives» were regulated.

The state legislation establishes a series of criteria referring to the content, requirements for formalisation, recipient, figure of the representative for compliance, aim, purpose and procedure of registration (access, file and autonomous records), revocation of advance directives, appointment of representative, etc.

Progressively, the legislative initiatives by the Autonomous Communities about the topic were propagated, thus generating a truly complex legislative panorama and not free of risk from the point of view of practical application. The granting of the Advance Directives Instructions must be the end of a deliberative type process based on the personal values, beliefs and interests of the person granting it, with very clear ethical limits such as respect for the patient's dignity and autonomy.

Based on the analysis of the different autonomous legislations, it is proposed that the current legislative panorama of advance directives is heterogeneous.

**Key words:** Advance Directives. State Legislation. Autonomous Legislation.

En la medicina actual no basta sólo con dominar los aspectos técnicos y científicos, hoy resulta fundamental también conocer, aplicar y cumplir los preceptos éticos y legales, que regulados por una serie de leyes y normas, hacen obligatorio su cumplimiento.

Aplicando a la medicina, el clásico modelo social por el cual el hombre siempre ha estado gobernado y sometido a otros, podemos comprobar como durante muchas décadas asistimos al planteamiento conocido como «*paternalismo médico*», donde se tenía la concepción de enfermo como «*infirmus*» (falto o carente de firmeza), no sólo desde el punto de vista físico o biológico sino lo que resultaba más significativa esta carencia, desde el punto de vista moral. Este esquema es evidente que era seguido por los médicos preferentemente y en menor medida el resto de profesionales sanitarios, como los únicos que podían tomar decisiones y en cada momento ante un determinado proceso asistencial.

Con el paso del tiempo, dichos planteamientos resultaron totalmente insostenibles pasándose a la progresiva «*democratización*» de la medicina y con ello la transformación del enfermo en un sujeto de derechos e incluso con un cambio en su denominación, convirtiéndose en «*paciente*». Entre estos derechos adquirió un papel primordial el «*principio de autonomía y libertad del paciente*», y que consecuentemente permite a éste tomar decisiones en su proceso clínico.

En principio hay que entender que el término «*instrucciones previas*» o «*voluntades anticipadas*» no es un constructo específico del ordenamiento jurídico ordinario y en concreto del Derecho civil, sino que por el contrario lo es más propio de la legislación sanitaria y que hace mención a una tendencia legislativa que responde a la filosofía de respeto a la voluntad expresada cuando una persona es plenamente capaz.

El principal fundamento jurídico que otorgó solidez a la autonomía del paciente en la España post-constitucional fue la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad y aunque se reconocía el derecho a la autonomía a través de la información, al consentimiento previo y al consentimiento por representación, igualmente es cierto que no se reconocía de una forma específica el derecho a las instrucciones previas.

Fue posteriormente con el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997, conocido como «*Convenio de Oviedo*» con efectos vinculantes para España desde el 1 de enero del año 2000, el que marcó un antes y un después respecto a determinadas cuestiones y entre ellas al reconocimiento, en la legislación española, de la autonomía de los pacientes para tomar decisiones clínicas.

En concreto, el artículo 9 del citado Convenio, establecía los pilares para el reconocimiento normativo de los denominados «*testamentos vitales*», como sucesores de los originarios «*living will*». Dicho artículo dice

que «serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre de expresar su voluntad». Si nos fijamos, su inclusión, en el mismo capítulo que el Consentimiento hace que se deba entender que la naturaleza jurídica de ambas son similares.

El reconocimiento de esta autonomía de la voluntad se fue desarrollando al amparo de los derechos constitucionales. En virtud de la Constitución Española, Título VIII, capítulo tercero «de las Comunidades Autónomas», artículo 148.1.21, las diferentes Comunidades Autónomas regularon mediante el correspondiente y específico desarrollo legislativo el referido derecho.

En líneas generales su regulación es similar con la del derecho a la información y al consentimiento informado pues, en definitiva, los documentos de instrucciones previas no dejan de ser una variante del consentimiento informado.

Los primeros pasos para que legalmente se contemplase este concepto en España, fueron promovidos en Cataluña y con la promulgación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, «sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica», el artículo 8 de esa Ley quedaban regulas las «voluntades anticipadas».

A esta primera legislación autonómica comenzaron a añadirse de forma sucesiva otras, hasta completar la totalidad de las Comunidades Autónomas del Estado español. Ante este amplio panorama legislativo autonómico aunque ciertamente con escasa implantación real, tanto en el mundo sanitario como en la propia ciudadanía en general, se promulgó la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, «básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica», que incluyó en su articulado las «instrucciones previas». Esta Ley Estatal, de carácter básico, estableció las normas mínimas que han de regular el hasta entonces denominado 'testamento vital' el cual había quedado obsoleto y sin reconocimiento dentro de la legislación, pasándose a denominar «Instrucciones Previas» y quedando de esta forma regulado en su artículo 11.

A partir de entonces se fue estructurando y desarrollando el panorama legislativo hasta completar el mapa autonómico español, mediante las siguientes leyes autonómicas:

### **Andalucía**

– Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital. Comunidad Autónoma de Andalucía. BOE núm. 279, de 21 de noviembre 2003, pp. 41231-34.

### **Aragón**

– Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. BOE núm. 121, de 21 de mayo 2002, pp. 18061-79.

### **Asturias**

– Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de salud del Principado de Asturias.

– Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario. Boletín nº 31 del jueves 7 de febrero de 2008.

### **Baleares**

– Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. BOE núm. 81, de 5 de abril, pp.13198-200.

### **Canarias**

– Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntas en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro. BOC núm. 43, de marzo de 2006, pp. 4296-4301.

### **Cantabria**

– Orden SAN/27/2005, de 16 de septiembre, por el que se establece el documento tipo de voluntades expresadas con carácter previo de Cantabria. BOC núm. 188, de 30 de septiembre de 2005, pp. 10485-6.

– Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. BOE núm. 6, de 7 de enero 2003, pp. 551-77.

### **Castilla-La Mancha**

– Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud. BOE núm. 203, de 25 de agosto de 2005, pág. 29509-11.

### **Castilla y León**

– Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Junta de Castilla y León. BOCyL nº 71 de 14-4-2003, suplemento página 6. BOE núm. 103, de 30 de abril de 2003, pág. 16650-9. Art 30.

### **Cataluña**

– Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya 11 de Enero de 2001.

### **Comunidad Valenciana**

– Ley 1/2003, de 16 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. BOE núm. 48, de 25 de febrero 2003, pp. 7587-95.

### **Extremadura**

– Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. BOE núm. 186, de 8 de agosto 2005, pp. 27513-24. Art. 17.

– Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. BOE núm. 177, de 25 de julio 2001, pp.27021-39.

### **Galicia**

– Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. BOE núm 93, de 19 de abril 2005, pp. 13364-8.

– Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. BOE núm. 158, de 3 de julio 2001, pp. 23537-41.

### **La Rioja**

– Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. BOE núm.252, de 21 de octubre, pp. 34392-5.

### **Madrid**

– Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. BOCM núm. 140, 14 de junio 2005, pp.4-6.

– Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. núm. 306, 26 de diciembre de 2001, pp. 8-39. BOE núm. 55, de 5 de marzo 2002, pp. 8846-81.

### **Murcia**

– Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se prueba el reglamento de instrucciones previas y su registro. BORM núm. 164, de 19 de julio, pp. 17253- 57.

### **Navarra**

– Ley Foral 29/2003, de 4 de abril por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002 de 6 de mayo sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Gobierno de Navarra. BOE núm. 120, de 20 de mayo 2003, pp. 19106-7.

– Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Gobierno de Navarra. BOE núm. 129, de 30 de mayo 2002, pp.19249-53.

### **País Vasco**

– Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Gobierno del País Vasco. BOPV N. 248, de 30 de diciembre 2002, pp. 23318-23.

Efectuada esta introducción legislativa, podemos centrarnos en el verdadero objetivo de este trabajo que es efectuar un esquemático análisis comparativo con respecto a determinadas cuestiones recogidas en las diferentes legislaciones autonómicas y así poder apreciar las importantes deferencias existentes en las mismas y que en algunos aspectos entran en verdadera colisión.

1. En primer lugar hay que destacar el abundante caudal de normas jurídicas promulgado para un mismo tema y tan desigualmente repartidas en todo el Estado español, salvo Asturias, Canarias y Murcia que se han limitado a dictar normas reglamentarias en las que dan por supuesta la aplicación de la ley estatal. Es poco entendible la existencia de esta variedad legislativa y que en principio únicamente pudiera ser achacable a una «paradoja de tipo político» que ocurre en un Estado tan complejo como el español, con tantos parlamentos y gobiernos autónomos, que ha de favorecer la presencia de tantos sistemas de partidos y tantas familias políticas de ámbito regional. Circunstancias que hacen que en muchas ocasiones, estos responsables políticos olviden que sus compromisos no son legislar para un grupo de ciudadanos, sino que deben legislar para la totalidad de estos. A mí modo de ver, el que exista una articulación del Estado de tipo plurinacional y plurilingüístico no justifica la existencia de estas variaciones nominativas para un mismo hecho que ha de regular la autonomía de los pacientes.

Lo cierto es que todo esto sería de otro modo si la complejidad de nuestro sistema se acompañara de acuerdos de fondo que tuvieran como objetivo, en este caso concreto, el dictar unas normas comunes que permitan a todos los ciudadanos españoles el ejercicio de preceptos éticos y legales, que atañen a un derecho fundamental como es el respeto a su autonomía y el cumplimiento o defensa de este derecho en situaciones en que el paciente se encuentre en incompetencia.

2. Igualmente hay que destacar la diversidad en cuanto a las denominaciones y de concepciones legislativas con respecto a la legislación estatal (Instrucciones Previas), en concreto podemos encontrar hasta seis denominaciones diferentes:

– **Instrucciones Previas** es utilizada en Asturias, Castilla y León, Madrid, Murcia, Galicia y La Rioja.

- **Voluntades anticipadas** es utilizada en Aragón, Baleares, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco).
- **Manifestaciones Anticipadas de Voluntad** en Canarias.
- **Voluntades Previas** en Cantabria.
- **Expresión Anticipada de Voluntades** en Extremadura.
- **Voluntades Vitales Anticipadas** en Andalucía.

Es algo que pone de manifiesta algo más de lo mismo, sin duda alguna que el sistema político español y la creación de instituciones autonómicas o de autogobierno, en ocasiones se ha convertido en un sistema de competencia desleal y sin reglas de juego aceptadas por todos, lo que implica hechos como el que estamos analizando, con la única finalidad de crear diferenciaciones a la vez que desconcertos entre los propios ciudadanos.

Sin lugar a dudas que todo esto puede dar lugar a un fenómeno confuso en el que, según el territorio, el estándar de funcionamiento del servicio puede variar; y si lo pensamos detenidamente esto es especialmente grave siendo como es el Sistema Nacional de Salud único para toda España.

3. El término «*concepto*» es entendido en el diccionario de la RAE como una «*idea que concibe o forma el entendimiento*», es decir algo estrechamente ligado a un contexto de experiencia de la propia realidad; de experiencia individual, cultural, social...

Pues bien, resulta curioso como todas las legislaciones autonómicas, salvo la de la región de Murcia, se desvían de la definición dada por la Ley 41/2002, la cual define las Instrucciones Previas en el artículo 11.1: «*por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.*»

Y con respecto a las diferencias que se marcan sobresale la ausencia de concreción e indefinición en cuanto a los requisitos de concesión o consentimiento con respecto a la que persona puede cumplimentar las instrucciones previas, pues en algunas legislaciones no se establece la mayoría de edad como requisito (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla León, La Rioja, Madrid, País Vasco), sobreentendiéndose que esta debe quedar fijada en los 16 años cumplidos, como recoge la propia Ley 41/2002.

Por lo que se refiere a la capacidad del otorgante de las voluntades anticipadas, en los textos autonómicos se utilizan expresiones distintas. Se exige «*capacidad suficiente*» (Islas Baleares, Cataluña, Galicia), «*plena capacidad de obrar*» (Cantabria), simplemente ser «*capaces*» (Castilla León), «*tener capaci-*

dad» (Madrid), «*capacidad legal suficiente*» (Aragón, Extremadura, Valencia). Algunas leyes autonómicas excluyen expresamente a todo incapacitado judicialmente (La Rioja), otras sólo a los incapacitados judicialmente para emitir tal declaración (Castilla-La Mancha, País Vasco). Y en Andalucía, se reconoce la capacidad para otorgar las voluntades anticipadas a los incapacitados judicialmente, salvo que otra cosa determine la resolución judicial de incapacitación; se añade, sin embargo, que el facultativo puede poner los hechos en conocimiento del fiscal para que inste un nuevo proceso dirigido a modificar el alcance de la incapacitación ya producido.

Tampoco se resuelve la regulación acerca de contemplar la posibilidad de cumplimiento de las instrucciones previas por parte de un menor emancipado o un menor maduro, pues mientras que en algunas legislaciones queda prohibida su intervención (Baleares) en otras se otorga esta potestad al menor (Andalucía, Navarra y C. Valenciana) y en la mayoría no se establecen criterios al respecto.

Con respecto a la determinación de «*una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo*» no se hace una información o especificación en algunas legislaciones como ocurre en Cantabria, Cataluña, La Rioja, Murcia o El País Vasco.

4. Llamativo resulta igualmente todo lo relacionado con la formalización del acto. En principio hay que considerar que tanto la forma, la voluntad, deseo o instrucción debe plasmarse por escrito, pues se está hablando de la cumplimentación de un documento.

Como regla general, en las legislaciones autonómicas se contemplan hasta tres posibilidades, ya sea ante notario, funcionario del registro o de la administración pública o ante tres testigos, como se establece en las legislaciones de Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, La Rioja, Madrid, Murcia y País Vasco, pero con marcadas diferencias. En otras, como Aragón, Cataluña, Extremadura, Galicia y Navarra establecen la validez del otorgamiento hecho ante el notario o tres testigos. La Comunidad Valenciana aparte de esta forma añade una totalmente inespecífica y es «*o cualquier otro procedimiento que sea establecido legalmente*» Y por último Andalucía indica que «*únicamente por imposibilidad de firmar el autor, lo hará un testigo*» lo cual será verificado por funcionarios del registro, atribuyendo a estos la competencia para apreciar la capacidad y aptitud de la persona que pretende otorgarlo.

Haciendo una crítica a estas posibilidades se puede indicar que la formalización ante notario, desde mi punto de vista únicamente implica que el fedatario garantiza bajo su fe y responsabilidad la capacidad del otorgante, que debe haber sido debidamente informado y que lo firmado se corresponde con la voluntad del otorgante, así como que el contenido no se ha alterado. Pero desde una óptica médica, tanto ética como asistencial, plantea ciertas dudas pues el otorgamiento notarial lleva esa práctica a otra dimensión tan distinta de lo que debe ser una relación médico-paciente.



Por ello la fórmula de otorgamiento ante tres testigos tal vez sea la forma más cercana al entorno asistencial y a los momentos decisivos en la vida del paciente, sobre todo a la hora de saber cual ha sido la última determinación del paciente a los efectos de tenerla como una revocación de anteriores otorgamientos.

5. En cuanto al representante, la Ley 41/2002 establece que *«el otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas»*. Las legislaciones de Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Cataluña, C. Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, y Navarra siguen el criterio de la Ley estatal, mientras que el resto determinan de forma inespecífica que los representantes podrán ser uno o varios, aunque en este último caso, únicamente Castilla y León establece que si son varios actuarán en orden de prelación. En cuanto a las funciones que ha de tener el representante o representantes parece que existe unanimidad al determinar que su función será la de *«interlocutor válido con el médico o equipo sanitario»*

6. Consideramos recomendable que las instrucciones previas sean actualizadas, de forma que cualquier cambio en los deseos del paciente quede convenientemente registrado. A éste respecto, mientras la Ley 41/2002, en el artículo 11.4 establece que *«las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito»*, ninguna de las legislaciones autonómicas han regulado un plazo de validez ni de revisión temporal del documento. Igualmente se plantea la duda acerca de si para llevar a cabo la revocación debe seguirse los posibles trámites previstos para el otorgamiento, esto es, acudir de nuevo al notario ante los tres testigos o ante el funcionario.

Hay que considerar que el mismo rigor legal que se determina para preservar la autonomía del paciente debe seguirse para cuando decida dejarla sin efecto, pues tanto el otorgamiento de la voluntad como su revocación es la misma manifestación de su autonomía.

7. Es evidente que las instrucciones dadas por el paciente se harán efectivas cuando vaya a ser objeto de intervención y esté privado de capacidad para expresar su consentimiento anticipado. El establecimiento de los límites de las instrucciones previas, desde la práctica, pueden surgir en dos momentos. El primero, al tiempo del otorgamiento y el otro al tiempo de su aplicación clínica.

En el primero, el control es estrictamente legal o jurídico pues las instrucciones previas no pueden ser contrarias al ordenamiento jurídico tal y así lo preveen todas las legislaciones autonómicas.

Aparte de este límite, en la praxis médica serán límites a las instrucciones previas si de su contenido se deducen deseos o instrucciones contrarias a la buena práctica clínica o bien a la ética profesional, circunstancias,

profesionales y deontológicas, que en algunas legislaciones no quedan plasmadas.

Pero igualmente hay otro límite de especial interés y es el que se plantea por la existencia de un desequilibrio entre el supuesto de hecho que había previsto el otorgante al tiempo de firmar su documento de instrucciones previas y la situación real en que se encuentra al tiempo de aplicar el contenido del documento. Este límite curiosamente es recogido en algunas leyes autonómicas como en Cataluña, Extremadura, Galicia o Aragón, pero en sentido contrario no sucede esto en la madrileña.

8. Y por último parece interesante hacer referencia al Registro, donde actualmente existe la posibilidad de registrar en todas las Comunidades Autónomas el documento mediante la creación de los diferentes Registros Autonómico de voluntades anticipadas o instrucciones previas. Por medio del Real Decreto 124/2007 se estableció la creación en el Ministerio de Sanidad del Registro Nacional de Instrucciones previas, lo que permite disponer de un archivo centralizado para que los profesionales puedan acceder al contenido del documento desde cualquier punto de España, incluso cuando el paciente no esté en la localidad donde lo registró. Pero a pesar de estos avances se considera la existencias de cuestiones técnicas, legales y éticas que son preciso solucionar como la naturaleza de la inscripción registral o las relaciones entre el Registro nacional y los Registros autonómicos de instrucciones previas.

## RETOS

– **Legislativos:** necesaria homogeneización de la legislación autonómica, la cual ha de corregir errores normativos, precisar ambigüedades terminológicas y solucionar la imprecisión de algunos conceptos.

Sabemos que no debe ser competencia del Derecho, aunque sí de contribución indispensable, el resolver los problemas del mundo médico. Recordemos que las respuestas jurídicas aportan sólo un punto de vista, que recuerda la importancia de la interdisciplinariedad en la reflexión; además, son únicamente un punto de partida que requiere proyección en la práctica asistencial, en cuanto a su conocimiento, respeto y aplicación.

El Derecho debe reconocer los bienes y valores básicos para el buen funcionamiento del sistema sanitario y actuar como instrumento para su organización y al mismo tiempo garantizar el cumplimiento de ciertas normas básicas de convivencia y definir los derechos y obligaciones de todos (usuarios, profesionales, instituciones, poderes públicos, etc.).

– **Institucional:** aplicado tanto a las instituciones como a los profesionales sanitarios, quienes han de confiar en el Derecho como instrumento de mejora de las relaciones sanitarias, y propiciar su recepción y su adecuada comprensión y utilización.

Las instrucciones previas deben ser el resultado de un proceso de reflexión y elaboración de tipo personal en el que el papel del médico y otros profesionales sanitarios resulta fundamental e incluimos a otros profesionales pues entendemos que la responsabilidad debe ser compartida entre los miembros de un equipo sanitario o médico. Por ello es preciso establecer estrategias de formación, difusión y asesoramiento legal y ético. Si no tratamos de hacer efectivas estas cuestiones estamos en riesgo de transformar el documento de instrucciones previas en algo parecido a lo que en muchos casos ocurre con el documento de consentimiento informado, es decir en un acto automático de firmar, pero con una utilidad real prácticamente nula.

Y como final únicamente añadir que el otorgamiento de las Instrucciones Previas debe ser el final de un proceso de tipo deliberativo basado en valores, creencias e intereses de tipo personal de la persona que lo otorga, con unos límites éticos muy claros como son los del respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO OLEA M, FANEGO CASTILLO F. Comentario a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Madrid, 2003.
- ÁLVAREZ CIENFUEGOS SUÁREZ JM. El Convenio de Oviedo. Mesa Redonda V Congreso de Derecho sanitario. Asociación Española de Derecho sanitario y Fundación Mapfre. Madrid 1999.
- BETANCOR J.T. La eficacia del testamento vital. Mesa Redonda V Congreso de Derecho sanitario. Asociación Española de Derecho sanitario y Fundación Mapfre. Madrid 1999.
- CORBELLA DUCH J. Sobre la constitucionalidad de las leyes autonómicas reguladoras de las voluntades anticipadas, VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario, Madrid, 2001.
- GUERRERO ZAPLANA J. El consentimiento informado. Su valoración en la jurisprudencia, Valladolid, 2004.
- LÓPEZ PENA I. Reflexiones en torno a los «testamentos vitales». Comunicación al V Congreso de Derecho sanitario. Asociación Española de Derecho sanitario y Fundación Mapfre. Madrid 1999.
- MARTÍNEZ MARTÍN D J. La proposición de ley estatal sobre derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. Ponencia aun no publicada del VIII Congreso de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho sanitario y Fundación Mapfre. Madrid 2001.
- NAVARRO MICHEL M. El documento de voluntades anticipadas (el mal llamado «testamento vital»), La Notaría, 2003, 2.

- REQUEIRO IBÁÑEZ JL. El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español, en La Ley 5570, de 20 de junio de 2002.
- ROQUÉ MV; SUREDA M. Consideraciones acerca del testamento vital. Cuadernos de Bioética, 1998, 4.
- ROMEO CASABONA CM. Los derechos de los pacientes: información clínica y autonomía del paciente, en PEMÁN JM (Ed.). Derecho sanitario aragonés. Estudios sobre el marco jurídico de la sanidad en Aragón, vol. 1, Zaragoza, 2004.
- ROVIRA SUEIRO ME. Relevancia de la voluntad de la persona para afrontar su propia discapacidad, Madrid, 2005.
- SANCHO GARGALLO I. Las instrucciones previas. Límites a la facultad de disposición. Los modelos de documentos de instrucciones previas», en «El Juez civil ante la investigación biomédica, Cuadernos de Derecho Judicial, X-2004.
- SISO MARTÍN J. Responsabilidad sanitaria y legalidad en la práctica clínica, Granada, 2003.
- TUR FERNÁNDEZ N. El documento de instrucciones previas o testamento vital. Régimen jurídico, Aranzadi Civil, 2004, 10.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista *Ciencia Forense* considera para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Medicina Forense en sus distintas áreas (Derecho Médico y Deontología, Tanatología, Patología Forense, Sexología Forense, Medicina Legal en la Infancia, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Odontología Forense, Medicina Legal Laboral y Toxicología Forense).

2. La revista se dividirá en las siguientes secciones:

- REVISIONES. Artículos en los que se realice una puesta al día sobre temas de actualidad o de gran interés para la comunidad forense. Serán trabajos encargados por el Comité de Redacción. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta sección pueden solicitarlo al director de la revista.
- ORIGINALES. Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés médico-legal.
- ORIGINALES BREVES. Trabajos de investigación o bien exposición de casos, que por sus características puedan ser publicados de forma abreviada. Deberán tener una extensión máxima de hasta 8 páginas DIN A-4, incluidas las tablas, figuras y referencias bibliográficas.
- OPINIÓN Y CUESTIONES A DEBATE. La revista brinda una oportunidad en esta sección al intercambio y a la discusión de ideas y opiniones sobre cuestiones polémicas o que necesiten de una reflexión profunda. Cualquier autor que espontáneamente desee colaborar en esta sección puede solicitarlo al director de la revista. La estructura del trabajo no ha de seguir el esquema que se exige en el caso de un artículo original de investigación.
- Otras secciones (NOTICIAS, CALENDARIO DE ACTIVIDADES, NOVEDADES EDITORIALES, etc.).

3. Los trabajos que se envíen para su publicación en la revista, habrán de ser inéditos y no estar pendientes de publicación en otra revista.

4. Se remitirán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A-4, con 30 a 35 líneas de entre 60 y 70 espacios en cada página.

5. Se presentarán por triplicado, incluyendo tres copias de la iconografía y una copia en disquete indicando el nombre del primer autor, ini-

cio del título y programa utilizado. Serán precedidos de una hoja en la que se haga constar: título del trabajo, nombre del autor (o autores), dirección, número de teléfono y de fax; así como dirección de correo electrónico, si procede, situación académica o profesional y nombre de la institución académica a la que pertenece. Se acompañará de una carta de presentación en la que se solicita el examen de los mismos y la sección de la revista donde desearía que se publicase; en ella deben exponerse claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la revista *Ciencia Forense*, de la Institución «Fernando el Católico».

#### TEXTO

Se recomienda la redacción de texto en estilo impersonal. Se estructurará el trabajo en los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

#### RESUMEN

Debe adjuntarse en español y en inglés. La extensión del resumen no ha de superar las 250 palabras, ni ser inferior a 150. El contenido del resumen estructurado para los originales se divide en cuatro apartados. Introducción, Material y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se ha de escribir, respectivamente, el problema motivo de investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos resultados. Al final del resumen deben figurar hasta 6 palabras clave de acuerdo con Medical Subject Headings de Index Medicus.

#### INTRODUCCIÓN

Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara el o los objetivos del trabajo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se indica el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección, las técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes para que el estudio pudiera repetirse sobre la base de esta información. Se han de escribir con detalle los métodos estadísticos.

## RESULTADOS

Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado. Estos datos se complementan con tablas y figuras, considerando que no ha de repetirse en el texto la misma información.

## DISCUSIÓN

Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan el significado y aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo y las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Por otra parte debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y se repitan los conceptos que han aparecido en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citarán personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita entre paréntesis, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y si se trata de varios se citará el primero seguido por la expresión *et al.*

En lo posible se evitarán las frases imprecisas como citas bibliográficas. No pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», aunque sí se pueden incluir así en el texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas:

Artículos de revista:

- CAPLAN RM. A fresh look at some lab ideas in counting medical education. *Möbius* 1983, 3 (1): 55-61.

Libros:

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally and Company, 1963.

6. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se aceptarán diapositivas o fotografías en blanco y negro, en casos especiales y previo acuerdo con los autores, se aceptarán diapositivas en color. El tamaño será 9x12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Las ilustraciones se presentarán por separado, dentro de un sobre; los pies de las mismas deben ir mecanografiados en hoja aparte. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos para destacar la parte esencial.

7. Las gráficas (hasta un máximo de seis) se obtendrán a partir del ordenador con impresión de alta calidad. Se tendrá en cuenta las mismas normas del apartado anterior. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras.

8. Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: la numeración de la tabla con caracteres arábigos, enunciado correspondiente; una tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La revista admitirá tablas que ocupen como máximo una página impresa de la misma. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla las técnicas empleadas y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

9. El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Siempre que el Comité sugiera modificaciones, los autores deberán remitir, junto con la nueva versión del artículo y tres copias, una carta que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas, tanto las sugeridas por el propio Comité como las que figuran en los informes de los expertos consultados.



**REVISTA CIENCIA FORENSE**

NÚMEROS PUBLICADOS:

Volumen 1 (1998):  
MONOGRÁFICO «MUERTE SÚBITA»

Volumen 2 (1999):  
MONOGRÁFICO «MALOS TRATOS EN LA INFANCIA»

Volumen 3 (2001):  
MONOGRÁFICO «MEDICINA LEGAL Y GERIATRÍA»

Volumen 4 (2002):  
MONOGRÁFICO «DELITOS SEXUALES»  
SECCIÓN ESPECIAL:  
AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I

Volumen 5-6 (2003-2004):  
MONOGRÁFICO «DROGODEPENDENCIAS Y MEDICINA LEGAL»  
SECCIÓN ESPECIAL:  
AVANCES EN GENÉTICA FORENSE I (cont.)

Volumen 7 (2005):  
MONOGRÁFICO «ODONTOLOGÍA FORENSE»

Volumen 8 (2007):  
MONOGRÁFICO «ENTOMOLOGÍA FORENSE»

\* \* \*

COLECCIÓN «ORFILA ROTGER»

Número 1:  
González- Andrade F, Martínez-Jarreta B.  
*Técnicas Instrumentales en Genética Forense.*  
Zaragoza, 2001.

Número 2:  
Vásquez P, Martínez-Jarreta B.  
*Documentos Médico-legales.*  
Zaragoza, 2002.

**Revistas que se reciben en intercambio con *CIENCIA FORENSE*:**

- Anales de Derecho. Murcia.
- Anales de la Universidad de Alicante. Alicante.
- Annali del 'Istituto Superiore di Sanita. Roma.
- Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Zaragoza.
- Atti dell'Accademia medico-chirurgica di Perugia e Annali della Facolta di Medicina. Perugia (Italia).
- Clínicas Urológicas de la Complutense. Madrid.
- Conferencias y Comunicaciones. Anales de la Real Academia de Medicina. Zaragoza.
- Fontilles. Revista de Leprología. Fontilles (Alicante).
- Medicina & Historia. Revista de Estudios Históricos de las Ciencias Médicas. Barcelona.
- Medicina Militar. Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España. Madrid.
- Revista de Derecho Penal y Criminología. 2.<sup>a</sup> época. Madrid.
- Revista Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho. Alicante.
- Revista Goiana de Medicina. Goiás (Brasil).
- Seminario Médico. Jaén.
- Sesión Inaugural. Anales de la Real Academia de Medicina. Zaragoza.
- The European Journal of Psychiatry. Zaragoza.



**INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» (C.S.I.C.)**

Excma. Diputación de Zaragoza  
Plaza España, 2  
50071 Zaragoza (España)

**CIENCIA FORENSE**  
**Acuerdo de intercambio**

Área: Medicina Legal y Forense  
Directora: M.<sup>a</sup> Begoña Martínez Jarreta  
Secretario: José Aso Escario  
Año de fundación: 1999  
Periodicidad: Anual  
Formato: 17 x 24 cm  
Editor: Institución «Fernando el Católico»  
Zaragoza (Spain)  
ISSN 1575-6793  
347.6(460.22)  
Intercambio de Publicaciones: Tff. (34) 976 288 878 - 288 879 \* Fax 288 869  
E-mail: [interch@ifc.dpz.es](mailto:interch@ifc.dpz.es) \* [http:// ifc.dpz.es](http://ifc.dpz.es)

**Correspondencia:** Institución «Fernando el Católico», Excma. Diputación de Zaragoza, Intercambio de Revistas. Plaza de España, n.º 2. - 50071 Zaragoza (España).

**Rogamos remitan este impreso cumplimentado**

Revista o colección:.....  
ISSN o ISBN ..... Periodicidad: .....  
Materia: ..... Formato: .....  
Entidad: .....  
Dirección: .....  
.....  
CP: ..... Ciudad: ..... País: .....  
Teléfono:..... Fax: .....  
Referencia: ..... E-mail: .....  
Fecha ..... Firma

Fdo.:



**Institución «Fernando el Católico»**  
Excm. Diputación de Zaragoza  
Plaza de España, 2  
50071 Zaragoza (España)



Tels. (34) 976 28 88 78/79  
Fax: (34) 976 28 88 69  
e-mail: ventas@ifc.dpz.es  
http://ifc.dpz.es

### BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A PUBLICACIONES PERIÓDICAS DE LA IFC

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anuario Aragonés de Gobierno Local | <input type="checkbox"/> Ius Fugit                            |
| <input type="checkbox"/> Archivo de Filología Aragonesa     | <input type="checkbox"/> Jerónimo Zurita, Revista de Historia |
| <input type="checkbox"/> Caesaraugusta                      | <input type="checkbox"/> Nassarre                             |
| <input type="checkbox"/> Ciencia Forense                    | <input type="checkbox"/> Palaeohispánica                      |
| <input type="checkbox"/> Emblemata                          | <input type="checkbox"/> Revista de Derecho Civil Aragonés    |

#### DATOS PERSONALES DE ENVÍO

D./Dña./Entidad: .....

NIF/CIF: .....

Domicilio: .....

Código Postal: ..... Ciudad: .....

Provincia/País: ..... Teléfono: .....

E-mail: .....

#### Forma de pago:

Domiciliación bancaria

Tarjeta de crédito

#### *En caso de domiciliación bancaria*

Titular de la cuenta .....

Banco/Caja .....

Agencia .....

Domicilio .....

Población .....

CP ..... Provincia/País .....

Cta./Libreta n.º (20 DÍGITOS)

#### *En caso de tarjeta de crédito*

VISA  Master Card  4B  Tarjeta 6000  Otra.....

Titular de la tarjeta .....

Nº de tarjeta (16 DÍGITOS)

Fecha de caducidad.....

Ruego se sirvan aceptar con cargo a nuestra cuenta corriente/tarjeta de crédito las facturas presentadas por Logi, Organización Editorial, S.L., distribuidor de la revista indicada, a cambio de la entrega domiciliaria de los próximos números que reciba y hasta nueva orden, todo ello con un descuento del 25% sobre precio de venta al público.

Firma:

## CONTENIDOS

### *In memoriam*

---

E. V: *In memoriam de José Luis Romero.*

E. Villanueva Cañadas: *Ejercicio de la Medicina Legal. In memoriam de José Luis Romero.*

### Revisiones

---

L. Concheiro Carro: *Los siete pecados capitales de la Medicina Legal española.*

A. Luna Maldonado: *La enseñanza de la Medicina Legal en España, ¿vamos donde queremos? ¿sabemos lo que queremos?*

C. Hernández Cueto: *Reflexión sobre la situación actual de la Medicina Legal y Forense.*

J. J. Gamero Lucas: *Situación actual de la plantilla del profesorado en el área de Medicina Legal y Forense: una aproximación*

A. Rapún Ara, J. Irigoyen Alba, P. M. Garamendi González, E. Altuzarra Gonzalo: *Presente y futuro de la Medicina Legal y Forense en España.*

M. Vicente Mendoza: *La formación del médico forense y los ILMS. La especialidad de Medicina Legal y Forense: situación actual y proyección de futuro.*

J. M. Montero Juanes: *El futuro de la especialidad de Medicina Legal y Forense.*

### Artículos originales

---

M. Saloña Bordas, J. Moneo Pellitero, B. Díaz Martín: *Fenología de califóridos (Diptera, Calliphoridae) en la Comunidad Autónoma del País Vasco (C.A.P.V.).*

M. I. Núñez-C, T. Arias, C. Rigg, C. Ramos, Matthew J. Miller: *Allele frequency distributions of nine loci STRS in panamanian mestizos.*

M. Castellano Arroyo: *La obtención del consentimiento informado en España: la asistencia urgente como excepción, doctrina del Tribunal Constitucional.*

M. Casado Blanco: *Aspectos éticos y legales de las instrucciones previas.*

### Normas de publicación

---