Osvaldo
Romo
Pizarro

MEDICINA LEGAL
ELEMENTOS DE CIENCIAS FORENSES

Editorial Jurídica de Chile

Copyrighted material

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

© OSVALDO ROMO PIZARRO

© EDITORIAL JURIDICA DE CHILE
Av. Ricardo Lyon 946, Santiago

Inscripción Nº 77.894

Se terminó de reimprimir esta primera edición
en el mes de abril de 2000

IMPRESORES: Salesianos S. A.

IMPRESO EN CHILE/PRINTED IN CHILE

ISBN 956-10-0941-2

Copyrighted material

DEDICATORIA

A la incansable e irreemplazable compañera de tantos años, mi esposa Paulina; a mis queridos hijos Osvaldo, Eduardo y Alfonso, quienes con su apoyo constante y afectuoso, comprensión y paciencia para conmigo en las prolongadas horas de trabajo, hicieron posible que mi modesta obra fuera realidad.

Copyrighted material

PROLOGO

La Medicina Legal como ciencia auxiliar del Derecho, nace en la necesidad de normatizar postulados biológicos que de alguna manera inciden en la persona como sujeto de derechos y obligaciones, y trascienden al grupo social donde se desenvuelve. Cumple dos misiones que son fundamentales en su gestión y que se ejercen: una, en el campo de la aplicación práctica del postulado médico-legal, cuya expresión habitual y ordinaria es el peritaje médico-legal; otra, en el ámbito doctrinario y teórico, que es la encargada del desarrollo y evolución de la norma legal en estas materias. Sus objetivos específicos, independientes del Derecho y de la Biología, como también la metodología y sistemática en el empleo de sus conceptos y postulados, le otorgan especial forma de expresión y singular fisonomía en su génesis y ejercicio. No existe por tanto sojuzgamiento alguno entre las ciencias madres que la generan y estructuran; por el contrario, se encuentra en ella un efectivo principio integrador de sus postulados, que les da fisonomía y vida propias, y los identifica y diferencia de aquellos otros generadores que se aportaron para su creación. En tal carácter, no todo principio biológico científico debe ser forzosamente normado por el derecho; como tampoco el derecho debe preocuparse de todo postulado biológico, especialmente médico. Es por tanto la necesidad de que un principio biológico (médico) sea normatizado por el derecho, lo que genera el postulado médico-legal; su razón última es producir su efecto en el grupo social organizado a través de la norma legal que lo estructura y sanciona, siendo posteriormente aplicado a la comunidad mediante la administración de Justicia en la aplicación de la ley.

El principio de integración, según denominación creada en nuestras clases, generador del postulado médico-legal, le otorga especial fisonomía a esta ciencia, y nos advierte de la indispensable necesidad de diferenciar el área donde se desenvuelve en su práctica y doctrina. Así otras, aún integrando el amplio espectro de las Ciencias Forenses, constituyen diversas especialidades con fisonomía y metodología diferentes, por lo que no deben ser consideradas dentro del cuerpo de esta ciencia. La Medicina Legal cumple —diferente a otras— una verdadera función social en su ejercicio, aportando una efectiva

Copyrighted material

creación en el conocimiento científico que se transfiere al campo del derecho, como función integral creadora de nuevas instituciones y normativas.

La proliferación del acto delictual en los últimos tiempos, de compleja naturaleza y estructura, atentatorio muchas veces de la vida y salud de las personas, lleva necesariamente a señalar la importancia que adquiere en nuestra sociedad el peritaje médico-legal; especialmente expedido en los procesos judiciales como consecuencia de tales ilícitos. Su valor, y por tanto su credibilidad, se fundamenta esencialmente en tres elementos que le dan veracidad y certeza a la gestión pericial cuales son: idoneidad científica en su expedición; objetividad en el desarrollo de la hipótesis de trabajo; y, además, oportunidad en su expedición.

Hemos comprobado con la experiencia, que tales elementos, indispensables en su ocurrencia, adquieren particular fisonomía en su compleja problemática, cuando el perito médico-legal tiene la naturaleza de un organismo funcional que incluso, en algunos casos, tiene organización de servicio público del Estado. En esta situación, no sólo la función específica del perito forense es la que debe otorgar tales garantías; sino que, además, es la organización jurídico-administrativa a que pertenece, la que debe avalar su desempeño pericial, so pena de no responder a los postulados de la ciencia y de las responsabilidades que la ley le ha entregado. La función médico-legal no debe encuadrarse dentro de enfoques exclusivamente administrativos o dogmáticos; ella requiere de totalidad en su gestión, vale decir, no admite porcentualidades de certeza o cumplimiento; el perito debe buscar la verdad científica por todos los medios, a fin de prestar una asesoría cabal y dinámica a quien requiere de sus servicios, sean de valoración jurídica judicial o de servicio a la comunidad, como sucede por ejemplo en el caso de la Ley de Trasplantes de Organos y Tejidos.

En la búsqueda de esa verdad científica, se debe tener presente que la Medicina Legal no es una ciencia exacta; el especialista generalmente se enfrenta en su ejercicio a un heterogéneo y complejo cúmulo de antecedentes que, aunque de naturaleza científica, deberá analizar mediante una metodología casuística impuesta por la particular estructura psicofísica de cada ser humano, y de lo circunstancial de su entorno en cada caso. Por esta razón, el especialista forense no siempre encontrará elementos suficientes que comprueben científicamente los hechos justificatorios de sus conclusiones, aun cuando el requerimiento provenga de la ley. La conclusión pericial idónea sólo será aquella demostrable mediante el análisis científico; por ello la legislación procesal que sistematiza y reglamenta estas materias, no debe ser considerada como imperativa y absoluta en su requerimiento, sino más bien necesaria guía del perito que en lo procedente de cada caso deba observar. La verdad científica será fundamento ineludible de la resolución médico-legal que se expida, como producto de la observación y experimentación del hecho en análisis; ante la falta de elementos o medios para la consecución de dicho objetivo, el especialista forense, sin perjuicio de manifestar las operaciones de su peritaje, consignará el déficit de elementos que tuvo para poder comprobar científicamente sus conclusiones. Debemos recordar con el insigne C. Simonin que: "la Medicina Legal no se improvisa".

Copyrighted material

Al tratar de forzar esta metodología de trabajo, se podrá inducir a engaño al requirente, desbordando el principio de integralidad de la ciencia que obliga, en cada caso, a la elaboración de una conclusión totalizadora, acorde y consecuente con las operaciones científicas que la fundamentan y estructuran. De no procederse de esta manera, se opinará sesgada o parcialmente, aun cuando pueda existir razón científica en conclusiones parciales.

El informe médico-legal es síntesis final de ese análisis científico, consecuencia a su vez del requerimiento; manifestar por tanto conclusiones parciales en el marco del requerimiento global, es faltar a dicho principio protector del postulado médico-legal que, en esta forma, se ve burlado.

Finalmente, después de aproximadamente treinta años desde que inicié la docencia en el Ramo de Medicina Legal, en la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, como Ayudante de la Cátedra del profesor Angel Fernández Villamayor, y desempeñándome como Profesor del Ramo desde 1973, creo poder señalar con fundamento la necesidad manifiesta de esta ciencia en el ámbito docente de las aulas universitarias. He comprobado que estos conocimientos no sólo son requeridos en el ejercicio profesional del abogado, sino también y especialmente, en el del médico; así también, en el campo profesional de otros especialistas que los buscan como complemento de sus disciplinas.

Este requerimiento que advertimos más profundo e insistente sobre estas materias, rebasa el conocimiento entregado por las universidades, siendo el resultado de nuevas y complejas tecnologías que sin consulta previa, han invadido campos del derecho que aún no está preparado para este enfrentamiento y su solución. No es por tanto una enseñanza jibarizada de esta disciplina en las aulas, la que dará solución al problema; por su importancia y vinculación con las diversas áreas del quehacer jurídico, por su extraordinaria y actual relación con el Derecho Médico, la Medicina Legal debe ser enseñada respondiendo a esa indispensable necesidad de su conocimiento, dentro del marco de dignidad, idoneidad y espacio docente que den efectiva oportunidad al profesor para transferir dicho conocimiento, utilizado en el quehacer del letrado, del médico y del especialista forense. Se requiere entonces que la Medicina Legal retorne al aula universitaria como disciplina anual obligatoria, con desarrollo de un programa idóneo y de justa medida docente, que pueda captar el avance indescriptible de esta ciencia, donde radica precisamente su riqueza conceptual. Es allí donde demuestra que ella trasciende del juicio práctico del caso específico. Es necesario, entonces, llegar al origen y causa del fenómeno biológico, para así poder canalizar en el postulado normático-jurídico sus consecuencias; de esta manera se estructura la norma legal que regla el principio científico impuesto al grupo social.

Termino estas palabras recordando la memorable frase contenida en el Oficio Nº 42 del Centro de Estudiantes de Medicina de 25 de agosto de 1915, dirigido al señor Ministro de Justicia e Instrucción Pública de la época, donde "lo felicitaba por la patriótica valentía de pasar sobre los mezquinos intereses que se oponían al mejoramiento de la Medicina Legal"; ojalá no sea el único en recordarlo.

EL AUTOR

Copyrighted material

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION A LA MEDICINA LEGAL

Copyrighted material

CAPITULO PRIMERO

LA BIOLOGIA Y EL DERECHO. SU INTEGRACION Y FINES EN EL POSTULADO MEDICO-LEGAL

I. GENERALIDADES

La Biología ha sido definida como aquella ciencia que "estudia todos los fenómenos característicos de los organismos vivos": esto es, de los seres vivientes que se desarrollan en el amplio contexto donde se desenvuelven el hombre, los animales y el mundo vegetal. La Medicina humana, como parte de la Biología, no sólo persigue su objetivo primordial de prevenir, dar y sanar la salud del hombre; sino que, además, ha ingresado a otros campos denominados médico-sociales, por cuanto su objeto trasciende al hombre individualmente considerado, para desenvolverse en el contexto social. No obstante, los conocimientos biológicos humanos pueden también servir y ser útiles a quienes estructuran las leyes (legisladores), las administran (autoridades) o bien las aplican (jueces), a fin de proporcionarles elementos científicos en que se fundamenten sus decisiones y pueden ayudar a su interpretación y aplicación, en una rica y constante relación con el Derecho. En esta forma, ya no sólo encontramos una aplicación de ciertos principios biológicos en forma específica o estricta; agregamos a nuestro quehacer la aplicación de cierta norma jurídica que, estructurada en base a ellos, los utiliza con un objetivo social de aplicación uniforme respecto de la comunidad, como verdad científica de interés jurídico que la sociedad comparte.

Sabemos, por otra parte, que una de las tantas definiciones del Derecho lo señala como "un conjunto de principios, preceptos y reglas a que están sometidas las relaciones humanas en toda sociedad civil, y a cuya observancia pueden ser compelidos los individuos por la fuerza"; por consiguiente, es el Derecho, considerado como norma jurídica obligatoria, el que debe determinar convenientemente sobre algunos aspectos del ser humano, que si bien naturales en su génesis y desarrollo, deben enmarcarse jurídicamente, porque de no hacerlo, podrían dañar gravemente el objetivo primordial del Derecho, cual es la Justicia. Difícilmente tendrían resolución estos problemas sin la colaboración consecuente de la ciencia jurídica. Esta estrecha e íntima correlación entre Biología y Derecho, conjunta y complementariamente con otras ciencias forenses (como

Copyrighted material

las físicas y químicas), preocupadas de otros aspectos técnicos en estas materias, procede y crea una disciplina que, integrándolas a todas ellas, constituye —en un contexto con contenido propio y nuevos conceptos— nuevos principios y postulados diferentes a los sustentados por sus generadores.

Esta nueva disciplina, forjada según la necesidad social de sus normas, no podría subordinar su existencia y generación de postulados —científicos y normativos— sin grave deterioro del grupo social, cuya necesidad inmediata ha estructurado el precepto médico-legal que requiere para su ordenamiento civil o penal. Con la agudeza de su espíritu científico, el gran maestro en estas materias, J.A. Gisbert Calabuig, nos enseña que dos son los elementos que demuestran esta fina trama biológico-jurídica en que se desarrolla y desenvuelve la Medicina Legal:

"1. La necesidad de conocimientos clínicos y biológicos para resolver ciertos problemas jurídicos que de otra manera quedarían insolubles.

2. La función doctrinal que la medicina aporta al proporcionar conocimientos de naturaleza biológica y médica al continuo desenvolverse y perfeccionarse del derecho codificado". [1]

Existe la necesidad de diferenciar las áreas donde esta ciencia se desarrolla en su práctica y doctrina; en un aspecto, en la función social de su actividad; en otro, en la transferencia del conocimiento científico, con el objeto de forjar el futuro precepto médico-legal que fundamenta un principio biológico.

En esa real problemática de la gestión médico-legal se involucran directamente su génesis y efectos a la comunidad, a través de la elaboración de su norma y de su aplicación consiguiente, especialmente mediante la administración de justicia.

No deben considerarse por tanto, en su estudio, dos puntos de vista diversos e independientes en la ciencia: uno médico y otro jurídico; por el contrario, debe ella estructurarse con una eficiente integración de los principios que aplica cada una de las ciencias madres que involucra su gestión y, específicamente, el precepto médico-legal que genera. No deben confundirse sus funciones llamadas a cumplir sus objetivos en un doble carácter: doctrinario o teórico y de aplicación o práctico, con una supuesta dicotomía de conceptos producto de aquellas ciencias; lo que se traduciría en una simple sumatoria de éstos, dentro de la conclusión médico-legal. No es así. Cuando el especialista forense utiliza, por ej., un principio médico-biológico para el desempeño de su cometido, no persigue objetivos de salud o terapéuticos, sino que su análisis, conforme a normas científicas preestablecidas, está destinado a señalar las consecuencias que pueda tener en un marco jurídico establecido; su finalidad es otra: es la organización de la comunidad en lo jurídico. Siempre encontraremos que dicho análisis tendrá como objetivo una finalidad jurídica, a la cual están encaminadas sus investigaciones científicas, que lo integran en su producción y expedición.

Finalmente y a este respecto, es preciso recordar aquel antiguo Oficio Nº 42

[1] J.A. Gisbert Calabuig: *Medicina Legal y Toxicología*, pág. 3.

Copyrighted material

del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile, que fuera enviado el 25 de agosto de 1915 al Ministerio de Justicia e Instrucción Pública de la época; en él ya se aprecia claramente la labor que debía cumplir en el futuro la Medicina Legal en nuestra sociedad, cuando textualmente expresaba: "era el secundar científicamente i por tanto poderosamente a la Administración de Justicia". Esta expresión, hoy plenamente válida, debe ser considerada para entender los postulados de esta ciencia y los principios que la rigen, so pena de desnaturalizarla o hacerla inconducente a sus objetivos prácticos y doctrinarios.

2. CONCEPTO DE CIENCIA

Para el filósofo alemán Kant, "ciencia es toda doctrina que sea un sistema de conocimientos ordenados según sus principios". Para otros autores, se entiende por ciencia "el esfuerzo que se realiza para conocer las cosas por sus causas y principios". Para el contemporáneo Ortega y Gasset, "la ciencia es un ideal"; ella se encuentra en continua revisión por el quehacer dinámico que su naturaleza genera e impulsa. Atendidas las opiniones de estos ilustres autores que coinciden con las de otros filósofos y científicos, podríamos decir que el conocimiento para tener calidad de ciencia requiere de un contenido específico, de una sistematización orgánica de conceptos y de una metodología propia. Es menester contar con un principio organizador que estructure y sistematice el conjunto de procedimientos encaminados a la obtención de estos objetivos; así estaremos ante un conocimiento que da estructura a una ciencia.

3. REQUISITOS DEL SABER CIENTIFICO

El conocimiento —relación entre sujeto y objeto—, podríamos decir en general —figurativamente— que es el resultado del intelecto más la experiencia de un individuo. No todo conocimiento es saber científico. El saber científico es el saber jerarquizado y ordenado según sus principios, que cuenta, además, con los siguientes elementos:

a) Una causa factible de desentrañar;

b) Universalidad de sus postulados (generalmente consentidos o aceptados);

c) Objetividad, que necesariamente debe responder a la realidad de los hechos;

d) Un sistema —metódico— en su ejercicio y desarrollo, y

e) Debe ser orgánico, es decir, estos conocimientos deben estar vinculados entre sí.

4. CLASIFICACION DE LAS CIENCIAS

Existen numerosas clasificaciones para las ciencias; una de ellas las distingue en abstractas (matemáticas), abstracto-concretas (mecánicas) y concretas (Bio-

Copyrighted material

logía); otra las distingue en ciencias del ser (preferentemente ciencias naturales) y ciencias del deber ser (entre las preferentes, el Derecho). De esta manera podríamos afirmar, desde luego, que esta ciencia que denominamos Medicina Legal, al cumplir con tales requisitos queda encuadrada en el ámbito de las ciencias naturales —del ser—, cuya metodología, fundada en el saber científico, tiene como base esencial la experiencia, y cuyo respaldo se encuentra en los descubrimientos y técnicas utilizadas por la Biología y el Derecho.

Chossier, citado por Etienne Martin,[2] decía: "Tenemos que saber limitarnos y no proponernos extender la ciencia más allá de sus verdaderos límites". Se ha querido recordar esta autorizada opinión a fin de analizar brevemente los variados campos que en la actualidad abarca esta ciencia, lo que no es óbice para ver su realidad y determinar con precisión sus límites.

5. CIENCIA BIOLOGICA Y CIENCIA DEL DERECHO, PARTES COMPONENTES DE LA MEDICINA LEGAL

La Medicina Legal se nutre esencialmente de dos ciencias madres, cuales son: la Biología y el Derecho; es necesario por tanto investigar sus causas y principios a fin de observar si concurren en ella estos elementos que otorgan calidad de ciencia al saber humano. Deberá determinarse si este saber es jerarquizado y está ordenado según los principios señalados; esto es, si tiene una causa desentrañable, existe universalidad en sus postulados, cuenta con óptima objetividad y con una metodología propia para su desarrollo orgánico.

Si se toma en cuenta que la Biología, en la opinión del Prof. Samuel Gajardo, "es la ciencia que estudia los fenómenos característicos de los seres vivientes, esto es, del hombre, los animales y los vegetales" (biología animal, vegetal y humana), y por otra parte entendemos el Derecho como "el conjunto de normas y decisiones impuestas por el poder social para organizar las instituciones y regir las relaciones humanas en orden al Bien Común (J. Hübner G.), observamos que la Medicina Legal destaca con rasgos propios y definidos, individualizadores, que la distinguen de dichas ciencias madres. Esta ciencia, que bien podremos señalar como auxiliar del Derecho, nos muestra "una naturaleza eminentemente aplicativa, completada de forma armónica con una manifestación teórica y doctrinaria".[3] La Medicina Legal nace entonces en esta dualidad de conocimientos; por una parte, con un pensamiento en algunos casos que es indeciso y perplejo, tras la incógnita esencial de la vida del hombre; por otra parte, con el aporte de un pensamiento que es preciso y conciso, que se encuadra en el texto de una norma. La ciencia se preocupa del hombre como entidad psicofísica que se ubica dentro del marco de adaptación al medio social donde vive, se desenvuelve y desarrolla. Debe destacarse en su composición de ciencia, su postulado, el que se basa, a su vez, en el principio científico-biológico encuadrado en una norma cuyo resultado y proyección

---

[2] Etienne Martin: *Manual de Medicina Legal*, pág. 31.
[3] J.A. Gisbert Calabuig: Ob. cit., pág. 4.

Copyrighted material

es útil al Derecho. El conjunto de conocimientos científicos que integran el postulado, ya sea de orden biológico, físico o químico, tiene su significación en el Derecho, cuando sirve para establecer y aplicar estas normas jurídicas, sean ellas civiles, penales, laborales, etc.

Esta doble fuente en la cual se nutre el conocimiento médico-legal, produce también una dinámica constante basada en los descubrimientos científicos y técnicos de especialización de cada ciencia, y en el cambio o modificación del concepto jurídico derivado de la problemática social que lo requiere y necesita. De esto puede deducirse claramente su especial fisonomía y naturaleza, que si bien requiere y se alimenta de preceptos y principios de sus ciencias generadoras, los integra —con su sistemática— en una norma diferente médico-legal que persigue objetivos diversos y que tiene también contenidos diferentes. En la Antigüedad en Roma, según veremos, se exigió la exposición de los cadáveres no con una intención necrofílica o simplemente de enseñanza, sino que se la ordenó a fin de detectar —en ellos— pruebas que pudieran indicar la ejecución de actos o existencia de hechos que significaran el homicidio de esa persona. Entonces, los principios biológicos sobre signos negativos de vida y fenómenos cadavéricos fueron aplicados en este caso a fin de poder determinar: causa de muerte, su cronología, e, incluso, mecanismo de acción que la produjo. Todo esto, tratando de acopiar una prueba de certeza científica que determinara en lo posible al responsable de aquélla.

La Medicina Legal, en conclusión, no es una mera sumatoria de conceptos y normas biológicas y jurídicas; por el contrario, es una identidad diferente tanto en la estructura de sus preceptos cuanto en la aplicación y metodología de los mismos. Como corolario de las dos misiones que cumple, aplicativa-práctica y doctrinaria-teórica, podemos afirmar que no todo postulado biológico puede y debe ser normado por el Derecho; como así tampoco el Derecho debe preocuparse de todo postulado biológico-médico.

La preocupación de la ciencia en su función teórica es la elaboración de la norma médico-legal fundamentada en una verdad científica de orden biológico, que será aplicada a la comunidad mediante la función práctica del peritaje médico-legal.

De esta manera, debemos señalar los elementos que la integran como normas científico-biológicas y normas jurídicas.

La necesidad de la ciencia médico-legal trasciende del simple estudio del hombre como unidad psicofísica. En cuanto a sus ciencias generadoras, debe tenerse en consideración el notorio avance de la Medicina; asimismo, los adelantos en la Física y la Química, con el inevitable progreso representado por nuevos descubrimientos que a ellas atañen. En cuanto al Derecho, especial consideración cabe tener respecto de su transformación en las diversas áreas que abarca, por la evolución constante de la norma jurídica. En la aplicación del precepto médico-legal se desea establecer la verdad científica en la estructura de la ley. Así también, los procedimientos probatorios basados en nuevas tecnologías aplicables en estos casos, implican necesariamente un avance de la ciencia y un progreso en la expedición de sus peritajes y aplicación de los mismos a la comunidad.

Copyrighted material

Esta permanente actividad renovadora en lo conceptual de la ciencia médico-legal, le otorga esta especial fisonomía que trasciende de la gestión programática y contestataria del peritaje médico-legal; radica principalmente su fuerza impulsora en los constantes nuevos descubrimientos científicos de la Biología y otras ciencias afines, como asimismo en los nuevos procedimientos tecnológicos que ayudan a la vida en su evolución y al bienestar físico y psíquico del ser humano; a su vez, forzosamente, todo ello origina la creación de nuevas normativas en la ciencia del Derecho. Se genera así una constante renovación que hace evolucionar los antiguos principios y conceptos, los que, en la integración con nuevos conocimientos afines, resultan en una identidad diversa, estructural y metodológicamente considerada, que es precisamente la que identifica y da su propia fisonomía a la Medicina Legal.

6. INTEGRACION DE ESTAS CIENCIAS EN EL POSTULADO MEDICO-LEGAL. IMPORTANCIA DE LA MEDICINA LEGAL

Así tenemos que la importancia de esta ciencia radica en que diversos aspectos propios del ser humano de base biológica —algunas veces acompañados por otros elementos— se generan o alteran en ciertas circunstancias, produciendo consecuencias que atañen al Derecho, considerado éste como norma rectora que señala deberes, derechos y obligaciones a los hombres que viven en sociedad. Es precisamente la Medicina Legal la que vincula dicho estado biológico de la persona al ámbito de lo normativo-jurídico que lo rige y obliga. Para algunos autores, su importancia también radica en la especial naturaleza de su actuación, que desborda el interés individual y particular de la Medicina privada, para irradiarse al orden social. Por la responsabilidad de su ejercicio, desde el punto de vista de la función médico-forense de obligación moral y jurídica y de cumplimiento de deberes y obligaciones; por su obligatoriedad, dada la imposición por el ministerio de la ley de esta función, y por la categoría científica que detecta, la que involucra técnicas y métodos propios destinados a la comprobación o negación del hecho consultado. Se podría concluir que en estos casos existe rigurosidad científica y crítica, con selección y construcción según postulados precisos, con conclusiones que tienen trascendencia muchas veces en lo económico-social, atendido que estos antecedentes tienen base histórica y preexistencia de los hechos.

Podríamos sintetizar, entonces, que su importancia radica en la necesidad de su función, que trasciende a la comunidad como función pública (servicio público), indispensable a la administración de justicia. Por otra parte, en la obligatoriedad de ejecución del precepto médico-legal, como elemento probatorio del proceso; incluso en los casos de gestión facultativa, aunque ordenada por el juez. También en su categoría científica, en lo que respecta a principios y procedimientos encuadrados dentro de una metodología específica generalmente aceptada; esto da fe y otorga valor de verdad objetiva a la conclusión que se expide en el informe pericial respectivo. La tradición de su existencia como ciencia le da solidez a la estructura de sus postulados, configurando una presencia histórica.

Copyrighted material

A la responsabilidad material del especialista, que reviste la forma de obligación legal (contenida en la ley) y obligación científica (ejecución de acuerdo a postulados científicos), se agrega una "responsabilidad moral" en su misión aplicativa y práctica (peritaje), donde el especialista conoce la trascendencia de su misión, que muchas veces servirá de fundamento a la decisión del juez, afectando la vida, honra y bienes de las personas. No es por tanto difícil apreciar la trascendencia que tiene esta ciencia respecto del medio donde sus postulados se aplican; ella, en consecuencia, podrá aceptar planos económicos o sociales, pero, indudablemente, será más trascendente en el procedimiento judicial.

La Medicina Legal no tiene como fin preservar o restablecer la salud; así tampoco su gestión es absolutamente legalista. De ahí la disconformidad sobre el nombre de Medicina Legal que tiene casi universalmente la ciencia, ofreciendo en su reemplazo la denominación de "Antropología Jurídica", que está más de acuerdo —según piensan los críticos— con los objetivos que persigue: el estudio del hombre (pedagógico, cultural o criminalmente considerado) en cuanto es "sujeto de derechos y obligaciones". Para otros es simplemente una rama del Derecho, donde el precepto jurídico requiere y cumple con una adecuación relativa a la realidad del ser humano, buscando a su respecto la certeza científica en los particulares elementos de su naturaleza. Lo expuesto debe obtenerse previa calificación de circunstancias reales y verdades científicas, de tal forma que la ley así estructurada sea acertada y eficaz en su aplicación. Por tales motivos, la Medicina Legal es importante tanto para el legislador que crea la ley, como para el juez y abogado que deben aplicarla en sus respectivas competencias y situaciones. También es importante para el perito forense. Ya lo decía N. Rojas al referirse al perito médico, cuando señalaba que debía reunir "conocimientos científicos de su materia y lógica serena" en su gestión, agregando: "De ahí que la práctica de nombrar perito a cualquier médico, sea en todo sentido mala y privada de garantías para el acusado, el querellante y la sociedad".[4]

[4] N. Rojas: *Medicina Legal*, pág. 26.

Copyrighted material

CAPITULO SEGUNDO

LA CIENCIA MEDICO-LEGAL. CONCEPTO Y DEFINICION. SUS OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS

1. CONCEPTO Y DEFINICION DE LA CIENCIA MEDICO-LEGAL

En las primeras etapas de su evolución la Medicina Legal ha recibido diversas denominaciones antes de llegar a la ya citada; así tenemos que antiguamente se la llamó: Medicina legalis seu Forensis (A. Paré, 1575); Queaestiones medico-legalis (Zacchias, 1620); Jurisprudencia médica (Albertis, 1725); Medicina Legal Judicial (Brunelle, 1807); etc. Prevaleció más tarde la denominación de Medicina Legal, en los países europeos de ancestro latino, como en España, Francia e Italia; y el de Jurisprudencia o Medicina Forense, en los países de origen sajón, como en el caso de Inglaterra y Alemania, donde incluso el nombre empleado de Gerichtliche Medizin tiene ambas acepciones. Entre los autores modernos, encontramos nuevos nombres, como el de Medicina Legal Judicial (Simonin, 1947); Medicina Legal y Toxicología (J. A. Gisbert, 1967). Finalmente, en nuestro medio se ha utilizado preferentemente la denominación de Medicina Legal y de Antropología Jurídica.

Por otra parte, también son innumerables las definiciones dadas para esta ciencia; entre ellas, podemos citar algunas que son de mayor aceptación en la doctrina; así la que define la ciencia como: "arte de aplicar los conocimientos y los preceptos de los diversos ramos principales y accesorios de la Medicina a la composición de las leyes y a las diversas cuestiones de derecho para iluminarla e interpretarla convenientemente" (Fodere); "la Medicina y las ciencias accesorias consideradas en sus relaciones con el Derecho Civil, Criminal y Administrativo" (Briand y Chaudé); "ciencia del médico aplicada a los fines de la ciencia del derecho" (Buchner); "aplicación de los conocimientos médicos a las cuestiones que conciernen a los derechos y deberes de los hombres reunidos en sociedad" (Tourdes); "arte de periciar los hechos de las ciencias médicas para auxiliar la legislación y la administración de justicia" (Casper); "aplicación de las ciencias médicas al estudio y a la solución de todas las cuestiones que pueden presentarse en la institución de las leyes y la acción de la justicia" (Legrand du Saulle); entre otras muchas otras.

Para tratadistas contemporáneos como N. Rojas, "Medicina Legal es la

Copyrighted material

ciencia que sirve de unión a la Medicina y al Derecho y que aplica recíprocamente entre ellas sus conocimientos específicos, esto es, los conocimientos médicos y jurídicos". Para J.A. Gisbert Calabuig, es "el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el Derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución"; en fin, para Ponsold, es "una disciplina que laborando sobre los resultados de las investigaciones fundamentales, extrae de ellos los materiales de útil aplicación a sus objetivos específicos que se perfilan en la práctica del médico forense".

Finalmente, para J. A. Fisler, es "la ciencia que tiene por objeto el estudio de las cuestiones que se presentan en el ejercicio profesional del jurista y cuya reproducción se funda total o parcialmente en ciertos conocimientos médicos o biológicos previos".

En estas definiciones se aprecia la concurrencia de dos elementos que son constantes: el conocimiento científico-biológico, sus postulados y condicionamientos; y su aplicación en la creación de la norma jurídica que vendrá a regir una institución de derecho a la cual está destinada. Ejemplo de ello lo encontramos en la certeza científica del plazo de preñez o embarazo de la mujer (principio biológico), que se estructura en la norma del art. 74 del Código Civil a fin de proteger jurídicamente la "existencia natural" de la persona, que se inicia con "la concepción" (fecundación).

Podríamos entonces afirmar que la Medicina Legal es una ciencia, auxiliar del Derecho, que nace de la necesidad de normatizar postulados biológicos que de alguna manera inciden o afectan a la persona y al grupo social en que se desenvuelve. Pudiendo concluir que la Medicina Legal es un conjunto de conocimientos médicos y biológicos, necesarios para la resolución de problemas que plantea el Derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución.

2. GESTION DE LA MEDICINA LEGAL: APLICATIVA Y PRACTICA, TEORICA Y DOCTRINAL

Es necesario —según vimos— distinguir dos misiones fundamentales de la ciencia médico-legal: una de ellas, destinada a la aplicación de sus principios y postulados, que en su expresión habitual y ordinaria la reconocemos en el "peritaje médico-legal"; otra misión, de contenido doctrinario y eminentemente teórica, es la encargada de la creación y estructura de la ley y de la evolución del Derecho en estas materias. Su razón de ser, según dijimos, radica en la necesidad de que un principio biológico específico sea normado a fin de que produzca sus efectos jurídicos en el grupo social. Al decir de C. Simonin, "la Medicina Legal no se improvisa";[5] es imprescindible diferenciar sus áreas de gestión, donde se desarrolla en su aplicación práctica y en la elaboración de su

[5] C. Simonin: *Medicina Legal Judicial*, pág. 29.

Copyrighted material

doctrina. En la primera, cumple una verdadera función social; en la segunda, procura una transferencia del conocimiento científico-biológico a la norma jurídica que lo integra.

En base a lo señalado y siguiendo la opinión del insigne profesor de Medicina Legal, Dr. Tomás Tobar Pinochet, maestro de innumerables generaciones de especialistas en el ramo, podríamos definir la Medicina Legal como "la ciencia que estudia los principios, causas y elementos biológicos, físicos y químicos, por los que se rige, evoluciona y muere el ser humano, en cuanto le sirven para la elaboración y aplicación de la norma, que con trascendencia en el ámbito jurídico, rige al grupo social". (Tobar-Romo)

Se desprende así de este análisis la evidente calidad de ciencia auxiliar del Derecho que tiene la Medicina Legal, insustituible en el ejercicio de sus postulados para tales fines, lo que hizo afirmar que "sin la cual, no se concibe una recta administración de justicia". Debe agregarse que su objeto de análisis es el hombre considerado como unidad integral psicofísica, y todo aquello que pudiere alterar, modificar o impedir su normal y correcto desempeño en su persona y vida de relación. Este objetivo de la ciencia nos recuerda su base esencialmente médica, aunque su hipótesis de trabajo —en su aplicación— siempre estará destinada a obtener una conclusión de naturaleza jurídica.

3. IMPORTANCIA ANTE LA COMUNIDAD ORGANIZADA, COMO CIENCIA AUXILIAR DEL DERECHO

Es necesario distinguir esta ciencia auxiliar del Derecho, de otras que también conforman el área total de las Ciencias Forenses, como ocurre, por ej., con la Criminología, Química y Física Forenses; en fin, con tecnologías como las relativas al estudio de la escena del crimen, especificaciones balísticas y otras que guardan íntima relación con ella. Si bien todas son necesarias a la investigación en estas materias, cumplen un rol complementario al de la Medicina Legal cuando se trata de obtener el fin específico que, de categoría científica, se persigue para resolver el problema de orden jurídico planteado. En estos casos, es la Medicina Legal la rectora —en su ejercicio a través de sus agentes—, que señalará la naturaleza y responsabilidad de los hechos investigados.

4. SUS CLASIFICACIONES

Conocida es la clasificación tradicional de esta ciencia recogida por C. Simonin,[6] que la divide en los grandes campos de la Medicina Legal Judicial, la Medicina Legal Social y la Medicina Legal Profesional. La primera, considerada como asesora en la administración de la justicia, no sólo abarcaría las subespecialidades propias de la ciencia, como son la tanatología, la odontología

[6] C. Simonin: *ob. cit*, pág. 5.

Copyrighted material

forense, la psiquiatría forense, etc., sino que, además, abarcaría elementos de criminología, criminalística, dactiloscopia, y otras técnicas. La segunda señalada, obviamente, comprendería aquellas materias propias de la salud pública, previsional, social y todas aquellas otras relativas al aspecto laboral y previsional del hombre. Finalmente, en la tercera de las nombradas debieran incluirse todas aquellas materias que dicen relación con el ejercicio profesional del médico y otros profesionales de la salud, según se les denomina. En consecuencia, trataría de la Deontología Médica, la responsabilidad de estos profesionales, su situación especial ante la norma jurídica; en fin, todo lo que hoy se involucra bajo la denominación de "Derecho Médico".

Sin perjuicio de lo expuesto, atendidas la profusa relación e interdependencia que la ciencia tiene con otras ciencias puras, su naturaleza ha llevado a los autores contemporáneos a un sinnúmero de clasificaciones según sea el enfoque que se le dé a la misma. Así tenemos que atendiendo a su substrato biológico, podrían clasificarse sus contenidos, según Gisbert Calabuig,[7] en las siguientes áreas:

Derecho Médico: disposiciones que regulan el ejercicio profesional (del médico);

Criminalística: técnicas usadas en investigaciones criminales;

Tanatología: estudio del cadáver y sus fenómenos evolutivos (de restos biológicos humanos);

Traumatología Forense: estudio médico-legal de los traumatismos (asfixias-mecánicas);

Sexología Forense: sobre instinto de la generación (delitos con conducta sexual);

Infanticidio: sobre el recién nacido y su muerte violenta;

Psiquiatría Forense: sobre el enfermo mental y su relación con la ley;

Toxicología Forense: sobre el envenenamiento, su causa y su intención criminal (bioquímica).

Desde el punto de vista exclusivo del Derecho —atendida su relación específica—, se podría afirmar la existencia de una Medicina Legal Penal, Civil, Laboral, Canónica e incluso, en las futuras legislaciones, se creará una Medicina Legal Comercial, que podría resultar como consecuencia, por ej., de contratos como el de arrendamiento de "úteros mercenarios", o la transferencia de gametos o embriones ajenos. (De hecho esto ocurre en la práctica).

Para E.F.P. Bonnet,[8] profesor de la Universidad de Buenos Aires, la Medicina Legal se clasifica, según su aplicación práctica y doctrinaria, en: Deontología y Etica Médica, Pericia Médico-Legal, Jurisprudencia Médica, Agono-

[7] J.A. Gisbert Calabuig: *ob. cit.*, pág. 7.
[8] E.F.P. Bonnet: *Lecciones de Medicina Legal*, pág. 2.

Copyrighted material

logía y Tanatología, Homicidio, Suicidio, Lesiones, Medicina Laboral, de Seguros y del Deporte, Criminalística (policial y médico-legal); Sexología Médico-Legal; Topoginecología Médico-Legal; Asfixiología Médico-Legal; Psicopatología, y Psiquiatría Forense, y, finalmente, agrega este autor la Criminología. La Medicina Legal, al parecer, concentra todo; esto no es así.

En nuestra opinión y siguiendo a Chossier, compartimos la idea de quienes piensan que la Medicina Legal forma parte del gran universo de las llamadas Ciencias Forenses. Ellas se nutren de estos diversos conocimientos, empero forman sus propias identidades. No es suficiente para comprender dichas ciencias conocer una parte alícuota de ellas. Así tampoco podríamos conocer las ciencias forenses a través sólo de la Medicina Legal. Esta última utiliza los conocimientos y postulados de las ciencias forenses, pero en propio beneficio de sus objetivos. La metodología propia de la Medicina Legal aplica dichos postulados en consecución de otros fines, en ejercicio de una ordenada labor interdisciplinaria, que producirá en definitiva un postulado médico-legal diferente al de cada una de las ciencias forenses que se utilizaron para producirlo.

En esta forma opera la ciencia creando sus propias funciones: tanatológica, psiquiátrica, traumatológica, odontológica y, en general, de laboratorios en sus diversos aspectos; especialmente toxicológico, de alcoholemia, bioquímico e histopatológico. De ahí también que consideremos a la ciencia independiente de la Química, Física, Criminología u otras técnicas especializadas, y aun cuando es irredargüible que ella utiliza dichos principios y postulados para crear su propia norma científica. Así funciona la Medicina Legal como ciencia; podemos afirmar que si bien pueden manifestarse sus normas en diversas especialidades del conocimiento, no pierde por ello su propia individualidad y fisonomía. Podríamos por tanto clasificarla en relación a la temática que abarca dentro del quehacer de una sociedad; o de acuerdo a la obtención de objetivos, aunque sean de diversa naturaleza; o bien, finalmente, según el conocimiento de especialidad que emplea en el ejercicio práctico de sus normas. Sin embargo, su compleja naturaleza sui géneris, de asociación integrada de principios y normas científico-jurídicas —pensamos—, impide o dificulta la certeza de una clasificación definitiva de la ciencia. Por tal motivo, nos parece más recomendable acceder a una clasificación didáctica que diga relación con las áreas que la ciencia va ocupando; así podremos hoy día hablar de una Medicina Legal de tránsito, de una Medicina Legal de los trasplantes, de una Medicina Legal preocupada de la fecundación artificial del ser humano, y entre otros, de los muchos campos que hoy le preocupan (Psiquiatría, Odontología, Tanatología, etc.)

Copyrighted material

CAPITULO TERCERO

APLICACION PRIMITIVA DE SUS POSTULADOS. PERIODOS HISTORICOS EN SU EVOLUCION

1. APARICION DEL CONCEPTO "MEDICO-LEGAL" EN LA ANTIGÜEDAD

Si bien la Medicina Legal no fue conocida en la Antigüedad como ciencia, en el sentido moderno de su denominación, en todo caso, desde tiempos remotos —varios milenios a. J.C.— fueron requeridos los médicos o aquellos que oficiaban de tales, para otorgar su opinión en cuestiones de esta naturaleza ya sea en procesos o simples gestiones que decían relación con normas de sanidad o de administración de justicia.

Variados antecedentes que obran en documentos de estas épocas nos indican que también los médicos comparecieron como testigos en estos casos, como por ej. ocurría ante el Jurado ateniense "para declarar que una persona estaba enferma", según Demóstenes (citado por A. Ponsold).[9] En otro caso, un documento egipcio del año 130 d. J.C., nos relata que un médico de la ciudad de Karwain fue llamado por el estratega, para "determinar las lesiones de un hombre que había sido atacado".

No obstante esta verdadera prehistoria de la medicina Legal, la ciencia sólo adopta su fisonomía propia a partir del siglo XVI, donde sus objetivos quedan delineados, siendo publicadas a posteriori las primeras obras que tratan de conocimientos médico-legales en forma sistematizada y específica.

[9] A. Ponsold: *Manual de Medicina Legal*, pág. 28.

Copyrighted material

2. SUS PRECURSORES, LOS GRANDES LIBROS RELIGIOSOS. CUATRO PERIODOS EN SU DESARROLLO HISTORICO: 1ER. PERIODO: LOS GRANDES LIBROS RELIGIOSOS; 2º PERIODO: GRECIA Y ROMA; 3ER. PERIODO: LA ILUSTRACION, Y 4º PERIODO: LA EPOCA CONTEMPORANEA. CREACION DE LAS PRIMERAS CATEDRAS DE MEDICINA LEGAL. OTRAS INSTITUCIONES FUNDADORAS DE LA CIENCIA

Con el objeto de hacer más didáctico este conocimiento, se ha preferido distinguir en su evolución y desarrollo histórico cuatro grandes períodos: un primer período, llamado de los Grandes Libros Sagrados; un segundo período, denominado de Grecia y Roma; un tercer período, que abarca gran parte de la Edad Media y la Ilustración; finalmente un cuarto período contemporáneo, que se extiende hasta nuestra época.

El primer período, denominado de los Grandes Libros Sagrados, esto es, de aquellas obras de diversos autores que contienen normas preferentemente de carácter religioso, ético, moral y sanitario y que son resultado de una u otra forma, del nivel sociocultural de la época en que fueron escritas. Es el período en que se aplica inicialmente la ley del talión: "ojo por ojo, diente por diente"; así también, en ellos, sólo queda reflejada la importancia de la familia como núcleo primigenio de esas sociedades de base esencialmente rural, que está compuesta muchas veces por tribus nómades. De esta manera se protege y se investiga con especial consideración la virginidad; las enfermedades venéreas o "impurezas" (según el Levítico de Moisés); el período menstrual de la mujer debido a la infertilidad que en él existe, lo que es denominado como "impureza" (ídem); el período de gestación y el parto; así como también se tratan algunos delitos que dicen relación o que afectan el orden de las familias, como ocurre con la violación, el estupro y el incesto. Estas materias ya son tratadas en el Código de Hammurabi (Imperio persa) y en la Biblia (Levítico), donde se busca incluso comprobar la virginidad de una mujer en relación a la ejecución en ella del delito de violación o estupro. También consignan, en otros casos, la prohibición del acceso carnal de una mujer que se encuentra en estado de "impureza" (período menstrual), determinando una verdadera proscripción a dicho acceso cuando, en otros casos, se descubrían señales de existencia de "impurezas", como se conocía a las enfermedades venéreas.

Al término de este período aparecen ciertas normas biológicas científicas con las investigaciones de los precursores y padres de la Medicina, como fueron Hipócrates y Protágoras, y los descubridores de algunos principios y leyes físicas, como Arquímedes y otros. Así se establece la determinación de los plazos de gestación (Hipócrates), su "teoría de los humores", la docimasia hidrostática, basada en el principio de Arquímedes de "flotación de los cuerpos en los líquidos", y se analizan materias específicas que dicen relación, por ej., con la responsabilidad del médico, la causa de muerte y otras.

Sin lugar a dudas que las primeras normas contenidas en estos Libros Religiosos como los mencionados, y otros como el Código de Manú, los Libros Vedas, el Ramayana y el Mahabarata, o el Libro de Si Yuan (eminente

Copyrighted material

jurisconsulto chino posterior a Buda), son esencialmente normas sanitarias que tratan de proteger a la tribu o a la comunidad. Posteriormente, en la obra de Hipócrates y de otros padres de la Medicina y de estas ciencias madres, dentro del marco de una orientación naturalista, ya se tiene una observación de los hechos que concatena principios que les sirven de sustentación, dejando atrás la invención especulativa, intuitiva o sólo religiosa.

El segundo período lo conforma y le da fisonomía la dictación de las leyes romanas, que determinan normas para el conocimiento de objetivos preestablecidos vinculados a la administración de justicia. Sin perjuicio de ellas, algunas ordenanzas o disposiciones griegas las precedieron o fueron base para las romanas. Tenemos, en este caso, las leyes sobre exhibición de cadáveres, a fin de establecer causa de muerte; otra de estas leyes ordenaba el examen médico posterior a la muerte de la embarazada; incluso, determinaba la hicterectomía en algunos casos; todas éstas en la época de Numa Pompilio. Así, por ej., en el silencio de la ley se presumía que el pretor tenía facultad para hacerse asesorar por un médico, en estos y otros casos que requerían de conocimientos especiales en estas materias. Ejemplo también de lo expresado es la resolución que habría tomado el emperador Adriano para decidir sobre el plazo de gestación de una mujer en un proceso, habiéndose señalado en esa oportunidad que dicho período era de once meses. Curioso resulta finalmente consignar que ya la sociedad se preocupa del "error médico", según lo señala una Ley Cornelia, aun cuando existen antecedentes que datan del Imperio egipcio (época del Alto Imperio), donde ya existían normas para perseguir la responsabilidad del médico que, por error en su gestión, producía daño o la muerte de su cliente.

Sin embargo, la Medicina Legal como hoy es conocida, sólo aparece delineada en los comienzos del siglo XVI y aunque los médicos en este período pudieron haber sido requeridos en la práctica, cuestión esta no bien probada, podríamos afirmar que, aun en el reinado de Justiniano, todavía la Medicina Legal no existe como ciencia.

En el tercer período, asimilado en sus inicios a la Edad Media, numerosas leyes bárbaras, francas, sajonas y bárbaras alemánicas —aun prevaleciendo los conceptos de la ley del talión—, determinan circunstancialmente algunas situaciones que podríamos calificar como regidas por la norma médico-legal; tal sucede, por ej., con las lesiones producidas por el actuar violento de un contradictor —que se ordena señalarlas— a fin de establecer una indemnización pecuniaria a su respecto. No obstante, no podría probarse en la actualidad que dicha gestión tuviera la estructura o significara propiamente un peritaje médico-legal. Este precepto del peritaje médico aparece en las leyes francas de Oriente: en las famosas Assises de Jerusalem o Edicto de Godofredo de Bouillon, en el año 1100 de nuestra era, según lo señala Thoinot en su obra.[10]

La legislación canónica aparece como una de las primeras en establecer el peritaje médico, cuando un decreto del Papa Inocencio III, en 1309, ordena "la visita de heridos por orden judicial".

---

[10] L. Thoinot: *Tratado de Medicina Legal*, pág. 4.

Copyrighted material

La época más fecunda en los inicios de la ciencia médico-legal la encontramos en los siglos XVI, XVII y XVIII, donde se publica, en 1532, la Constitutio Criminales Carolina, en la Dieta de Ratisbona, que tiene como precedente la Ordenanza del Obispo de Bamberg de 1507, que señalaba casos legales para la intervención médica. Así tenemos que en la primera de las nombradas —la Constitución Carolina— se exige el peritaje médico en los casos de lesiones, de homicidio, de aborto, de infanticidio, y otros.

Cuestión importante de señalar es el inicio en este período de la "práctica de las autopsias", de manera específica y metodológica, aun cuando debemos reconocer que éstas ya se producían en la Antigüedad, si bien sus fines no eran precisamente médico-legales. Ejemplo de este verdadero peritaje que ya significaba la autopsia, lo relata Thoinot en su *Tratado de Medicina Legal*, cuando fue ésta practicada en el cadáver del pontífice León X en 1521, para averiguar si su muerte se había producido por envenenamiento.[11]

La publicación de las grandes obras de esta época se inicia con la de Ambrosio Paré intitulada *De los informes y de los medios de embalsamamiento de los cuerpos muertos* en 1575; no obstante, se estima que la primera obra de base científica sobre estas materias es la de Fortunato Fidelis, aparecida en 1602, en Palermo, intitulada *De relationibus libri quator in quibus ea omnia que in forencibus ac publicis causis medicin referre solent plenissime traduntur*, referida específicamente a los peritajes médicos. Posteriormente aparece la obra de Zaccias, que podríamos afirmar es el primer autor que emplea un criterio racional de investigación científica, para, con maestría y disciplina, lograr una completa obra sobre las "Cuestiones Médico-Legales" (según su título), donde trata de diversas materias de esta índole, tales como la impotencia, el parto, la causa de muerte y la locura o demencia, que lo consagran como fundador indiscutible de la ciencia Médico-Legal. Finalmente, ya en el siglo XVIII, podemos citar en Alemania la obra de Teichmeyer, de 1722; en Francia, las obras de Louis, Petit, y Chaussier con sus completos informes periciales; en Italia, la de Bononi y Celoni, recordando la de su precursor Ingrassia, y de Bohn en Alemania.

Aparecen también en este período algunos institutos que cuentan con organización destinada a estos fines; así podemos señalar la organización médico-judicial creada por Felipe el Hermoso, denominada "del Châtelet", que funcionaba circunscritamente en París, siendo ampliada posteriormente bajo los auspicios de Enrique IV, quien además instituye los "cirujanos jurados", que debían ser consultados por los jueces en los casos pertinentes. Tal organización, el año 1600 es extendida a todas las provincias del reino en ese entonces. La organización de institutos dedicados a la ciencia tiene fiel expresión en la Facultad de Montpellier —en el siglo XIV—, donde se obtuvo la autorización expresa para autopsiar cadáveres; así también el Tribunal del Protomedicato, creado en Castilla, en el siglo XIII.

Es conveniente señalar que en este período la norma médico-legal fue

[11] L. Thoinot: *ob. cit*, pág. 6.

Copyrighted material

incluida en los cuerpos codificados de leyes; así lo vemos en las Capitulares de Carlomagno, sobre asesoría a los jueces en los casos de lesiones; en las disposiciones del Fuero Juzgo y de las Siete Partidas, donde, entre otras, se consignan disposiciones sobre impotencia, embarazo, parto prematuro, virginidad, locura, aborto; recordamos aquella que castigaba a "la mujer que se firiese con los puños en el vientre..."

El cuarto período, de la Epoca Contemporánea, podríamos decir que tiene su inicio con la creación de las primeras cátedras de Medicina Legal durante el siglo XIX. Podemos señalar al efecto la creación de cátedras en París, Montpeller y Estrasburgo, en 1804; la de Viena en 1805, y la de Berlín en 1820. Aparecen los grandes tratadistas contemporáneos de la ciencia y los Institutos Médico-Legales, que son organizados con pautas específicas de trabajo. En Francia, podemos mencionar a Orfila, a quien podríamos llamar con propiedad uno de los padres de la Toxicología; Pinel y Esquirol, que dan nacimiento a la Psiquiatría Forense; y tantos otros que aportaron sus conocimientos a la estructura moderna de la ciencia, como son: Tourdes, Tardieu, Brouardel, Lacassagne, Legrand du Saulle. En España, sólo en 1843 se funda la primera cátedra, confiándola al insigne profesor Dr. Pedro Mata; se agregan a él los nombres de Ferrer y Garcés en Barcelona, organizándose en dicho país, en 1862, el primer Cuerpo de Médicos Forenses. En Alemania, Haenckel, como predecesor de Wagner y del célebre Casper, en la cátedra de Berlín en 1850. En Austria, fundada la cátedra en 1805 según señalamos, después, en 1818, se crea el Instituto Médico-Legal; todo ello bajo la tutela del Prof. Bernt, cuyo sucesor en la cátedra es el no menos célebre Hofmann. En Inglaterra es creada la cátedra en 1803, aunque ésta decae por algunos años, hasta cuando aparecen los trabajos de Duncan, Cristison sobre Toxicología, y los del eminente Taylor. En Italia encontramos las obras de Barzelotti, en 1828; Falcioni y Presutti, sobre Psiquiatría Forense, incentivando toda esta obra la persona de Lombroso, quien con su Escuela Criminológica de Turín, produce innumerables estudios sobre estas materias, así como los de Ferri y Garofalo.

Ya en la primera parte de este período, a mediados del siglo XIX, la Medicina Legal aparece organizada en otros países, como sucede en Bélgica y Rusia. En Estados Unidos, con anterioridad, en el año 1823, se realizan las primeras investigaciones y estudios sobre la ciencia.

Deben agregarse a estos progenitores de la ciencia moderna, otros autores contemporáneos que publican sus obras a fines del siglo pasado y primeras décadas del presente; ellos aportan la aplicación de los nuevos descubrimientos científicos y modernas tecnologías que en la Medicina son utilizados, lo que se traduce en una verdadera "dialéctica médico-legal" —al decir de algunos autores—, dando así a entender que la ciencia ya tiene mayoría de edad y cumple competentemente con los objetivos indispensables para la asesoría del Derecho en la administración de justicia. Recordamos, entre otros, a los insignes maestros: Balthazard, Thoinot, Vibert, Etienne Martin, Simonin, en Francia; Carrara, Martin, Ottolenghi, en Italia; Kraft-Ebing, en Austria; Mezger y Ponsold, en Alemania; Royo-Villanova, Piga, Alvarez de Toledo, Gisbert, en España; González y Vance en USA; Uribe Cualla, en Colombia; Nerio Rojas, en Argentina;

Copyrighted material

Francisco Risquet, en Venezuela; Oscar Freira de Carvahlo y Nina Rodríguez, en Brasil; y los catedráticos chilenos que más adelante señalaremos en el párrafo 4 de esta primera parte, sobre la síntesis histórica chilena de la Medicina Legal.

3. LOS TRES PERIODOS DE LACASSAGNE: FICTICIO, METAFISICO, POSITIVO[12]

El enfoque que realiza A. Lacassagne en su obra *Précis de Médecine Legale*, sobre la evolución de esta ciencia en el tiempo, destaca por su originalidad. Este renombrado autor, que podríamos considerarlo como uno de los padres de la Medicina Legal contemporánea, distingue tres períodos en su desarrollo: un primer período que denomina "ficticio"; un segundo período, "metafísico", cuyo inicio se encuadra en la dictación de las primeras leyes romanas, hasta el inicio de la época de los grandes descubrimientos científicos a mediados del siglo XVII, donde comienza el tercer período, que denomina "positivo". Durante el primer período existe un marcado fundamento religioso en estas materias, donde, indica, prevalece el aspecto teológico sobre el científico, de investigación y análisis. Los Libros Santos, según expresa, proclaman "la ley del talión", encontrando en numerosos de ellos los fundamentos teológicos jurídicos de ésta; así, "quien ha derramado sangre de su prójimo, su sangre le será derramada" (Levítico); en otro caso, en Solón, Grecia, estaba "condenado a perder los dos ojos quien había destruido el ojo (sano) de un tuerto". En este período —expresa— la ley es hecha a partir de la religión. Ya en el segundo período se observa el triunfo de lo metafísico sobre lo teológico; se dictan varias leyes (las primeras) relativas al estado civil de las personas y a la ejecución de variados delitos; se dictan en base a la doctrina de Hipócrates y de los escritos de Aristóteles. Con posterioridad, ya se consulta a los médicos a fin de consignar en la ley sobre la etapa de gestación (Adriano). En este período de transición la legislación sobre estas materias se va perfeccionando; no obstante, la administración de justicia aún depende de las ideas filosóficas de ese tiempo. Finaliza el insigne autor, este período, con la frase lapidaria respecto de los expertos médicos de la época: "no se destacan ni por su talento ni por su honorabilidad".

El tercer período, que denomina "positivo", está marcado por el espíritu científico de aquellos tiempos; es el comienzo de la ciencia en el sentido de conocimientos de especialidad, sistematizados, con objetivos establecidos y específicos. La opinión de los expertos, en este lapso, tiene independencia respecto de la ley y también de las arbitrariedades; ella tiene por base solamente la naturaleza de los hechos. Esta es la misión que tienen los expertos: de exponer los hechos al magistrado encargado de interpretar la ley, quien decide.

---

[12] A. Lacassagne: *Précis de Médecine Légale*.

Copyrighted material

4. SINTESIS DE LA MEDICINA LEGAL EN CHILE. LOS PRECURSORES INMEDIATOS: EL PROMEDICATO Y LOS MEDICOS DE CIUDAD. CREACION DE LAS PRIMERAS CATEDRAS DE MEDICINA LEGAL EN LAS FACULTADES DE MEDICINA Y DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El antecedente histórico que encontramos sobre la función médico-legal en Chile, es la institución del promedicato y la organización de los médicos de ciudad, no obstante no existir elementos de juicio suficientes para señalar al primero como precursor de la ciencia. Existen, por otra parte, casos que sí demuestran que de alguna manera fue ejercida esta función por los protomédicos. En el relato de Vicuña Mackenna, en su obra *Los Médicos de Antaño*, se afirma que por el año 1784 es investigada "la muerte sospechosa de un viejo negociante, en la Festividad de Santa Clara"; llamado por la justicia el Dr. Yenes —así individualizado—, examinó cuidadosamente el cuerpo del difunto, encontrando en su costado izquierdo una incisión casi invisible, lo que en el acto lo hizo exclamar: ¡Esta es puñalada catalana! (herida punzocortante); dicho profesional, cirujano catalán, agregó un triunfo a su carrera que serviría más adelante a la justicia, la que puso al culpable del homicidio a la sombra; resultó ser éste un ambicioso sobrino de la víctima que quiso quedarse con su fortuna. Confeso de su crimen, fue ahorcado después en la Plaza de Armas de Santiago.

Para otros investigadores, son los "médicos de ciudad" los encargados en ese entonces de las pericias médico-legales; sin embargo, el entorno científico indispensable para dar lugar al advenimiento de esta ciencia en el país sólo se obtendrá con la creación de la Escuela de Medicina en el año 1833. Allí se cuenta con el primer curso de Medicina Legal a proposición del Ministro de la época, don Joaquín Tocornal. La responsabilidad de organizar la especialidad le compete al fundador de la Escuela, el Dr. Guillermo Blest; continúa más adelante en esta labor el Dr. Juan Mickel, hasta el año 1860, donde se designa al Prof. Vicente Padin como "Catedrático de Medicina Legal y Fisiología"; le sucede el Dr. Pablo Zorrilla, anatomista, que es el primer profesor exclusivo de la especialidad. La cátedra, que posteriormente es denominada de Higiene y Medicina Legal, se entrega más tarde al Dr. Puga Borne, quien comienza una fructífera relación con los "médicos de ciudad" de aquel entonces y aun cuando todavía son inadecuados e insuficientes los medios con que se cuenta para el ejercicio de la ciencia. El gran mérito de Puga Borne es ser el autor de varias monografías y de un interesante *Compendio de Medicina Legal* que establece objetivos y da claridad respecto de la misión aplicativa y práctica de la ciencia.

En el año 1901 es designado en su reemplazo el Dr. Carlos Ibar de la Sierra, el que inicia una nueva época en el ejercicio de esta disciplina, que marca señeramente el destino de la Medicina Legal en Chile. Médico del Estado titulado en Alemania, aporta a nuestro país los conocimientos avanzados que ya posee Europa. En el decir de los autores, "la clínica y la enseñanza eran su auténtica vocación";[13]

[13] Revista Chilena de Medicina Legal Nº 1, año 1965.

Copyrighted material

se podría añadir que tanto él como Puga Borne, en el área médica, son los precursores de las ideas modernas que estructuran la Medicina Legal contemporánea en nuestro país. En su infatigable iniciativa y tesonera labor, obtiene del Ministerio del Interior de la época que se cree y organice el Instituto Médico Legal de Santiago, lo que se lleva a efecto por Decreto Reglamentario 1.049, de 30 de agosto de 1915; Instituto que al correr del tiempo y ante el progresivo aumento de sus requerimientos, se convierte en lo que hoy es el Servicio Médico Legal en Chile.

Por otra parte, en el área del Derecho, se observa gran preocupación de la cuestión médico-legal, demostrada tanto por jueces como por abogados. Es así como en el año 1901 se crea la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. Se entrega por primera vez su responsabilidad al profesor don Tomás Ramírez Frías, a quien suceden los profesores García Guerrero y Fernández Pradel. Ya en el año 1918, se hace cargo del ramo el eminente catedrático don Raimundo del Río, quien le da una especial fisonomía a su enseñanza, lo que produce la adscripción definitiva del ramo al sector de las ciencias penales. Con posterioridad y paralelamente, se desempeñan en la cátedra, transfiriendo estos conocimientos en la Escuela de Derecho de la U. de Chile, los profesores Gajardo, Cousiño Mac Iver, García Guertzen, Fernández Villamayor, González Berendique y quien escribe estas líneas. Es necesario agregar que en el transcurso de la primera mitad de este siglo, también comienza la enseñanza de la Medicina Legal en las diversas Universidades del país, como ocurre con la Universidad Católica de Chile y Universidad de Concepción, donde prestigiosos catedráticos aportan sus enseñanzas de los conocimientos de la especialidad médico-legal.

Copyrighted material

CAPITULO CUARTO

EL PERITAJE MEDICO-LEGAL, COMO EXPRESION DE LA MEDICINA LEGAL. SU ESTRUCTURA, EJECUCION Y EXPEDICION

I. INTRODUCCION A LA PERITACION MEDICO-LEGAL

Especial importancia adquiere la prueba pericial en el complejo mundo tecnológico en que el hombre se desenvuelve; así como la inteligencia del hombre abre nuevos caminos y realiza ingentes descubrimientos en la ciencia, poniendo al alcance de las personas con facilidad y casi imperceptiblemente este conocimiento, así también se multiplican y perfeccionan los medios y métodos de la delincuencia. Esta es la razón por la cual hoy día la prueba pericial abarca un amplio campo en nuestra organización jurídica, a fin de asesorar, especialmente, a los tribunales de justicia. La peritación se extiende en el campo del Derecho práctico en general, como ocurre en sus diversas

Sala de autopsias. Servicio Médico Legal. (S.M.L.)

Copyrighted material

áreas de especialidad, respecto de técnicas o ciencias específicas, como es el caso de la Medicina Legal, que aportan elementos de certeza y valoración, que muchas veces deciden sobre el resultado de un proceso.

De ahí deriva la actual validez de la prueba pericial, en los diversos campos que le preocupan; asimismo, nos obliga a determinar su valoración mediante una normativa específica, que no siempre se encuentra en la legislación codificada respecto de las diversas especialidades a que la peritación hoy se extiende.

2. ASESORIA A LA ADMINISTRACION DE JUSTICIA. CONCEPTO Y DEFINICION DE PERITAJE

Como sabemos, la peritación, en general, nace de la necesidad de investigar un hecho en su existencia, estructura y cualidades; o bien, su admisión o procedencia en señaladas circunstancias, como posible o probable, de acuerdo a su naturaleza y entorno. Lo afirmado será resuelto según el conocimiento científico o técnico de la especialidad requerida en la peritación. Se afirma en estos casos que "el perito transfiere la verdad objetiva, producto de su análisis, como convicción independiente de los postulados o principios en que la fundamenta",[14] no obstante la relación lógico-científica que podría existir a este respecto.

El peritaje médico-legal puede ser considerado como un medio que, revestido por la forma probatoria legal, da respuesta a la duda científica que con respecto o en relación al ser humano formula su requerimiento.

En atención a la legislación vigente sobre estas materias, podríamos señalar que el peritaje en general consiste en el dictamen emitido por el perito referido a hechos o circunstancias importantes que versan sobre conocimientos especiales de una ciencia, arte o técnica. Cuando éste se refiere a materias propias de la Medicina Legal, estamos ante un "peritaje médico-legal".

Independiente del marco legalista en el cual se inserta la pericia médico-legal, dentro de su misión aplicativa y práctica es donde mejor se aprecia su complejidad y especial estructura, cuando utiliza en su ejercicio el postulado biológico aplicable al ser humano, lo condiciona y organiza respecto de objetivos diferentes a los perseguidos por la Medicina, obligando al perito médico-legal a pronunciarse sobre aquél, definiendo consecuencias jurídicas con sus conclusiones.

Es objetivo ineludible de la pericia hacer claridad en los hechos sometidos a su juicio y resolución; lo que dependerá de la experiencia, criterio y análisis científico del perito. Los resultados obtenidos deben ser comprensibles para el hombre medio, so pena de fracasar en la función que trasciende a lo social, mediante la resolución judicial que la emplea. Surge, en esta forma, el peligro de lo incomprensible de la prueba científica, y su necesidad de ponerla al alcance de los interesados; con sus procedimientos debidamente normados y

[14] Mittermaier: *Tratado de la Prueba en Materia Criminal*, pág.25.

Copyrighted material

determinación específica en su valoración; todo premunido de un lenguaje inteligible para ese hombre medio ya aludido.

3. ESTRUCTURA Y METODOLOGIA EMPLEADAS EN LA EJECUCION DEL PERITAJE MEDICO-LEGAL. ETAPAS Y CONTENIDOS; TESIS E HIPOTESIS DE TRABAJO; SU CONCLUSION

El perito médico-legal, en procura de la verdad científica que persigue, emplea métodos deductivos, inductivos y por analogía; este actuar, la doctrina lo agrupa en una denominación que señala su metodología como: observación, encuesta y experimentación. De ahí también que se distinga en la peritación de esta naturaleza, una fase objetiva —propiamente analítica—, destinada a la acumulación de elementos indiciarios relativos al hecho investigado; y otra fase de interpretación y discusión de dichos elementos, que el perito realiza auxiliado por la aplicación de los conocimientos científicos que detenta. El actuar planificado en referencia, en busca de la verdad científica, es la gestión que ejecuta el perito cuando analiza un hecho determinado en su relación lógico-científica con las circunstancias de su producción y de su entorno.

En la consecución de este objetivo, el perito determina previamente una "tesis", donde se propone una conclusión a priori; consiguiente a ello, traza una "hipótesis de trabajo", verdadera estrategia para el desarrollo del peritaje. Esta es la etapa de experimentación propiamente tal, donde aplicará postulados y principios conocidos que son aplicables al caso que investiga, y cuya procedencia y condicionamientos deberán ser consignados a fin de dar pie a las conclusiones a que llegue cuando responda la interrogante planteada por el requerimiento.

Esta es la forma en que el perito médico-legal persigue "la verdad científica" sobre el hecho periciado, averiguando su naturaleza y etiología y sus secuelas directas e indirectas; en fin, descubriendo la relación de causalidad entre unas y otras, y, sobre todo, entre la producción y el resultado del hecho. No para ahí la obligación del perito, toda vez que deberá demostrar fundadamente sus conclusiones de acuerdo con la metodología propia de la ciencia y en relación a sus principios universalmente aceptados. Por ejemplo, sobre la vida del recién nacido, el momento siquiera que se exige deberá comprobarlo con la docimasia o "prueba de vida" procedente en el caso (hidrostática), basada en el principio básico del peso específico de los cuerpos universalmente aceptado.

Se trata entonces de obtener una certeza física del hecho y sus circunstancias, en concordancia a factores justificantes del mismo que impidan o disminuyan apreciablemente las posibilidades de error. No debe olvidarse que el peritaje médico-legal responde a una ciencia que no es exacta, por lo que tales elementos y antecedentes deberán ser analizados casuísticamente en consideración a la particular y diferente constitución psicofísica de cada ser humano, lo circunstancial de su entorno y de las condiciones existentes en el momento de producción del hecho investigado.

Copyrighted material

La conclusión obtenida será el resultado al cual llegue el perito en consideración y como consecuencia del análisis de cada uno de los elementos indiciarios y principios científicos con cuyo conocimiento y empleo ha contado para la investigación, de tal manera que exista en lo conclusivo una relación lógica entre todos ellos, que se enmarque dentro de los postulados de la ciencia médico-legal. Sin embargo, no siempre el perito forense encontrará elementos suficientes que den la prueba científica sobre el hecho investigado; en estos casos, deberá con franqueza y honestidad manifestar al requirente su imposibilidad de obtenerla por omisión o déficit de elementos para la investigación del hecho. Tampoco será factible siempre obtener la conclusión objetiva y tajante pedida, produciéndose una discordancia en estas ocasiones entre lo conclusivo pericial y aquellas disposiciones legales imperativas referidas a estas materias. Tal resultaría de aplicarse sin excepciones la norma contenida en el art. 126 del Código de Procedimiento Penal, la que imperativamente indica la obligación de consignar en el informe respectivo las causas inmediatas de producción de muerte, de su origen y de su cronología, lo que no siempre es posible resolver. Es necesario por tanto entender que, en este caso, el legislador procesal —en esta disposición— ha pedido conclusiones dentro del ámbito de la ciencia médico-legal y sólo según sus posibilidades de obtención; de lo contrario, se podría forzar la pericia con un hecho preformulado derivado de conclusiones forzadas, al no poder obtenerse éstas mediante una metodología procedente, veraz y científica, lo que evidentemente nos llevaría a un absurdo.

Por tales motivos, la legislación procesal (civil y penal) que trata sobre estas materias no debe ser considerada en general y fatalmente como imperativa y absoluta respecto del requerimiento de pericia, sino como una necesaria guía que en cada caso aplicará el perito, según los elementos y principios que sean factibles en su análisis. En estos casos, el perito deberá consignar en su conclusión la imposibilidad de cumplimiento, fundamentando sus dichos y agregando de todos modos los hechos e indicios que haya comprobado en su experimentación. En esta forma no inducirá a error al requirente y eventual resolutor con una proyección de circunstancias no probadas científicamente que, eventualmente, sólo tendrían el valor subjetivo de su opinión.

4. OBJETIVOS, REQUISITOS Y DEFECTOS EN LA GESTION PERICIAL

En la opinión compartida de numerosos autores contemporáneos de la ciencia, se entiende que el análisis que desarrolla este perito médico-legal persigue los siguientes objetivos genéricos:

a) Naturaleza del hecho investigado;

b) Su gravedad calificada;

c) Sus consecuencias; con causas y concomitancias, y secuelas provenientes o derivadas del mismo; y

d) Relación de causalidad entre el hecho investigado y tales consecuencias, mediatas o inmediatas, directas o indirectas.

Copyrighted material

La excelencia en este tipo de peritajes se tiene cuando responde a la trilogía valórica de ser: objetivo, idóneo y oportuno. En otras palabras: independencia de criterio en su ejecución; aplicación de la norma científica, y oportunidad en su expedición en cuanto a plazo y condiciones. En la búsqueda de esta excelencia deberá emplearse, tanto para su requerimiento como para su ejecución, una sistemática reglamentaria y específica que dé formalidad a la petición del informe, según su naturaleza, alcance y objetivos perseguidos; así también para su expedición, a fin de que a su vez se emplee en él con claridad y precisión el lenguaje científico de la especialidad, a objeto de que pueda transferir al peticionario, en forma inteligible y lógica, las conclusiones sobre el hecho investigado.

Descartando la actuación dolosa del perito y lo que pueda entenderse como falta de idoneidad en su ejercicio, se podría afirmar que generalmente las causas que influyen para que un peritaje de este tipo sea deficiente, ya en su ejecución o conclusiones, se deben principalmente a:

a) Una mala solicitud del peritaje, por ser incompleta en sus objetivos, improcedente en cuanto a la ciencia, o arbitraria según la legislación vigente;

b) La expedición deficitaria o insuficiente de la pericia: por omisión de operaciones en su ejecución, u omisión de elementos definitorios en sus conclusiones;

c) Una metodología insuficiente o erróneamente empleada, respecto de su sistemática de trabajo; o por simple falta de comprobación adecuada en sus operaciones científicas.

La importancia de la prueba pericial médico-legal radica precisamente en que la verdad judicial deberá apoyarse en la verdad científica que emana del informe pericial; de ahí que C. Simonin haya afirmado que "el poder demostrativo de un informe pericial descansa sobre:

1) El valor científico de los medios empleados;

2) La competencia del perito, y

3) El juramento que pronuncia".

Agregando a lo expuesto: "La prueba es la demostración de la exactitud del hecho que sirve de base a la acusación o al pretendido derecho".[15]

5. CONSTITUCION Y FISONOMIA DEL PERITAJE MEDICO-LEGAL

Podemos distinguir dentro de un peritaje médico-legal dos grandes partes que lo componen: reconocimiento e informe.

a) El reconocimiento; esto es, la observación y examen de la persona o hecho que es objeto del peritaje.

El reconocimiento da como resultado un conjunto de operaciones científicas que deben ejecutarse en el análisis del caso, que es sometido a la considera-

[15] C. Simonin: *ob. cit.* pág. 36.

Copyrighted material

ción del perito. Todo ello le permitirá finalmente manifestar su opinión, que estará fundamentada en los postulados y principios de la ciencia que fueron aplicados.

b) El informe pericial; esto es, la presentación que el perito hace al juez.

El informe ordinariamente es escrito; allí él manifiesta su labor y las conclusiones a las cuales llegó mediante aquélla. Extraordinaria o excepcionalmente puede ser verbal, en los términos del inciso final del art. 237 del Código de Procedimiento Penal (preinforme provisorio), o también cuando el juez solicita aclaración verbal al perito (art. 240 C.P.P.).

El informe pericial contempla habitualmente tres partes, cuales son: el preámbulo, una relación circunstanciada y la conclusión o conclusiones. El preámbulo consigna una individualización del perito, salvo en los casos de organismos destinados por ley a la ejecución de estos peritajes, donde sólo se nombra su procedencia; en estos casos basta para estos efectos el nombre del perito o peritos que intervinieron y que lo suscriben. Además, en él se hace una escueta relación del requerimiento del tribunal u organismo solicitante y de la providencia o resolución cuando sea ordenado por acto administrativo. De mayor importancia —en esta parte— es la individualización de la persona o fallecido sometido a peritaje; faltando ésta, se recurre a la fórmula genérica de "N.N."

En la relación circunstanciada que debe efectuar el perito, se distingue una descripción de la persona, fallecido, cosa o hecho objeto de la pericia, lo que el legislador consigna como "la descripción de la persona o cosa que sea objeto de él —agregando—, del estado y del modo en que se hallare" (art. 237 Nº 1º C.P.P.) A lo anterior se añade "la relación circunstanciada —propiamente tal— de todas las operaciones practicadas y de su resultado" (art. 237 Nº 2º C.P.P.). Aquí deben registrarse todas las operaciones realizadas, como exámenes y toda otra investigación efectuada por el perito o peritos intervinientes. Deben ser consignadas en forma sintetizada, con las conclusiones independientes que en cada caso se hubieren obtenido; conforme con la relación que estas operaciones presentan en conjunto respecto del hecho investigado.

Se hace necesario señalar que no siempre se produce el peritaje en un solo acto y mediante la investigación única y exclusiva de un perito; por el contrario, la práctica nos indica que habitualmente se observará que esta gestión —pericial— se conforma con las opiniones de diversos especialistas que aportan sus conocimientos en las distintas subespecialidades de la ciencia, a fin de obtener dicha conclusión final. Así, por ej., en un peritaje tanatológico (autopsia), donde entre otras cosas se busca causa de muerte del fallecido, el médico legista a cargo de la pericia requerirá habitualmente, a fin de comprobar sus conclusiones u obtener otras, exámenes de laboratorio toxicológicos, de alcoholemia, grupo sanguíneo, u otros; incluso más, en otros casos deberá obtener la identificación del fallecido, la cual se ignora, requiriendo del especialista en Odontología Forense. Con todo, es el perito forense a cargo de la autopsia el que tiene la iniciativa y debe solicitar en su caso estos verdaderos peritajes complementarios. Esto es en virtud del principio de independencia que tutela toda la gestión pericial, que junto con facultar al perito forense para decidir

Copyrighted material

según su conocimiento y sano juicio, consagra su libertad e independencia respecto de las iniciativas que adopte para el requerimiento o procedencia de otras "operaciones científicas" (peritajes complementarios) que estimare necesarios y convenientes en el cumplimiento de su cometido.

En esta relación circunstanciada, en algunas oportunidades (peritaje de lesiones, p. ej.), debe incluirse "la anamnesis pericial"; esto es, el resumen de todos los antecedentes que precediendo al examen pericial propiamente tal del afectado, de alguna manera sean causa o puedan estar relacionados con los hechos que se investigan; deberá por tanto ser clara y precisa, objetiva y absolutamente veraz, de tal forma que se evite la inducción al instructor o requirente a situaciones subjetivas específicas respecto de la víctima o victimario. El perito no es juez como tampoco es sancionador, por lo que deberá informar en este aspecto sólo lo que haga fe en su conciencia sin que deba o trate de obtener antecedentes mediante promesa o intimidación. Lo expuesto se deberá tener presente especialmente en los peritajes sobre Sexología Forense y Psiquiatría Forense, atendida la indispensable anamnesis que en ellos se desarrolla.

6. PLANOS DE TRABAJO DEL MEDICO LEGISTA Y DEL MEDICO PRACTICO. CALIDADES DEL PERITO FORENSE

La opinión de numerosos tratadistas distingue entre las funciones del médico práctico y del médico legista. Haciendo un paralelo entre ambas funciones, podemos señalar:

—En cuanto al médico legista, que éste actúa en defensa de la colectividad en una función de naturaleza pública. Su gestión se desenvuelve en base a un examen que abarca solamente lo objetivo y visible, auscultando e investigando la persona y los hechos en absoluta intimidad e incluso, en algunos casos, dentro del más estricto secreto sumarial. Su trabajo, podríamos decir, es esencialmente analítico y debe producir sus efectos a posteriori; esto es, cuando hace fe en la resolución del procesador.

—En cuanto al médico práctico, su misión tiene como fin poner término al sufrimiento humano, ya sea físico o psíquico; en su gestión desempeña funciones de carácter interno y externo, estando sujeto su examen a la crítica y opinión de sus pares. Su objetivo fundamental es estudiar la causa del daño, sufrimiento o deterioro —diagnosticándolo—, proponiendo la terapéutica adecuada.

Sin lugar a dudas, podrían señalarse otras diferencias en sus respectivos quehaceres, derivadas todas de la diferencia fundamental entre los objetivos que cada uno de ellos persigue: la función del médico práctico, destinada a la sanidad y terapéutica del ser humano; la del médico legista, que dice relación con la asesoría preferente a la administración de justicia.

De ahí que el perito forense debe acopiar, a sus condiciones naturales y conocimientos, ciertas cualidades que si bien debieran ser compartidas por todos los profesionales de cualquier especialidad, para él llegan a ser imperati-

Copyrighted material

vas en su quehacer. Debe ser objetivo, otorgando real importancia a los hechos que analiza o investiga; reflexivo, en cuanto debe ser un decantador de la duda científica sometida a discusión, reduciendo los problemas que la misma origine; juicioso, en cuanto debe tener criterio y raciocinio para jerarquizar los hechos que le son sometidos; imparcial —ni dogmático ni acusador—, ya que no es infalible ni tampoco juez de los hechos que debe conocer. Finalmente, debe contar con un sano conocimiento jurídico, para así poder sopesar debidamente el alcance de sus conclusiones.

Para Simonin, "las más graves taras del perito médico-legal son el orgullo, la ignorancia y la deshonestidad".[16]

J.A. Gisbert Calabuig, en consonancia con estas opiniones, señala en su *Medicina Legal y Toxicología* que "no hay que olvidar, sin embargo, la finalidad de la peritación médico-legal, obstinándose en llegar a una peritación absoluta, muchas veces imposible, que, por lo demás, no siempre se precisa para la utilidad de aquélla". Por otra parte —en el marco de estas ideas—, agrega que "el perito objetivará todo lo posible los hechos para llegar a determinar cuánto hay de "probable" y cuánto de "posible" en ellos, y no vacilará en afirmar con toda claridad que los *elementos de juicio no son suficientes para llegar a una conclusión, o que el estado actual de la ciencia impide dar una respuesta concreta*".[17]

[16] C. Simonin: *ob. cit*, pág. 35.
[17] J.A. Gisbert Calabuig: *ob. cit*, pág. 49.

Copyrighted material

CAPITULO QUINTO

LA PERICIA MEDICO-LEGAL ANTE LA LEY; LA PRUEBA PERICIAL

1. PROCEDENCIA EN MATERIA CIVIL Y EN MATERIA PENAL; OBLIGATORIO O FACULTATIVO

Nuestra ley procesal, civil y penal, si bien determina la procedencia del informe pericial como medio de prueba, no lo define; en ambas normativas se remite a la necesidad de requerirlo cuando la ley así lo ordena o determina. De esta manera, la peritación médico-legal queda integrada en el amplio espectro de la prueba pericial, debiendo, en consecuencia, regirse por los mismos preceptos que el legislador ha estructurado para este medio probatorio. Excepción a lo señalado lo constituyen ciertos peritajes médico-legales contenidos en leyes especiales, como sucede con la Ley 18.173, sobre Trasplantes de Organos y Tejidos, y la Ley 18.290, sobre Tránsito.

El legislador señala su procedencia en materia civil según el art. 409 del Código de Procedimiento Civil, que dispone: "...en todos aquellos casos en que la ley así lo disponga, ya sea que se valga de estas expresiones o de otras que indiquen la necesidad de consultar opiniones periciales". También lo ordena cuando "se resuelve un asunto en juicio práctico o previo informe de peritos", asimilando esta expresión al informe.

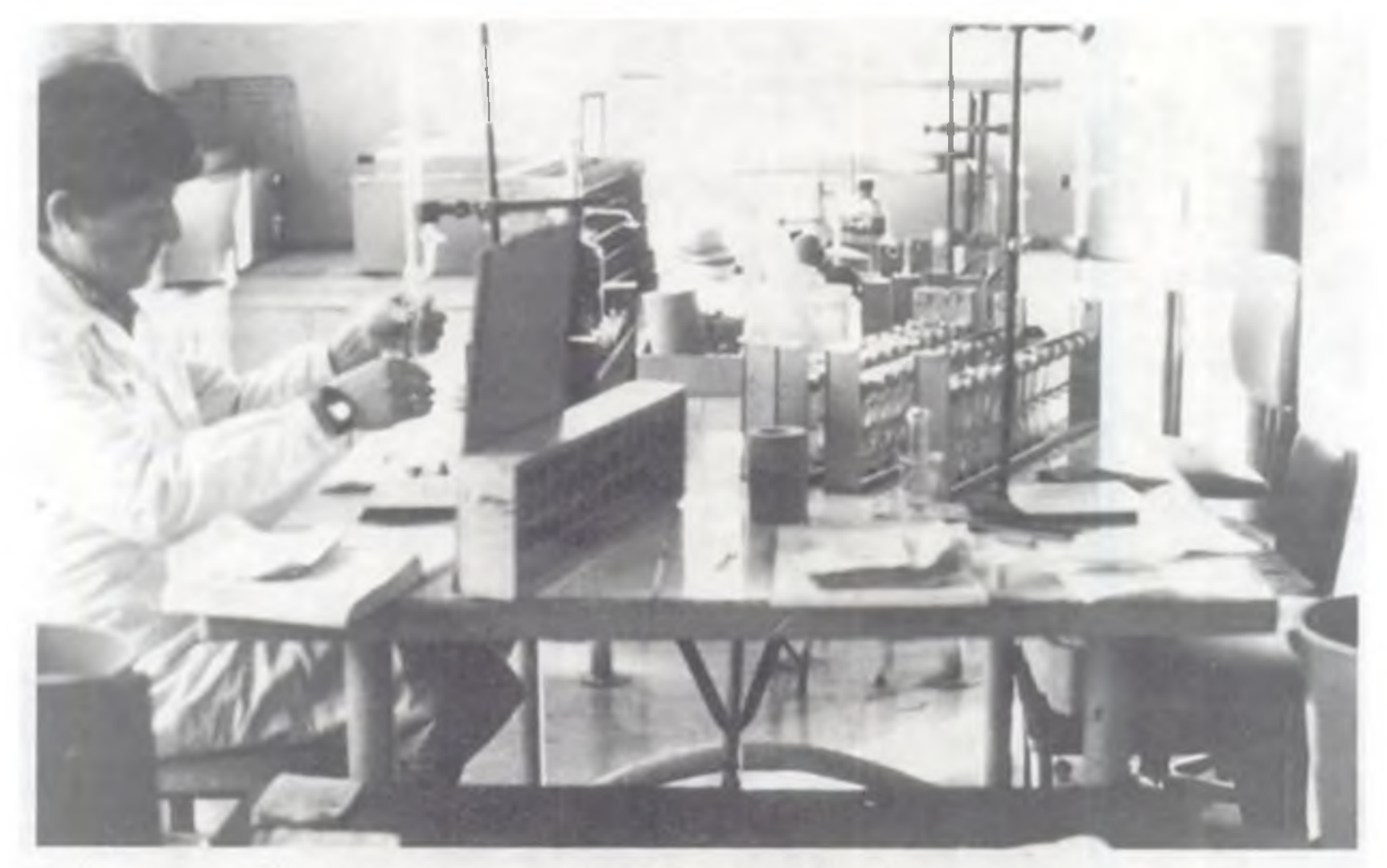
En materia penal, por su parte, el art. 221 del Código de Procedimiento Penal señala: "El juez pedirá informe de peritos en los casos determinados por la ley, y siempre que para apreciar algún hecho o circunstancia importante, fueren necesarios o convenientes conocimientos especiales de alguna ciencia, arte u oficio".

De esta manera, el legislador en ciertos casos determina en forma imperativa su procedencia; no obstante, numerosos otros preceptos lo indican como facultativo, entregando al juez de la causa la decisión sobre su requerimiento.

Esta indefinición que se aprecia en la ley procesal es consecuencia de la compleja estructura que presenta en general la prueba pericial; es así que puede ser prueba propiamente tal, o medio para producirla; en ella el perito puede proceder como un verdadero auxiliar del juez o simplemente como un testigo de los hechos, respecto de los conocimientos de la especialidad que

Copyrighted material

dicen relación con lo investigado o periciado. Puede deducirse, en consecuencia, que de omitirse el peritaje en los casos que la ley expresamente lo ordena, procedería el recurso de casación en la forma, por "haberse faltado a algún trámite o diligencia declarados esenciales por la ley" (art. 768 Nº 9º y art. 795 Nº 3º en relación al art. 800 Nº 7º; todos ellos del Código de Procedimiento



Laboratorio de Química Forense, Servicio Médico Legal. (S.M.L.)

Instalaciones del Museo del Servicio Médico Legal. (S.M.L.)

Copyrighted material

Civil). Será necesario, en todo caso, acreditar la omisión del trámite que produjo la indefensión de parte del recurrente de casación y perjudicado.

Podrá decretarse el informe pericial en cualquier estado del proceso, ya sea de oficio por el juez o a petición de parte (arts. 221 y 471 C.P.C. y art. 409 C.P.C.). De estas disposiciones legales se desprende que queda en manos del juez la decisión sobre su procedencia; incluso podríamos agregar que en definitiva será él quien decida —salvo los casos en que imperativamente lo imponga la ley—, toda vez que el juez es el llamado a calificar como "necesaria, servicial o conducente" la procedencia de los conocimientos específicos que la investigación del hecho requiere y su posibilidad de ejecución. La actual redacción del citado art. 471, que fue modificado por Ley 18.857, de 1989, no deja dudas a este respecto, cuando en su inciso 2º consigna la facultad del juez para resolver sobre la procedencia de "un nuevo informe pericial" en la etapa plenaria del juicio criminal.

Pericias obligatorias en materia penal las encontramos en el Código de Procedimiento Penal: en los casos de muerte sospechosa (art. 121); de aborto (art. 134); cuando se sospecha de una muerte por ahorcadura (art. 135); en comprobación de lesiones inferidas (art. 139); cuando se presume envenenamiento o existencia de substancias sospechosas (art. 130); cuando se pesquisa el delito de infanticidio (art. 133).

Pericias facultativas en materia penal: cuando se trata de constatar el estado de salud mental del inculpado o procesado que se finge loco, sordo o mudo (art. 327 C.P.P.); en los casos de estupro de una doncella o de violación, donde es indispensable establecer elementos indiciarios para la tipificación del delito (arts. 361 y 363 C.P.).

Pericias obligatorias en materia civil: cuando fuere necesario calificar la edad de un individuo (art. 314 C.C.); para averiguar la vida anterior o conducta habitual del supuesto demente (art. 460 C.C.); cuando haya que decidir sobre la paternidad del hijo si la madre pasa a otras nupcias (art. 200 C.C.). Otros peritajes facultativos en materia civil los encontramos respecto de los actos y contratos del demente posteriores al decreto de interdicción, cuando se trate de probar que los ejecutó en dicho estado (art. 465 C.C.).

En consideración a la creación de nuevas formas contractuales y a la ejecución de nuevas figuras delictuales, el legislador ha debido crear otras normas para dar posibilidades al juez de recabar de la prueba pericial —en sus diferentes áreas de ejecución— el conocimiento de especialidad que requiere. En lo que respecta a la pericia médico-legal, encontramos profusión de normas que dicen relación con ella; así, podemos señalar las contempladas en los arts.: 113, 3a.; 111, 74, 75, 76, 78, 192, 198, 202, 272, 293, 321, Nos. 1º y 2º, 456, todos del Código Civil; los arts. 10 Nos 1º, 2º y 3º, 11 Nº 1º, 390, 394, 395, 398, 403, 358, 364, 365, 36, todos del Código Penal. También en la mayoría de los crímenes o simples delitos contra el orden de la familia contenidos en el Código Penal, se requiere de este tipo de pericias. Debe agregarse la actual legislación sanitaria, que determina, en su amplia normativa de fiscalización, una serie de pericias dirigidas a estos objetivos; asimismo, en la legislación laboral se dictan disposiciones sobre ciertas pericias relativas al período de

Copyrighted material

gestación de la mujer y su respectivo fuero maternal, que, de carácter obligatorio, dicen consideración con dicho estado de embarazo y la causal de terminación del contrato de trabajo. Finalmente, se debe señalar toda el área del Código Sanitario en estas materias, enriquecido por nuevas disposiciones relativas a peritajes específicos sobre trasplantes de órganos y tejidos para su aprovechamiento en donatario vivo; y sobre la observación y reclusión de los enfermos mentales; de los alcohólicos y de los adictos dependientes de drogas, que posibilitan o crean la necesidad de estas pericias, en cada caso.

PERICIAS MEDICO-LEGALES A NIVEL NACIONAL. AÑO 1989

	TOTAL	
PERICIAS	*Nº*	*%*
Tanatológicas	10.630	7,6
Clínicas	64.710	46,5
Laboratorio	63.841	45,9
Total	139.181	100,0

Anuario Estadístico, Servicio Médico Legal, 1990.

2. NOMBRAMIENTO DE PERITOS

El juez, en el nombramiento de peritos, actúa según una norma que podríamos definir como general en ambos procedimientos, civil y penal; en el primero, señala la necesidad de detentar un título profesional expedido por autoridad competente; en el segundo, exige también que tenga el perito título profesional conferido conforme a la ley. Sin embargo, en lo civil excusa tal imperativo mediante el acuerdo expreso de las partes (art. 413 Nº 2º C.P.C.), y en lo penal lo permite sólo en defecto de personas que tengan tal calidad (art. 222 C.P.P.).

Por otra parte, el juez del crimen tampoco tiene la libertad absoluta para la designación de peritos en algunos casos determinados, donde la ley exige ciertas preferencias, como ocurre, por ej., en los casos de delitos contra la honestidad, donde, de ser ello posible, se hará recaer el nombramiento "en persona del mismo sexo" (art. 222 C.P.P.); en los casos de autopsia o examen médico, donde "deberá designar al legista correspondiente" (art. 221 bis C.P.P.). Afirma el art. 224 del Código de Procedimiento Penal, que en los juicios de acción pública, en los casos de autopsia, el nombramiento recaerá en el facultativo que lo sea de la ciudad, o, en su falta, en el de la Municipalidad respectiva, salvo la existencia de "razones especiales que aconsejen la designación de otro", lo que debe ser ordenado mediante auto fundado del juez.

Cuando no existieren médicos de la especialidad que requiere el peritaje, se estará a lo preceptuado en el art. 221 de dicho cuerpo legal, donde además

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

le sea presentado". En la práctica, lo que ocurre es que el perito se compromete a realizar la peritación en el menor tiempo posible, salvo cuando el juez consigna un plazo preciso para su ejecución; con todo, podría ser inferior al término de cinco días señalado cuando exige un "informe provisorio". Resulta difícil imaginar cuál podría ser éste, por cuanto, en la mayoría de las veces, las conclusiones periciales sólo pueden obtenerse en la resolución definitiva y total de las operaciones realizadas al efecto. Tal disposición, creemos, podría inducir al perito a subjetivizar aquellas, presionado por la necesidad de este informe, que más que "provisorio" debiéramos calificar de "a priori", lo que no es recomendable. ¿Qué podría concluir un perito legista "provisoriamente", en los casos donde se requiere del resultado de exámenes de laboratorio para determinar "causa de muerte"? Solamente una mera apreciación personal, carente de seguro respaldo científico.

Juramento. En el caso de nombramiento de peritos individualizados personalmente, éstos deberán aceptar el cargo jurando cumplirlo imparcialmente conforme a los conocimientos y postulados de su ciencia y en el menor tiempo posible; se prestará este juramento ante un ministro de fe. En el caso de los "médicos de ciudad" y cuando "las personas que por razón de su cargo están llamadas a desempeñar ordinariamente las funciones de perito —como ocurre con aquéllos—, prestarán una sola vez juramento o promesa del encargo..., ante el juez del crimen", según lo dispone el art. 236 del Código de Procedimiento Penal.

En los casos donde es nombrado un organismo público como perito, como sucede con el Servicio Médico Legal, estimamos que no es necesario ni procedente tal juramento, toda vez que es el ente público el que se responsabiliza de la ejecución y expedición de la pericia por mandato de la ley. Además, en el caso del Servicio aludido existe en su ley orgánica una normativa expresa que faculta a su Director para dictar las resoluciones y reglamentos internos que sean necesarios para regir sus funciones y procedimientos, y, consiguientemente, los respectivos de su personal profesional y técnico, lo que no es óbice para recabar las responsabilidades personales (civiles y penales) que el perito tiene en el ejercicio de su cometido. En estos casos, por tanto, será el Servicio el "perito designado" (art. 12 letras c) y e) del D.F.L. 196, de 1960).

3. PERICIA ASOCIADA (PERITO ADJUNTO)

En esta materia, es el art. 224 del Código de Procedimiento Penal el que establece la facultad de que cada parte puede nombrar a su costa un perito que se asocie al designado por el juez; éste es quien recibe la denominación de "perito adjunto". Esta facultad se exceptúa cuando en concepto del tribunal "la intervención de estos peritos pudiera perjudicar el éxito de las investigaciones" (art. 224 C.P.P.). Llama la atención en este caso la facultad amplísima del juez, que podrá "determinar si deben actuar (los peritos) en forma separada o asociados" (art. 224 C.P.P., modificado en esta forma por Ley 18.857). No

Copyrighted material

alcanzamos a observar cuál —en este aspecto— ha sido la intención del legislador, por cuanto sabemos que el objeto de la pericia, en algunos casos, será destruido para su análisis e investigación, con lo que podría quedar en indefensión alguna de las partes al no poder efectuar —más adelante— su propia pericia.

4. VALORACION JURIDICA DEL INFORME PERICIAL

Desde el punto de vista jurídico, la pericia médico-legal tiene el valor probatorio que el legislador le asignó en cada caso, se trate del procedimiento civil o penal, y aun cuando dicha valoración la efectuará en definitiva el juez de la causa al resolver ésta.

Pese a ello, deberá guardar íntima relación con la calidad científica del informe y la idoneidad y experiencia de quien lo ejecutó, aunque no exista obligación de aceptarla por el juez.

En materia procesal civil, "los tribunales apreciarán la fuerza probatoria del dictamen de peritos en conformidad a las reglas de la sana crítica" (art. 425 C.P.C.). La jurisprudencia ha establecido lo que debe entenderse por tal, manifestando que es "la que nos conduce al descubrimiento de la verdad, por los medios que aconseja la recta razón y el criterio racional puesto en juicio" (C. Suprema, 1963). En otras palabras, es el análisis sincero que resulta de un proceso mental subjetivo e interno guiado por el sano intelecto. Podemos sacar como conclusión que en estas materias el informe pericial médico-legal —específicamente— no es obligatorio para el juez, cumpliendo más bien un papel de formador o guía para su opinión jurídica.

En materia procesal penal, no obstante que el juez penal también tiene amplia libertad para apreciar el valor de convicción del informe médico-legal, el legislador en estos casos ha distinguido, señalando las siguientes posibilidades: por una parte, "el dictamen de dos peritos perfectamente acordes, que afirmen con seguridad la existencia de un hecho que han observado o deducido con arreglo a los principios de la ciencia, arte u oficio que profesan, podrá ser considerado como prueba suficiente de la existencia de aquel hecho, si dicho examen no estuviere contradicho por el de otro u otros peritos" (art. 472 C.P.P.). En esta forma, el juez "podrá considerar (el informe) como prueba suficiente de la existencia del hecho", siempre que se dé el condicionamiento específico, que observa dicha disposición. Por otra parte, según el art. 473 del Código de Procedimiento Penal, fuera de estos casos, su fuerza probatoria "será estimada por el juez como una presunción más o menos fundada"; todo ello de acuerdo a los elementos de juicio que deberá tener presente y que dicha disposición legal agrega. En estos casos —también—, el juez tiene amplia facultad respecto de la valoración de la prueba pericial, dejando el legislador entregadas a su iniciativa y buen criterio la fuerza probatoria y convicción del peritaje en el caso jurídico.

Copyrighted material

5. RESPONSABILIDAD DEL PERITO; DELITO DEL PERITO FORENSE

El legislador asimiló la responsabilidad del perito a la de los jueces cuando éstos actúan parcialmente o con malicia; es decir, cuando llamados a emitir dictamen, no son objetivos o falsean intencionalmente los resultados. Si el perito comete irregularidades en este sentido en el ejercicio de su misión, la ley penal lo castiga como reo del delito de prevaricación, según las disposiciones contenidas en el art. 227 Nº 3º del Código Penal, que hace extensivas a su respecto otras contenidas en los arts. 223, 224, 225 y 226 de ese cuerpo legal, referidas a la prevaricación de los jueces. Ahora bien, en los casos de organismos públicos encargados de estas pericias y regidos por una reglamentación interna de funcionamiento, cuando se actúe ilícitamente por ellos deberá recabarse esta responsabilidad de quien los dirige u ordena; esto, sin perjuicio de las disposiciones constitucionales que a este respecto consagra el art. 38 de la Carta Fundamental, y de las demás normas que penalizan las actuaciones de los empleados públicos en el desempeño de sus cargos, y sin perjuicio de aquellas otras personales del perito.

6. MODIFICACIONES A LA PRUEBA PERICIAL INTRODUCIDAS POR LA LEY 18.857, DE 1989

Las disposiciones contenidas en la Ley 18.857, publicada en el Diario Oficial de fecha 6 de diciembre de 1989 y cuya vigencia se inició 90 días después de su publicación, introdujo modificaciones al Código de Procedimiento Penal y Código Penal que, en materias de nuestro interés, dicen relación con varias disposiciones sobre la peritación médico-legal, lo que en forma somera —dado el objetivo de este manual— analizamos más adelante.

Dichas modificaciones, en lo que se refieren al Código de Procedimiento Penal, tienen relación, genéricamente, con el procedimiento pericial sobre forma de producción del peritaje, número de peritos, causa que lo fundamenta, lugar de ejecución; en fin, petición de nuevo peritaje en el plenario (según lo hemos visto). Así también, se preocupa especialmente de la ejecución de algunos de estos peritajes, como sucede con el de autopsia. Crea además una especie de informe larvado que denomina "preinforme provisorio". Agrega, por otra parte, respecto de los tipos penales de infanticidio y aborto, exigencias al peritaje sobre cronología de vida en el primero y mecanismo de acción en el último. Añade, finalmente, un Libro IV, "Del cumplimiento y ejecución", cuyo Título III se preocupa "de las medidas aplicables a los enajenados mentales".

En lo relativo al procedimiento pericial, cabe destacar la denominación de "legista correspondiente" que emplea para el perito a quien entrega el peritaje de autopsia prima facie. Distingue, por otro lado, "la autopsia judicial" de otras, como podría ser la anatomopatológica, al referirse específicamente a ella en su art. 128. Deroga el informe previo del servicio fiscal (de esta naturaleza) para la conformación de las listas periciales, otorgando esta facultad, exclusivamen-

Copyrighted material

te, a la Corte de Apelaciones respectiva y estableciendo un plazo de dos años para su vigencia. Además de señalar como peritos de pleno derecho a los Institutos Científicos de las Universidades y sus profesores docentes, indica al "médico legista" como persona oficialmente comisionada para el objetivo pericial. Tal vez la creación más novedosa de la ley, en materia procedimental, es la creación del denominado "preinforme provisorio", del cual, al decir del art. 237, "se dejará constancia en autos en la forma de una declaración". Este verdadero informe provisorio lo podrá exigir el juez en un plazo inferior al de quinto día establecido por el art. 244 para la expedición del peritaje propiamente tal. Tendrá el juez incluso facultad de aplicar multa al perito en los casos de desobediencia. Consideramos lo difícil que resultará al perito emitir este dictamen cuando para hacerlo requiera de exámenes complementarios que tengan una duración superior al plazo imperativo de expedición establecido. En relación a los tipos penales de infanticidio y de aborto, el legislador se preocupó, en el primero, de agregar la interrogante sobre "el número de horas que vivió el recién nacido", lo que resulta lógico si se tiene en cuenta que este delito sólo se produce dentro del término de 48 horas después del parto. En el caso del aborto, aquí se incluye la posibilidad de muerte de feto *in utero*, originando así la necesidad de investigar si la acción provocada "puso fin al desarrollo intrauterino". En esta forma, acepta el legislador la investigación del delito, ampliándola a los casos donde no existió expulsión del feto.

En cuanto a la redacción del Título III del Libro IV, que se preocupa de los enajenados mentales, se distinguen dos situaciones: del enajenado mental que delinque y del procesado que cae en enajenación. En estos casos crea lo que denomina como situación de riesgo respecto del enajenado mental, dependiendo de ella su libertad. La existencia de riesgo, en su caso, determinará su reclusión e internación.

Tal vez lo destacable en esta nueva normativa sea el concepto de "enajenado mental peligroso", individualizándolo como "aquel que como consecuencia de su enfermedad (mental) pueda atentar contra sí mismo o contra otras personas"; ello se establece según prognosis médico-legal (art. 688 C.P.P.). Al efecto, obliga el legislador a que todo informe psiquiátrico, fuera de las conclusiones propias referentes a la salud mental del reo, "deberá indicar concretamente si éste debe o no ser considerado un enajenado mental, si la enfermedad es o no curable, si su libertad representa un peligro según lo dicho en el artículo precedente y, en general, las modalidades del tratamiento a que deba ser sometido" (art. 689 C.P.P.). Difícil también resultará, en determinadas oportunidades, dar cumplimiento a esta disposición legal, máxime si la psiquiatría, fuera de los casos de psicosis aguda, no está en condiciones de señalar con certeza científica la incurabilidad o posibilidades de recuperación de un enfermo mental, salvo la mera apreciación porcentual que podrá hacer el perito en su caso. Nos merece serias reservas, en otro aspecto, la circunstancia de que la libertad de una persona quede entregada en un momento determinado a la conclusión de un informe psiquiátrico, que, como quiera que sea, contendrá fuertes elementos subjetivos del analista. Tal es por lo demás lo que sucedería si se concluyera por el perito que el sujeto representa un peligro para la comunidad.

Copyrighted material

Finalmente, se dispone en este Título que con la entrega del enfermo mental a "disposición definitiva de la autoridad sanitaria", se produce un verdadero desasimiento del tribunal de la causa, toda vez que, según lo indica textualmente el art. 694 Código de Procedimiento Penal, "termina con todo control o responsabilidad de las autoridades judiciales o penitenciarias sobre su persona". Por tal motivo, será el Servicio de Salud quien tendrá la responsabilidad sobre el procesado, pudiendo disponer de él a partir de ese momento y según sus facultades legales y reglamentarias. Consideramos que este procedimiento entrega al perito psiquiatra forense facultades que no le son propias, ya que en definitiva podría resolver sobre la libertad e internación consecuente de un procesado que, eventualmente, esté en la situación comentada; lo que no sería procedente.

7. DISPOSICIONES DE LEYES ESPECIALES: LEY SOBRE TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS (18.173); LEY DE TRANSITO (18.290)

Las disposiciones contenidas en la Ley 18.173, de 1982, sobre trasplantes de órganos y de tejidos, fueron integradas al Código Sanitario, formando hoy parte del Libro IX de dicho cuerpo legal. En consecuencia, todo tipo de "aprovechamiento de órganos, tejidos o partes del cuerpo de un donante vivo para su injerto o trasplante en otra persona" (art. 145 C.S.), como así también la disposición de un cadáver para fines "de investigación científica, para la docencia universitaria, para la elaboración de productos terapéuticos o en la realización de injertos" (art. 146 C.S.), son regidas por esta normativa contenida en el actual Código Sanitario.

Respecto del aprovechamiento de órganos y tejidos de personas fallecidas que señala este cuerpo legal, se crea un peritaje médico-legal para estos fines que se origina "cuando se sospeche que su muerte es el resultado de un delito" (art. 121 C.P.P.), o bien cuando su muerte "hubiere dado lugar a un proceso penal" (art. 151 C.S.) En estos casos, se requiere la autorización "del Director del Servicio Médico Legal o del médico cirujano en quien éste haya delegado esta atribución", según lo dispone la referida norma sanitaria, que fue modificada en este sentido por Ley 18.498, de 1986. Anteriormente la autorización la otorgaba el juez.

Con el mérito de la facultad entregada por ley a esa autoridad, dicho Servicio, por medio del perito designado —"delegado de atribución"— y según lo dispone el Reglamento de la Ley 18.173, por D.S. 240 del Ministerio de Salud (art.12 Rgto.), deberá acreditar la existencia de los antecedentes requeridos de la muerte de esa persona, según lo exige la ley; señalando además, en su caso, que no existe impedimento para que se efectúe el aprovechamiento de los órganos o tejidos solicitados; en esta forma se trata de no privar a la justicia de elementos indiciarios que pudieran servirle para el esclarecimiento de hechos que investiga y que dicen relación con ese fallecido. La certificación de muerte, esto es, la comprobación de la abolición total e irreversible de todas las funcio-

Copyrighted material

nes encefálicas y demás requisitos señalados en el Reglamento de la ley, debe expedirse —según lo dispone— por dos facultativos; uno de los cuales, a lo menos, deberá desempeñarse en el campo de la neurología o neurocirugía. A este respecto, el perito médico-legal deberá comprobar que estos requisitos se han cumplido conforme a la ley y su Reglamento, suscribiendo las actas que así lo acrediten.

También la Ley 18.290, sobre Tránsito, creó un peritaje especialísimo que debe ejecutar el Servicio Médico Legal, en atención a lo dispuesto en su art. 21, que se refiere a la facultad que tiene este Servicio para pronunciarse sobre la normalidad o anormalidad, capacidad o incapacidad, habilidad o inhabilidad de la persona que solicita autorización para conducir vehículos motorizados. Es prácticamente un "derecho de reclamación" ante esta autoridad, impetrado por quien se siente perjudicado por un diagnóstico médico que considera errado o insuficiente, y que fue expedido en el examen médico-psicotécnico del Departamento del Tránsito de la Municipalidad respectiva. En esta pericia, el Servicio Médico Legal deberá pronunciarse, previos exámenes psicotécnicos de rigor efectuados en la Municipalidad, sobre los aspectos biológico-médicos del peticionario en esta verdadera "instancia de reclamación", lo que hará según los parámetros establecidos por D.S. 170, de 1985, del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, el que podríamos decir "es un verdadero catálogo de circunstancias donde se contemplan enfermedades somáticas y psíquicas" (art. 3º, Nº1, Nº 2, Nº 3, etc.); déficit físicos o psíquicos (sensométricos y otros) (art. 4º, letras A), B); e, incluso, llega a la necesidad de calificación en materias morales (art. 2º en su relación con los arts. 13, Nº 3, y 15 de la Ley 18.290), todo ello destinado a formar juicio por la autoridad municipal respectiva sobre la "inhabilidad o incapacidad que afecta al aludido peticionario de licencia".[18] El peritaje médico-legal en este caso, obtenida la conclusión respecto del afectado, que podrá recaer sobre las incapacidades o inhabilidades detectadas en el primitivo examen psicotécnico, o bien en nuevas incapacidades o inhabilidades detectadas en esta instancia, sean somáticas, psíquicas o morales, será comunicada al Departamento del Tránsito respectivo, que lo agregará a sus antecedentes. En todo caso, ante la discordancia o desacuerdo de ambos diagnósticos —psicotécnico municipal y médico-legal del Servicio—, prevalecerá la conclusión diagnosticada por el Servicio, la cual deberá observarse para los efectos del otorgamiento o negativa de licencia de conductor por dicho Departamento.

[18] O. Romo: *Medicina Legal en el Tránsito*, pág. 31.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

en cadáveres y restos mortales, las de identificación y de laboratorio de histopatología. En el área de Laboratorios se ejecutan los peritajes toxicológicos, bioquímicos y de alcoholemia. Es necesario señalar que cada una de estas secciones funcionan independientemente en el área de su respectiva especialidad; como asimismo, en forma interdisciplinaria, en la ejecución de un mismo peritaje cuando éste lo requiere.

Junto con estas obligaciones y deberes entregados al Servicio, en el art. 16 de su cuerpo orgánico, y según disposiciones atingentes de su Reglamento, se requiere del personal que allí presta su servicio, como imperativo del legislador a este respecto, "guardar sigilo en sus funciones" acerca de los hechos y antecedentes de que tomare conocimiento en razón de los mismos. A mayor abundamiento, sólo mediante la autorización expresa del juez y en los casos determinados por la ley, podrán presenciar o coadyuvar terceros ajenos —cuando se trate de peritos asociados— en la ejecución de una pericia médico-legal; así también, los resultados de ésta no podrían ser utilizados en la enseñanza sin previa autorización del tribunal de la causa. La función pericial debe realizarse con sujeción estricta a las normas dictadas para los médicos legistas y demás funcionarios que velan por el cumplimiento de las obligaciones legales relativas a ellas.

El Reglamento Orgánico del Servicio se preocupa, en sus diferentes Títulos —preferentemente—, de la ejecución y extensión de la pericia médico-legal y de los elementos y conductas necesarios para que el informe, como su resultado, sea expedido en forma idónea, objetiva y oportuna.

Es conveniente señalar que dentro de los contenidos de esta reglamentación se encuentra la obligación para los hospitales y servicios de asistencia pública, donde en forma habitual o excepcional llegan lesionados, de otorgar las facilidades necesarias para el fiel cumplimiento de la orden judicial en relación al Servicio, lo que se traduce, en la práctica, en el envío de la documentación médica referida a la persona o fallecido objeto de la pericia clínica o tanatológica que el Servicio debe realizar.

Bajo la Dirección Nacional, cuya vigencia se prolongó durante los años 1987, 1988 y 1989, quedó el Servicio organizado en todas las Regiones del país, en base al Plan de Desarrollo Regional que se llevó a efecto en esos años; de esta manera, hoy día cuenta con doce Jefaturas Regionales más el Nivel Central, ubicado en la Región Metropolitana. A esto se agrega la creación de Unidades de Apoyo Regional, con que se cuenta en algunas de las Regiones del país, donde los volúmenes de trabajo se han expandido considerablemente en los últimos años.

De acuerdo a las últimas estadísticas correspondientes al año 1989, publicadas por el Servicio en febrero de 1990, las pericias médico-legales a nivel nacional alcanzaron un total de 139.181, con un desglose en sus tres partidas fundamentales de: 10.630 pericias tanatológicas, con un 7,6%; de 64.710 pericias clínicas, con un 46,5%, y de 63.841 pericias de laboratorios, con un 45,9%. Este aumento sostenido en los volúmenes de ejecución de las pericias médico-legales en el país durante los últimos cuatro años, fundamenta la opinión contenida en el Prólogo de dicho Anuario, que señala: "Ello demuestra, una

Copyrighted material

vez más, la progresiva dinámica en el aumento de los volúmenes de gestión del Servicio, y consecuente con ello, la irreemplazable labor que cumple en estas materias".[19]

Indispensable resulta por tanto proyectar su función ante esta realidad, la que deberá enfrentar en el futuro. Su actual estructura, insuficiente en recursos materiales y funcionarios, deberá ser revisada, a fin de dar ductilidad y eficiencia a su labor ordinaria. También será necesario suplir las necesidades creadas por obligaciones que les han sido entregadas por una legislación moderna en estas materias y que lo obligan a preocuparse de funciones que, como la de trasplantes y tránsito, no estaban antes consideradas. La Medicina Legal, por tanto, debe estar entregada preferentemente a un organismo rector que en su función orgánica y jerárquicamente sistematizada, garantice sus niveles de idoneidad científica y objetividad en el otorgamiento de las conclusiones que da la ciencia. Por ello, en el año 1989 se despacha por el Ministerio de Justicia un proyecto de ley orgánica redactado por el Servicio, que recoge todas estas iniciativas y preocupaciones y le otorga una moderna estructura en todo el país, a fin de suplir el requerimiento constante proveniente de la judicatura. Este proyecto quedó en 1990 en trámite de análisis legislativo.

Se considera en dicho proyecto de ley una vinculación fecunda con los institutos académicos, no obstante entender que ésta debe realizarse en forma orgánica y ordenada, dentro de los planos y campos de jurisdicción y competencia en que cada organismo se desenvuelve. No debe olvidarse que estas materias son de vital importancia para la seguridad de la nación, en función del ejercicio y aplicación de la justicia.

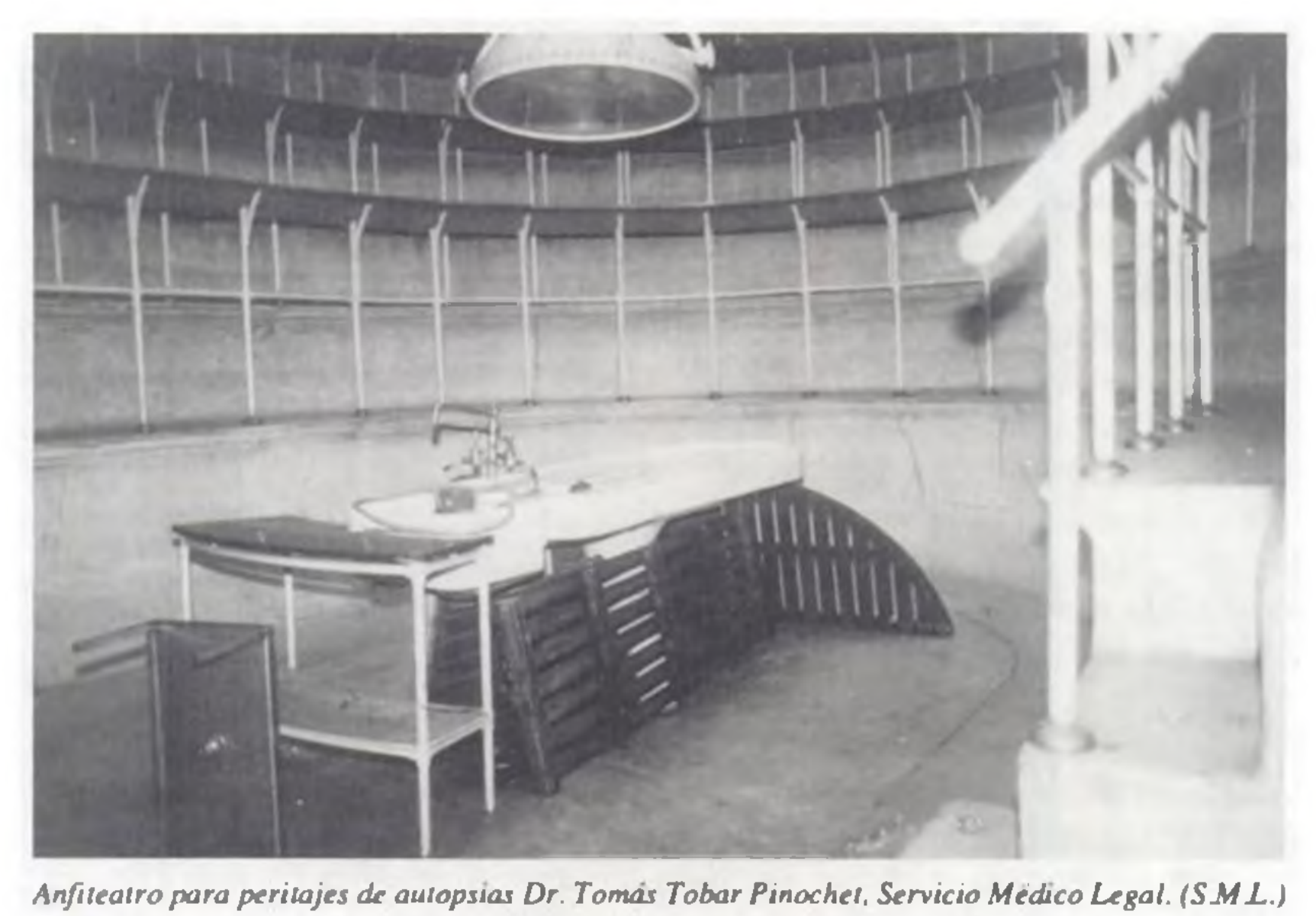
Cabe señalar que el Servicio Médico Legal queda instalado en el Territorio Antártico Chileno, en el mes de marzo de 1989, según documentación que hace fe y respalda dicha instalación por Oficio Nº 3071 de 23 de marzo de 1989 del Servicio; se sienta así soberanía en dicha posesión chilena, ubicándose en la base Teniente Marsh de la Fuerza Aérea de Chile, de acuerdo a la Resolución Ex. Nº 84 de 28 de noviembre de 1989 de aquél, y según Oficio Nº 152 de 25 de enero de 1989 del Ministerio de Justicia.

3. ALGUNOS PERITAJES DE ESPECIALIDAD: SEXOLOGIA, TRAUMATOLOGIA, TANATOLOGIA, PSIQUIATRIA; DE LABORATORIOS: TOXICOLOGICO, BIOQUIMICO Y DE ALCOHOLEMIA

De muy variada naturaleza son los peritajes médico-legales que en la actualidad se realizan; en clínica forense tenemos aquellos relativos a la determinación, cronología y gravedad de las lesiones; sobre existencia de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.); otros, relativos a la capacidad sexual y determinación de embarazo. En psiquiatría, aquellos que están destinados a establecer condiciones

[19] Servicio Médico Legal: Anuario Estadístico 1989, Prólogo.

Copyrighted material



Anfiteatro para peritajes de autopsias Dr. Tomás Tobar Pinochet, Servicio Médico Legal. (S.M.L.)

mentales del examinado, que a su vez sirven de base para resolver sobre su imputabilidad o inimputabilidad, su capacidad o incapacidad civil; sobre drogadicción, etc. En materias relativas a tránsito, peritajes neurológicos y psicotécnicos; sobre sensometría, psicometría y audiometría. En odontología forense, aquellos destinados a establecer identificación, edad fisiológica o lesiones bucomaxilofaciales. En tanatología, peritajes sobre autopsia, estudio de osamentas o restos parciales cadavéricos; relativos a donación de órganos y tejidos para trasplantes. En laboratorios, los de estudios histológicos e histopatológicos; toxicológicos, bioquímicos y de alcoholemia.

En la extensa área del peritaje médico-legal, atendida su variable y compleja naturaleza, para una mayor comprensión se han querido señalar algunas normas que deben ser tomadas en cuenta, respecto de las más corrientes sobre sus respectivas estructuras y posterior desarrollo. Se analizarán escuetamente, en este sentido, peritajes de: sexología forense, traumatología, tanatología, psiquiatría forense, y de laboratorios: toxicológico, bioquímico y de alcoholemia.

Peritaje de sexología forense. En la estructura de este peritaje debe considerarse muy especialmente la historia clínica pertinente; deberá realizarse un examen físico general, con especial observación de la región genitoanal. Así también, deberá ser apreciado el estado psicoemocional de la persona examinada a fin de decidir su derivación a psiquiatría u otra especialidad. El perito forense debe ser acompañado en todo momento por un auxiliar, en lo posible del mismo sexo de quien es examinado, a fin de no provocar un sentimiento negativo hacia quien lo interroga y explora.

Por otra parte, sin menoscabar el pudor y dignidad de la persona examina-

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Cámara frigorífica. Servicio Médico Legal. (S.M.L.)

A continuación se efectuará un examen interno que abarcará, de acuerdo al criterio médico-legal empleado, la mayoría o algunas de las zonas anatómicas del fallecido, de tal manera de ir describiendo las lesiones que se encuentren o bien su falta, en cabeza, cráneo, cerebro, tórax, columna vertebral, u órganos como los pulmones, el corazón, el hígado, etc. Se dejará constancia de la situación en que se encuentran los órganos genitales, el ano y en general la zona perigenital; el peso de los órganos, el grosor de ciertos tejidos, su textura y coloración a la observación directa, sus alteraciones traumáticas, patológicas o terapéuticas, etc. Las vías respiratorias serán objeto de especial análisis, cuando se detecte alguna signología asfíctica. Podríamos decir que se buscan en el análisis y síntesis descriptiva, los elementos que deberán fundamentar las conclusiones del peritaje. No podrán en consecuencia ser omitidos los exámenes de laboratorio que requiera el tanatólogo para llegar a estas conclusiones que persiguen en definitiva: causa de muerte, cronología y mecanismo de acción que produjo aquélla, como cuestiones principales del análisis.

En resumen, podríamos afirmar que en las conclusiones deberá consignarse con objetividad y rigurosidad científica: identidad del occiso; causa de muerte, si fue producto o consecuencia de un acto de terceros; si pudo impedirse con socorros oportunos; sin perjuicio de otras que el perito agregue o que estime necesarias para la buena resolución del juez. Así, por ej., agregará en otros casos la enfermedad que portaba el occiso, su imposibilidad de socorros oportunos; e, incluso, la observación al juez de que ordenó otros peritajes complementarios, cuando sus resultados no se hubieran consignado en el respectivo informe; también, la circunstancia de haberse reservado vísceras, para el eventual caso que el juez quisiere ordenar otro peritaje.

Copyrighted material

Peritaje de psiquiatría forense. Dentro del esquema del peritaje psiquiátrico, no puede faltar la consignación de los antecedentes de la persona objeto de la pericia; de este modo, quedarán consignados antecedentes familiares, laborales, mórbidos y psiquiátricos; así también, los judiciales y delictuales.

En el examen psiquiátrico propiamente tal, atendidas las variadas y complejas formas de las anomalías psíquicas, solamente se mencionarán las principales operaciones que el perito forense ha realizado al examinado en materia de: nivel de conciencia, lenguaje y expresión facial; pensamiento y sensopercepción; atención y concentración; memoria y nivel intelectual; afectividad y cualquier otra alteración psicopatológica que pudiera observarse. El perito hará su apreciación con las observaciones que considere conveniente consignar en base a los datos anteriormente obtenidos; todo ello, a fin de emitir su conclusión diagnóstica sobre la enfermedad mental que afecta a la persona examinada, o bien que la hubiere afectado a la fecha de comisión del delito o ejecución del hecho o acto que se investiga y que es objeto del proceso. Por tanto, en sus conclusiones, el perito psiquiatra forense deberá señalar las alteraciones o anomalías por él detectadas, señalando por ej. que se trata de una personalidad anómala con rasgos impulsivos, consumidor de drogas de tal tipo, etc. Determinará, asimismo, si estas alteraciones originan o son causa de una disminución en su capacidad de discernimiento, de su control de la voluntad o de sus facultades intelectivas, a objeto de que el juzgador resuelva en su caso si obró con capacidad suficiente; o, en el aspecto penal, si es inimputable o imputable respecto del delito investigado.

Peritaje de laboratorios. Dentro de la variada gama donde se desarrolla el peritaje de laboratorios, distinguimos tres áreas típicas en estas materias, correspondientes a peritajes toxicológicos, bioquímicos y de alcoholemia.

En estos exámenes, generalmente de alta complejidad, larga y costosa elaboración, se busca la intoxicación aguda que produjo la muerte según los antecedentes del caso o hallazgos de la autopsia; la determinación de época de muerte, de alcohol en la sangre, etc., como complemento de sendos peritajes de lesiones, psiquiátricos, tanatológicos u otros. Junto con apuntar en forma precisa el objeto del peritaje, estableciendo la fecha de recepción y requirente del mismo, se indican los procedimientos científicos ocupados en el examen, señalando tipo y técnica usados, consignando los valores obtenidos en cada una de estas operaciones. En esta forma se llega a la conclusión que resuelve la duda que dio origen al peritaje, o bien, en su caso, se determina la falta de elementos o antecedentes que impiden su conclusión científica definitiva. El envío de las muestras a laboratorio es de responsabilidad del respectivo remitente (requirente del peritaje); así será, por tanto, del médico legista, del jefe de la Unidad de Emergencia, del médico clínico, etc. El requerimiento deberá expresar específicamente número de envases; fecha y hora de la toma de la muestra; apreciación clínica en algunos casos, y, obviamente, la individualización de la persona o fallecido a quien pertenece dicha muestra. En la recepción de la muestra deberán cumplirse ciertas formalidades, como: desenvolver, para su identificación y certificación de estado, cada uno de los envases remitidos,

Copyrighted material

número, naturaleza, etc. En otros casos, de toxicologías y de alcoholemias, por ej., debe existir una completa reglamentación interna para la recepción y apertura de las cajas de seguridad donde se envían los frascos con muestras de sangre o de tejidos u órganos o partes de ellos. Identificada la muestra, recién podrá ser entregada ésta al químico, bioquímico o físico forense que deberá trabajar en ella.

Este informe de laboratorio, finalmente, contendrá un resumen fundado de las operaciones científicas realizadas con cada una de las muestras en cuestión, incluyendo, en la respuesta al requerimiento, la opinión que merece al especialista forense; conjuntamente, señalará los estándares científicos habituales que rigen estas materias. En ciertos exámenes, como ocurre en el caso de los peritajes de alcoholemia —dados los volúmenes con que se opera, superiores a 40.000 anualmente—, se ha debido estandarizar su petición y expedición en base a una reglamentación expresa y documentación estricta, cuya tuición la tiene el Servicio Médico Legal.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Región	Ciudad	TIPO			
		Inter-Regional	Regional Tipo	Unidad Apoyo Regional	Punto atención Preferente
VI	Rancagua		X		
VII	Curicó			X	Molina
	Talca	X			San Javier
	Linares			X	Parral
VIII	Chillán			X	
	Concepción	X			Talcahuano Tomé Lota Coronel Curanilahue
	Los Angeles			X	
IX	Temuco	X			Angol Collipulli Victoria Traiguén Curacautín Pitrufquén Loncoche
X	Valdivia		X		
	Osorno		X		
	Pto. Varas			X	
	Pto. Montt	X			Calbuco Maullín
XI	Coyhaique		X		
XII	Punta Arenas	X			
	Antártica Chilena			X	

Copyrighted material

2. Resolucion Ex. Nº. 84 de 28 de febrero de 1989. Crea Unidad de Apoyo Regional "Antartica Chilena"

VISTOS:

1. Lo dispuesto en los artículos 11 y 12 letras a), c) y e) del D.F.L. Nº 196 de 1960;
2. Lo preceptuado en los artículos 12 y 15 letra h) del D.S. Nº 427, de 1943, del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1. Que por mandato de su Ley Orgánica compete al Servicio Médico Legal el desarrollo científico, propio de su carácter de organismo de alta especialidad, y la función pública de asesoría a la administración de justicia.

2. Que estas áreas, inherentes a su gestión institucional, proyectan su acción a nivel nacional, en concordancia con la política de regionalización del Servicio aprobada por el Supremo Gobierno.

3. Que la consolidación en forma permanente de la presencia del Servicio en el territorio antártico chileno, mediante la instalación de una Unidad de Apoyo Regional, involucra el cabal cumplimiento de sus objetivos y obligaciones legales, lo que genera el acto administrativo formal que deja constancia de este trascendente hecho.

RESUELVO:

Créase la Unidad de Apoyo Regional "Antártica Chilena", dependiente de la Oficina Regional de Punta Arenas del Servicio Médico Legal de Chile.

Su organización y funciones serán determinadas por la Dirección Nacional.

Anótese y comuníquese

OSVALDO ROMO PIZARRO
Director Nacional

Copyrighted material

3. Oficio PI-2641-01307, de 20 de marzo de 1984 de la Excma. Corte Suprema a las I. Cortes de Apelaciones del país, sobre visitas domiciliarias por personal del Servicio Medico Legal a personas lesionadas

Para su conocimiento y fines que se indican, trascribo a US. I. lo resuelto por el Tribunal Pleno de esta Corte Suprema en los antecedentes administrativos Pl-2641, relativos a la solicitud del Ministerio de Justicia a fin de instruir a los señores jueces para que al ordenar visitas domiciliarias, por personal del Servicio Médico Legal a personas lesionadas, sólo sea en aquellos casos efectivamente indispensables, suscribiendo personalmente la orden respectiva.

"Santiago, dieciséis de marzo de mil novecientos ochenta y cuatro.

Trascríbase a las Cortes de Apelaciones del país a fin de que procedan a impartir instrucciones a los juzgados de la jurisdicción sobre lo solicitado por el Ministerio de Justicia.

Comuníquese lo resuelto a dicho Ministerio.

Fdo. Presidente, R. Retamal L., Ministros Sres. J.M. Eyzaguirre E., I. Bórquez M., L. Maldonado B., O. Ramírez M., V.M. Rivas del C., E. Correa L., O. Erbetta V., E. Ulloa M., M. Aburto O., E. Zúñiga C., A. Meersohn Sch. y C. Letelier B.

Proveído por la Excma. Corte Suprema.

Gerardo Navarro Escala, Secretario Subrogante".

De conformidad con lo trascrito adjunto remito a US. I. copia del oficio ordinario Nº 0513, del Ministerio de Justicia, de 8 de marzo último.

Dios guarde a US. I.

RAFAEL RETAMAL LOPEZ
Presidente

GERARDO NAVARRO ESCALA
Secretario Subrogante

A LAS ILUSTRISIMAS
CORTES DE APELACIONES DEL PAIS

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

7º. El Subsecretario infrascrito encarece la estricta aplicación y difusión de esta Circular.

Saluda atentamente a Ud.,

DR. AUGUSTO SCHUSTER CORTES
Subsecretario de Salud
Subrogante.

DISTRIBUCION:

-Secretarios Regionales Ministeriales;
-Directores Servicios de Salud;
-Gabinete Sr. Ministro;
-Subsecretaría;
-Asesoría Jurídica;
-Oficina de Partes.

Copyrighted material

5. DIRECTIVA PERMANENTE INTERNA TECNICA Nº 5 DEL MINISTERIO DE SALUD, SOBRE NORMAS DE MANEJO DE LAS HISTORIAS CLINICAS; DOCUMENTO INTERNO

OBJETIVO

Establecer las normas para el manejo de las Historias Clínicas en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

1. Las Historias Clínicas deberán considerarse documentos reservados y secretos, de utilidad para el enfermo, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, por lo que no se podrá autorizar su uso para otros fines, guardando en todos los casos el secreto profesional.

2. Las historias clínicas deberán contar siempre con la información identificatoria completa y actualizada. El personal de estadística deberá cautelar el estricto cumplimiento de lo señalado.

3. Ninguna historia clínica puede ser entregada al enfermo, sino que será llevada por personal del establecimiento a la consulta del médico.
   Cuando otro establecimiento o entidad requiera de la información clínica del paciente, ésta debe ser transcrita o reproducida y enviada por intermedio de la Dirección.

4. Las historias clínicas saldrán del archivo sólo para:
   a) Atención de Consultorio Externo; en cuyo caso deben volver el mismo día al archivo.
   b) Hospitalización; caso en el que volverán el mismo día del alta del paciente con su documentación completa y ordenada.
   c) Investigación clínica y auditoría, en cuyo caso el profesional que las utilizará será responsable de su custodia y deberá devolverlas al archivo en el plazo de 8 días.
   d) Tramitación de beneficios económicos o procesos judiciales.
   e) Otros casos que deben ser autorizados por escrito por el Director.

5. El personal de estadística no podrá proporcionar antecedente alguno sin expresa autorización de su Jefe, a menos que lo soliciten el Director u otro profesional del equipo de salud del establecimiento.
   Lo anterior es sin perjuicio de las facultades que corresponden a los funcionarios del Ministerio, Secretaría Regional Ministerial, Dirección del Servicio de Salud o quienes desempeñen funciones inspectivas.

6. A todo enfermo se le podrá proporcionar gratuitamente una copia de los exámenes de laboratorio que se le hayan practicado y, en todo caso, un informe con el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento practicado, especialmente cuando ha habido intervenciones quirúrgicas. Lo anterior podrá ser requerido por el paciente, su representante legal, o por un médico cirujano tratante.

Copyrighted material

7. La historia clínica debe ser elaborada con letra clara y legible, debe conservar su estructura en forma ordenada, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación que la compone.

8. Las historias clínicas que permanezcan en archivo pasivo y sin movimiento por más de 15 años podrán ser eliminadas debiendo dejar constancia de ello en un acta que señale el nombre del paciente, Número de la historia y otros datos que se estimen pertinentes. Aquellos Servicios de Salud que dispongan de la infraestructura física que les permita una permanencia mayor podrán hacerlo, siempre que ello implique un sistema real y práctico de fácil consulta.

9. La Dirección del Establecimiento deberá disponer en forma periódica una Auditoría de fichas clínicas de acuerdo a las normas o modalidades que se establezcan.

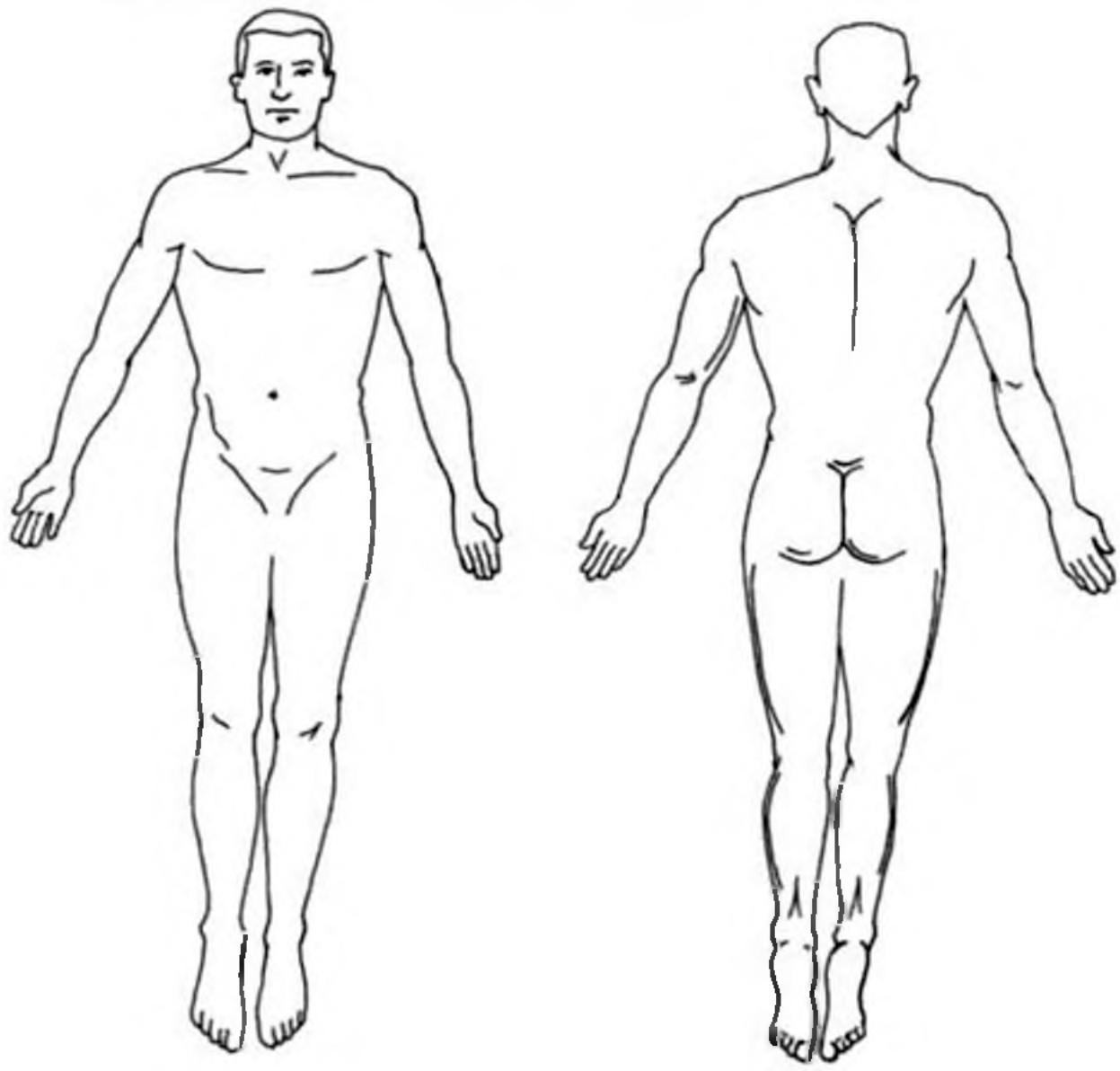
Copyrighted material

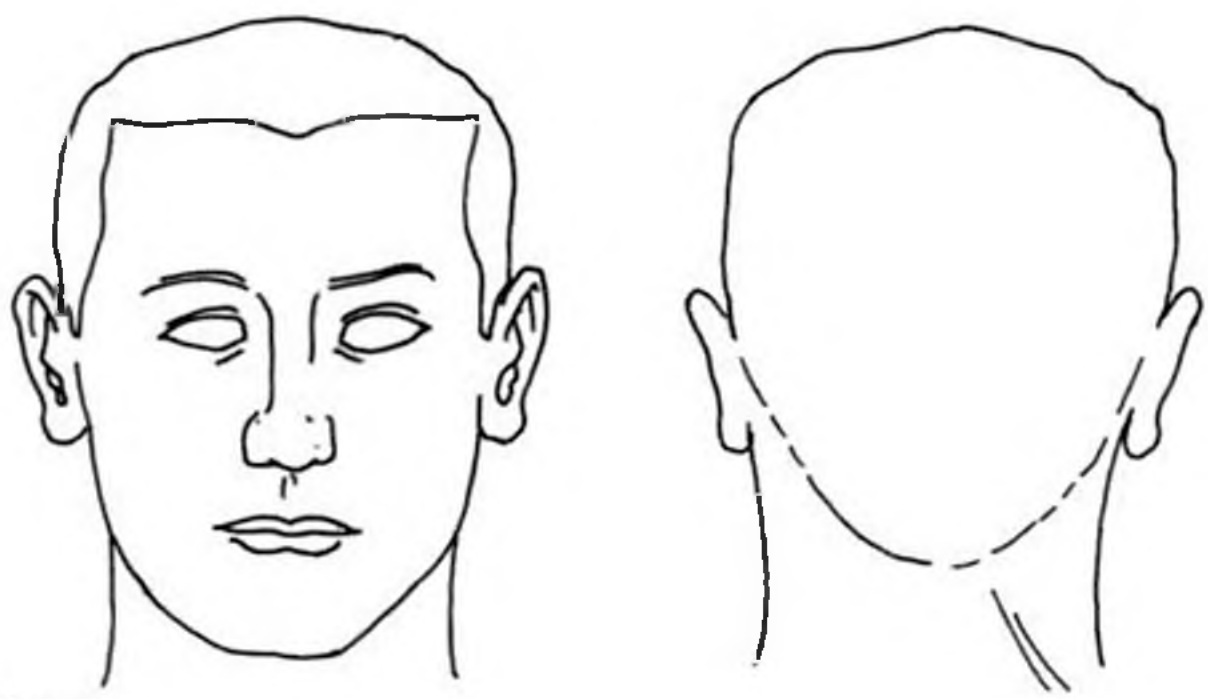
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO JUDICIAL

Nombre del _____





Observaciones:

_____ Fecha

_____ Firma del médico

Copyrighted material

7. INFORME DE AUTOPSIA

SANTIAGO

SEÑOR JUEZ:

Con fecha. . . . . , practiqué en este. . . . . la autopsia de un sujeto enviado por el Hospital. . . . . con Parte Nº , con antecedentes de haber sido trasladado desde. . . . . identificado como:. . . . . .

Es incorporado semivestido a la mesa de autopsia, cubierto con una frazada color amarillo-azul.

Las ropas en relativo orden, húmedas, impregnadas con barro, cubiertas con arenilla, el cierre del pantalón abierto.

Viste: Blue jeans, en la pretina con correa de cuero café con hebilla de metal blanco, mocasines negros, calcetines verdes, slip blanco (manchado con líquido serohemático).

Estatura: 171 cm. Peso: 76 kg.
Edad: 49 años.

INSPECCION GENERAL EXTERNA

- Mesoendomorfo.
- Livideces violáceas oscuras fijas en planos posteriores del tronco.
- Rigidez cadavérica generalizada y marcada.
- Exhibe toda la superficie corporal cubierta con barro y arenilla grisácea.
- Los sacos conjuntivales, fosas nasales, cavidad bucal y conductos auditivos externos con arenilla grisácea.
- La cavidad bucal con alimentos sin digerir (cebolla)
- El hemiabdomen inferior manchado con regueros de sangre desecada, proveniente de la herida punzocortante umbilical que se describirá posteriormente.
- Escoriación y erosiones en la nariz, lado izquierdo.
- 2 escoriaciones en un área de 5x3 cm., región geniana izquierda.
- Conjuntivas pálidas.
- 2 escoriaciones con equimosis azul oscura periférica en un área de 3x2 cm., región clavicular izquierda, tercio medio.
- Escoriación de 0,4 cm., con equimosis azul oscura periférica, hemitórax izquierdo, anterior, tercio inferior.
- Erosiones pequeñas en el codo derecho y en el antebrazo de ese lado, cara posterior, tercio inferior.
- Equimosis violácea de 2,5x1,5 cm., a nivel de la articulación metacarpofalángica dedo meñique derecho, cara posterior.
- Cianosis de los lechos ungueales de las manos.
- Equimosis azul violácea y erosiones en un área de 5x4 cm., brazo izquierdo, cara posterior, tercio medio.
- Erosiones pequeñas cara externa, codo izquierdo.
- Escoriación lineal de 2 cm., cara posterior externa, mano izquierda.
- Maceración discreta de la piel de las manos a nivel de las falanges distales de los

Copyrighted material

dedos, cara posterior y en el borde interno de los pies y talones, la epidermis se exhibe arrugada, con discreto color blanquecino, más acentuada en los pies.
- Escoriación de 1x0,5 cm., con equimosis azul periférica en el flanco abdominal derecho.
- Zona erosiva de 0,3 cm., región infraumbilical medial.
- Equimosis violácea de 2,5 cm., antebrazo izquierdo, cara posterior, tercio superior.

Lesiones principales:

1. En la región axilar derecha, posterior, existe herida punzocortante, que se localiza a 133 cm. del talón derecho y a 24 cm. de la línea media posterior.
   La herida mide 1,5 cm. de longitud, de orientación vertical, con muesca en sus bordes medial que unidas miden 0.8 cm., reproduce la forma de una cruz, bordes irregulares, apergaminados, con zona escoriativa inferior interna de 2 cm. En su avance lesiona el tejido celular subcutáneo y planos musculares superficiales de la región, con infiltración sanguínea rojo oscura en su trayecto. No penetrante.
   La trayectoria del objeto punzocortante es de atrás a delante, de derecha a izquierda y de abajo a arriba, con una profundidad intracorporal de 3,5 cm.
2. En el hemitórax izquierdo, anterior, tercio inferior, paraesternal existe herida punzocortante que se localiza a 123 cm. del talón izquierdo y a 3 cm. de la línea media anterior y del reborde costal izquierdo.
   La herida mide 1,5 cm. de longitud, de orientación oblicua ángulo inferior interno, con muesca en sus bordes medial que unidas miden 0,8 cm. de longitud, reproduciendo la forma de una cruz, bordes apergaminados, irregulares.
   Penetra en el abdomen, transfixiando el hemidiafragma izquierdo donde existe herida punzocortante de 1,5 cm. de longitud, lesiona el hígado transfixiando el lóbulo izquierdo, dejando en su cara anterior una herida punzocortante de 2,5 cm. de longitud, de bordes netos, ubicada a 5 cm. del borde anterior del órgano, lesiona el epiplón menor y corta la vena porta en su cara posterior en una extensión de 2 cm. generando un hemoperitoneo masivo en conjunto con la herida punzocortante abdominal (umbilical) que a continuación se describirá de 2 litros (sangre líquida y coágulos).
   La trayectoria del objeto punzocortante es de adelante hacia atrás, de izquierda a derecha y de arriba a abajo, con una profundidad intracorporal de 16 cm. (zona depresible).
3. En el abdomen a nivel de la región umbilical lado izquierdo, paramedial, existe herida punzocortante, que se localiza a 106 cm. del talón izquierdo, a 3,5 cm. de la línea media anterior y a 13 cm. del apéndice xifoides.
   La herida mide 1,5 cm. de longitud, de orientación oblicua, ángulo inferior interno, con muesca en sus bordes, medial, que unidas miden 0,8 cm. de longitud, reproduciendo la forma de una cruz, bordes apergaminados, irregulares.
   Penetra en el abdomen y transfixia la pared anterior de asa de intestino delgado, correspondiente al yeyuno, ubicada a más o menos 120 cm. del duodeno; luego corta el polo anteroinferior del bazo en una extensión de 4,5 cm.
   La trayectoria del objeto punzocortante es de delante a atrás, de derecha a izquierda y de abajo a arriba, con una profundidad intraabdominal de 12 cm. (zona depresible).
4. En el abdomen, a nivel del flanco derecho, existe herida punzocortante que se localiza a 100 cm. del talón derecho, a 15 cm. de la línea media anterior y a 1,5 cm. por encima de la cresta ilíaca. La herida mide 1,5 cm. de longitud de orientación oblicua, ángulo inferior interno, con muesca en sus bordes medial, que unidas miden 0,8 cm. de longitud, reproduciendo la forma de una cruz, bordes apergaminados, irregulares.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

de desarrollo radicular de 2º y 3º molar superiores izquierdos, corresponde a un individuo joven, cuya edad se estima aproximadamente alrededor de los 17 años. Los restos pilosos adheridos a la superficie ósea, sugieren a un individuo de pelo de color negro de tipo liso. Los alvéolos dentarios vacíos, sin indicios de cicatrización, corresponden a pérdida de esas piezas dentarias en período post mortem. Atendida esta circunstancia, este individuo presentaba una arcada dentaria superior completa y posiblemente sana, ya que no se aprecian caries ni obturaciones dentarias en sus piezas remanentes: 1ºs y 2ºs molares superiores, los que debieron erupcionar a los 6 y 12 años respectivamente. Los 3ºs molares no se muestran a la inspección por encontrarse en desarrollo intramaxilar.
La superficie ósea no presenta signos que pudieran corresponder a violencias de terceros. El único indicio que tal vez podría serlo, sería la pérdida de la porción coronaria del canino superior derecho, cuya raíz se encuentra alojada en su alvéolo mostrando una superficie cervical irregular, sin caries. No se encuentran evidencias de atención profesional en las piezas dentarias remanentes.
La ausencia de:
— Piezas dentarias superiores anteriores y laterales (que habitualmente suelen presentar tratamientos odontológicos).
— Y de la totalidad del maxilar inferior (y de la arcada dentaria inferior).
Impide entregar otros antecedentes que podrían conducir a una mejor identificación.
Es todo cuanto puedo informar a US.,

Muy atentamente,

Dr. . . . . .

Odontólogo Forense.

Copyrighted material

9. INFORME DE OSAMENTAS HUMANAS

SANTIAGO,

SEÑOR JUEZ:

Con fecha . . . . . , practiqué en este Instituto, el Estudio de *Osamentas Humanas*, enviadas por el Retén:. . . . . ., con Parte Nº. . . . . y oficio Nº. . . . . , con antecedentes de haber sido encontradas en. . . . . al interior de. . . . . .

Se ingresa a la sala de autopsia un esqueleto humano casi completo que pesa en total 5.500 g.

Descripción

1. Una cabeza ósea completa y aparte, que sólo le faltan los tercios distales de las apófisis estiloides.

1.1. *Huesos del cráneo*:

Destaca las eminencias supraciliares prominentes, con los rebordes orbitarios gruesos y romos y las apófisis mastoides también prominentes y romas.

A nivel de la calota (en el exocráneo) en lo que a sinostosis se refiere se encuentra en el tercio medio de la sutura sagital e inicio de ésta en la lambdoidea. En la cara endocraneal se encuentran en el tercio externo de la sutura coronal del lado izquierdo y esbozo de ésta en la lambdoidea.

Al corte que separa calota de la base, las paredes son de mediano grosor cuyas medidas son 6 mm. en la parte más ancha y 2 mm. en la parte más delgada. No hay fracturas.

1.2. *Huesos de la cara:*

Presenta los 2 huesos propios de la nariz, los 2 malares, los 2 maxilares superiores y en forma parcial el vómer.

Descripción de la mandíbula superior: No presenta alteraciones en su arquitectura.

Reborde alveolar-Dientes:

A) *Mitad derecha*: Incisivo central: sólo está la raíz y tercio de la porción coronal con la mitad palatina. Incisivo lateral: Faltan los dos tercios de la porción coronal, no advirtiéndose otras alteraciones.

Canino: Ausente. Hay reabsorción del alvéolo.

1º y 2º premolares: Ausentes, con reabsorción de los alvéolos.

1er molar: Exhibe una obturación de metal blanco en cara mesial y palatina-oclusal.

2º molar: De aspecto normal.

3er molar: Ausente, alvéolo reabsorbido.

B) *Mitad Izquierda*:

Incisivo central: Exhibe el esmalte en forma de "capuchón" hasta los dos tercios superiores. Se observa una obturación de metal amarillo en cara palatina.

Incisivo lateral: Falta el segmento mesial con carie a este nivel.

Canino izquierdo: Con una pequeña fisura lineal del esmalte en el eje mayor del diente.

1er premolar: Ausente con reabsorción del alvéolo.

2º premolar: Con obturación de metal blanco en cara mesial.

1er molar: Sin alteraciones.

2º y 3er molar: Ausentes con reabsorción de los alvéolos.

Descripción de la mandíbula inferior: Se aprecia maciza, con las eminencias de in-

Copyrighted material

serción muscular prominentes. Los agujeros mentonianos equidistan de los bordes del cuerpo.

Reborde alveolar-Dientes:

A) *Mitad derecha*:

Incisivo central: Pérdida de sustancia en "V" (ausencia esmalte y dentina).

Incisivo lateral: Con pérdida de tercio de la mitad mesial.

Canino: De aspecto normal.

1er y 2º premolar: Sin alteraciones.

1er molar: Con obturación de metal blanco en cara oclusal y vestibular.

2º molar: Sin alteraciones.

3er molar: ausente, sin esbozo de cavidad alveolar.

B) *Mitad izquierda*: Presenta: incisivos central, lateral, canino, 1er y 2º premolares y 2º molar de aspectos normales. Las cavidades alveolares de los no mencionados están reabsorbidos.

2. Articulados anatómicamente por tejido blando desecado se observan las vértebras dorsales desde la 2º, las lumbares y el sacro con la pelvis y las extremidades inferiores participando los fémures, las tibias y el peroné izquierdo.

   En la columna vertebral destaca una desviación del eje normal que consiste en una escoliosis dorso lumbar de concavidad derecha y un esbozo de xifosis de la porción dorsal.

   Aparte y desarticuladas están las 7 vértebras cervicales, que son de aspectos normales y con ausencia parcial de la apófisis espinosa.

   La pelvis presenta predominancia de ejes verticales en las fosas ilíacas, los agujeros obturadores son más ovalados y en ángulo subpubiano anguloso.

   Los fémures son de aspecto normal y miden derecho: 49,5 cm. de longitud.

   Las tibias también son de aspecto normal y miden: derecho: 41,1 cm. e izquierdo: 41 cm.

   El peroné izquierdo tampoco presenta alteraciones.

   Aparte se encuentra el peroné derecho con ausencia de las epífisis (proximal y distal).

3. Como una sola pieza viene la extremidad superior derecha que consta del húmero articulado por tejido blando desecado al cúbito y radio y la mano que presenta un tejido apergaminado con ausencia del pulgar, de la falange distal del índice y de los dos tercios distales del meñique.

   Húmero mide: 35,5 cm.

   Separado viene el húmero izquierdo con la epífisis incompleta que por esto no se mide.

   El radio y cúbito izquierdos que también presentan ausencia de las epífisis.

4. En forma independiente están:

   Las 2 clavículas (derecha e izquierda) que les faltan parcialmente las extremidades acromiales y esternales.

   Las 2 escápulas (derecha e izquierda) completas, 19 segmentos de costillas.

   Los 2 astrágalos casi completos y 1 calcáneo incompleto (ausente el cuerpo).

EXAMEN DE LABORATORIO - FEMUR IZQUIERDO:

LIPIDOS TOTALES: 9 , 7 milígramos de lípidos por gramo de hueso.

METODO: Extracción en Soxhlet.

DATA APROXIMADA: De acuerdo a patrones del Cementerio General podría corresponder a data superior a 6 meses e inferior a 1 año.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

11. INFORME SOBRE INCAPACIDAD EN U. DE TRANSITO

EXAMEN MEDICO LEGAL Nº
RECLAMACION DE DON

SANTIAGO.

A. *ANTECEDENTES DE LA RECLAMACION*:
A.1. INFORME PSICOTECNICO MUNICIPALIDAD DE LA CISTERNA.
A.2. INFORME MEDICO CIRUJANO DR.
RCM.: RUT.:
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA.

Conforme a lo dispuesto en los incisos 4º y 5º del artículo 21 de la Ley Nº 18.290, y las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo Nº 170, de 1985, del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones y teniendo presente los informes contenidos en los documentos individualizados en los antecedentes, se ha procedido a efectuar un nuevo examen médico al reclamante ..... a objeto de establecer la existencia de la inhabilidad que lo incapacita para optar a una licencia de conductor; impedimento que en su caso dice relación con: "FUNCION VISUAL".

Fundamento del rechazo según el examen psicotécnico que se adjunta.

B. EXAMEN MEDICO PRACTICADO:

Del examen médico practicado se han obtenido los siguientes resultados:

B.1. *ANAMNESIS Y ANTECEDENTES CLINICOS*:
Apendicetomizado y monocular desde 1969, por pérdida del ojo izquierdo en accidente de tránsito.

UNIDAD TRANSITO

B.2. *Examen sensométrico*: Con lentes de corrección.
B.2.1. Agudeza visual: O.D.: 0.5 O.I.: 0.0
B.2.2. Perimetría: O. D.: 85º O.I.: Nasal.
B.2.3. Visión de profundidad: 0%
B.2.4. Visión nocturna: 32 candelas
B.2.5. Encandilamiento: 60 candelas
B.2.6. Recuperación enc.: 3 segundos
B.2.7. Visión de colores:
-Ve las 15 láminas del Test de Ishihara.
-Reconoce permanentemente los colores rojo, verde y amarillo.

B.3. *EXAMEN PSICOMÉTRICO*:
B.3.1. Tiempo de reacción simple: 0.52 segundos
B.3.2. Test punteado electromecánico: 21 aciertos y 31 errores con 2,36 segundos de permanencia.
B.3.3. Test Punteado electrónico: No puede realizar el examen.
B.3.4. Test de Palanca: 17 errores y 11,91 segundos de permanencia.
B.3.5. Test de Manivela y Palanca: No puede realizar el examen.

Copyrighted material

B.4. *Otros exámenes*

B.4.1. Presión arterial: 140/90 mmHg. (brazo derecho).

C. *Diagnósticos*:

1. Visión monocular
2. Prótesis ojo izquierdo.
3. Estereopsis y campimetría: Alterada.
4. Adaptometría: Alterada.
5. Psicometría: Alterada.

CONCLUSIONES:

Se concluye: Que el postulante presenta la incapacidad detectada en el examen médico practicado en el gabinete psicotécnico municipal.

Atentamente,

Médico Legista

DISTRIBUCION:
Depto. del Tránsito
Municipalidad de. . . . . .

Copyrighted material

12. INFORME QUIMICO TOXICOLOGICO EN MUESTRAS DE VISCERAS

INFORME MEDICO LEGAL SOBRE EXAMEN QUIMICO TOXICOLOGICO EN MUESTRAS DE VISCERAS. PERTENECIENTES A
PROTOCOLO DE AUTOPSIA Nº
SANTIAGO.

PRESENTE.

En atención a lo solicitado por Ud., se ha efectuado en esta Sección Laboratorios, el examen químico toxicológico, en una muestra de vísceras, pertenecientes a: . . . . . ., cuyo protocolo de autopsia es el Nº . . . . . .

RECEPCION:

Las muestras se recibieron procedentes de la Sección Tanatología de este Servicio y consistieron en lo siguiente:

—Un fco. conservero con estómago, cuyo peso fue 320 gramos.

—Un fco. conservero con vísceras (hígado, riñón y bazo), cuyo peso fue 590 gramos.

Peso total: 910 gramos.

OPERACIONES DEL EXAMEN:

El examen se efectuó en un homogeneizado de las vísceras y en el contenido gástrico por separado.

Se empleó 200 gramos de homogeneizado para el método de Stas Otto, 100 gramos para el método de arrastre por vapor de agua y 30 gramos para la reacción de Reinsch.

Las reacciones al papel indicador universal fueron levemente ácidas (pH:6) para las vísceras y para el contenido gástrico.

La reacción de Reinsch para tóxicos metálicos, dio resultados negativos para arsénico y mercurio y demás metales tóxicos que cumplen con esta prueba.

La investigación de tóxicos volátiles se efectuó por el método de arrastre por vapor de agua. En el líquido obtenido se investigó: cianuros, alcohol metílico y pesticidas organoclorados, obteniéndose resultado positivo para alcohol metílico en regular cantidad.

La investigación de tóxicos orgánicos fijos en las vísceras, se efectuó por el método de Stas Otto, modificado por Clarke y posterior extracción con solventes orgánicos a pH controlado, usando columnas Extrelut.

En el contenido gástrico se procedió por extracción directa con solventes orgánicos a pH controlado, en el mismo tipo de columna.

En los residuos correspondientes a las extracciones, se efectuaron reacciones de identificación por cromatografía en capa fina para: pesticidas organofosforados, organoclorados, derivados carbámicos, derivados barbitúricos, derivados salicílicos, derivados benzodiazepínicos, derivados fenotiazínicos y alcaloides, obteniéndose resultados negativos.

CONCLUSION:

El examen químico toxicológico ordenado efectuar por Dr.. . . . . en una muestra de vísceras, pertenecientes a:. . . . . ., protocolo de autopsia Nº. . . . . ., ha revelado lo siguiente:

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

13. Informe psiquiatrico sobre facultades mentales

SANTIAGO,

SEÑOR JUEZ:

En cumplimiento al Oficio de ese Tribunal con fecha . . . . de septiembre de . . . . . , en el que se pide informar sobre las facultades mentales de don. . . . . ; al respecto podemos informar a US., lo siguiente:

NOMBRE:	
EDAD:	31 años;
ESTADO CIVIL:	soltero;
LUGAR DE NACIMIENTO:	Santiago;
EDUCACION:	Analfabeto;
OFICIO:	Lavador callejero de automóviles;
JUZGADO:	Jdo. del Crimen Santiago.
Nº DE CAUSA:	Nº . . . . .
VICTIMA O HECHOR POSIBLE:	Hechor posible.
DELITO:	Sodomía;
UBICACION DEL DELITO:	A) Fecha:?; B) Lugar: Urbano.
MOTIVO DEL PERITAJE:	Examen psiquiátrico.
FECHA EXAMEN:	. . . . .
SOLICITUD DE ANTECEDENTES O EXAMENES:	No se cuenta con más antecedentes que los proporcionados por el examinado.
ANTECEDENTES MORBIDOS:	Meningitis en la lactancia.
ANTECEDENTES DELICTUALES:	(-).
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS:	Dice ser enfermo mental, pero no proporciona mayores informaciones.

ANTECEDENTES:

Sujeto que dice tener 31 años de edad y haber nacido el 6 de agosto de 1956. Dice vivir en Quinta Normal en...con.... en una calle algo así como.... Nº.. "parece".

Vive con los padres, no sabe si están legítimamente unidos. Siete hermanos. Padre jubilado de FF.CC. Madre dueña de casa.

Habría estado dos años en escuela especial de desarrollo, con rendimientos nulos. Analfabeto.

Trabaja como lavador callejero de automóviles, por el vecindario.

De "guagua" habría sufrido de meningitis. A consecuencia de lo anterior habría quedado "enfermo mental". Lo habrían controlado en Servicio Médico de FF.CC. Desde hace años sin control ni tratamiento médico.

Refiere vagamente distimias ansiosas o depresivas por sus limitaciones agresivas ante contrariedades.

Dice que le gustan las mujeres pero que nunca ha pololeado ni ha tenido relaciones heterosexuales.

No habría ingestión de alcohol previa. Ni tampoco consumo de drogas.

Copyrighted material

ANTECEDENTES JUDICIALES:

Causa por Sodomía.

Relata: "falta a la moral, no sé como. Ese día estaba con alcohol. Iba pa'la casa. Un caballero me dijo que le hiciera cuestiones. Quería que lo pisara chiii. Carabineros lo pilló desnudo en un estacionamiento, yo estaba con los pantalones abajo. Me iba a dar plata".

EXAMEN PSIQUIATRICO:

Se presenta un adulto joven, de facie oligoide y que se desenvuelve en forma torpe y cohibida. Viste en forma desaliñada, cuidado con poco esmero de su aspecto. Actitud pasiva, colabora sin comprender el sentido de la pregunta, abundan sonrisas bobas o ruborizaciones.

Vigil. Desorientado en tiempo y espacio. No sabe dónde está ni a qué viene. Sólo capta que está frente a un médico, ignorando el motivo, sin demostrar interés por averiguarlo.

Cumple con torpeza las indicaciones que se le formulan. Comprende con dificultad lo que se le pregunta. Responde con escasa atingencia. Discurso lacónico, impreciso, fraccionado, detallista, coherente, pero con pobreza acentuada de los contenidos. Vocabulario muy limitado, lenguaje poco claro.

Afectividad pueril e inestable. Se queja de la situación, pero no analiza con autocrítica lo ocurrido.

Nivel intelectual correspondiente a una debilidad mental profunda.

CONCLUSION:

Presenta una oligofrenia precozmente adquirida, en el grado de la debilidad mental profunda.

Lo anterior implica inimputabilidad en el hecho que se investiga.

PRONOSTICO:

Afección crónica e irrecuperable, que lo incapacita en forma absoluta y permanente a valerse por sí mismo.

CRITERIO TERAPEUTICO:

Requiere control y tratamiento psiquiátrico.

Saluda Atte. a US.

Médico Legista

AL SEÑOR JUEZ
SANTIAGO

Copyrighted material

14. INFORME SOBRE RESPONSABILIDAD MEDICA

CAUSA Nº .....
INFORME DE PERICIA MEDICO LEGAL
Nº .....
DE: .....

SANTIAGO,

SEÑOR JUEZ:

En cumplimiento al oficio de ese tribunal de fecha 16 de noviembre de 19 , al respecto podemos informar a US., lo siguiente:

ANAMNESIS Y ANTECEDENTES CLINICOS:

Antecedente de hospitalización de la Sra... de veinte años a las 22:10 horas del día . . . de Noviembre de . . . . en Hospital de . . . . . con diagnósticos que constan en ficha clínica de: . . . . . .

1. G1
2. Embarazo de cuarenta semanas
3. Trabajo de parto inicial.

Examen obstétrico: Utero 33 cms. altura uterina, presentación cefálica apoyada dorso izquierdo, membranas intactas, diagnóstico de pelvis normal.

Es evolucionada por matrona de turno desde las 22:45 horas del 6-11 . . . hasta las 19:05 horas del 7-11 . . . con dinámica uterina irregular, latidos cardiofetales normales.

Rotura espontánea de membranas a las 07:45 horas; líquido amniótico claro, evolucionando la dilatación cervical hasta 8 cms. a las 19:10 horas donde es evaluada por médico de turno quien encuentra cuello delgado 8 cms. de dilatación, membranas rotas y líquido amniótico claro con una cefálica en primer y segundo plano de Hodge, y en una variedad occipito-ilíaca derecha transversa. Considerando que se daban las condiciones para un parto vaginal, se realiza una anestesia peridural y una conducción ocitócica del parto; la anestesia fue realizada y evaluada por el médico finalizando a las 19:45 horas.

A las 20:00 horas se produce cambio de turno.

A las 20:20 horas es evaluada por médico de turno considerando una progresión adecuada del trabajo de parto, decidiendo continuar con evolución espontánea del trabajo de parto y control estricto de latidos cariofetales.

A las 21:15 horas se registra un alza de la temperatura axilar de 38º C y rectal 38,4ºC. presentando la paciente sensación de pujo y vómitos biliosos abundantes.

El tacto vaginal demuestra dilatación completa del cuello uterino y descenso de la presentación, con variedad de posición occipito sacra, considerando estas condiciones además de agotamiento materno y cierto grado de deshidratación sumada al hecho de que el efecto anestésico se habría terminado, se decide realizar una hidratación con solución de Ringer a goteo rápido, pasan a la paciente a pabellón de parto y efectúan una anestesia raquídea baja (Saddle Sloch); decidiendo el médico realizar un forceps con dilatación de cuello uterino completa, membranas rotas, líquido amniótico claro, presentación cefálica en tercer plano de Hodge con variedad de posición occipito-sacra, realizando un primer intento con forceps Simpson el cual se desecha por no ser el adecuado y realizando una aplicación de forceps Kyelland extrayendo recién nacido de

Copyrighted material

3.840 grs., 55 cms. de largo, masculino, apgar 3, 2, 1, muy deprimido con frecuencia cardíaca entre cincuenta a sesenta latidos por minuto, esfuerzos respiratorios aislados; muy hipotónico y con cianosis generalizada es tratado médicamente, falleciendo por paro cardiorespiratorio a los quince minutos.

CONCLUSIONES:

1. La evolución del trabajo de parto fue desarrollándose por matrona durante el primer período, lo cual es habitual siempre que la paciente no presente una patología del embarazo que haga necesario un control estricto por médico.

2. La fase activa del parto fue evolucionada y controlada por médico, administrando una anestesia peridural con la finalidad de conducir adecuadamente la fase final del trabajo de parto.

3. La paciente no presentó ninguna causa médica que contraindicara un parto vaginal y debiera realizarse una operación cesárea; estaba en todas las condiciones adecuadas para un parto vaginal.

4. La paciente en la fase expulsiva del parto habría presentado un sufrimiento fetal agudo, no pesquisado durante los últimos cinco minutos, pudiendo este sufrimiento fetal haber sido diagnosticado con monitorización estricta del trabajo de parto, pero esta situación no habría cambiado la conducta a seguir por el médico, que debía haber realizado un forceps de emergencia puesto que la paciente se encontraba en la fase final del parto, y una operación cesárea hubiera significado una latencia mayor.

5. Un sufrimiento fetal agudo puede dejar secuelas neurológicas importantes, que significan el fallecimiento del recién nacido.

6. La autopsia realizada al recién nacido no revela ninguna lesión traumática atribuible a los procedimientos médicos (forceps).

Se adjunta expediente causa rol Nº . . . . . fjs. 148.

Es cuanto podemos informar a US.,

Médico Legista

Jefe Sección Clínica

SR. JUEZ JDO. DE
LETRAS DE
PRESENTE

Copyrighted material

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1), 3), 7), 17) J. A.GISBERT CALABUIG: *Medicina Legal y Toxicología.*

2) E. MARTIN: *Manual de Medicina Legal.*

4) N. ROJAS: *Medicina Legal.*

5), 6), 15), 16) C. SIMONIN: *Medicina Legal Judicial.*

8) E. F. P. BONNET: *Lecciones de Medicina Legal.*

9) A. PONSOLD: *Manual de Medicina Legal.*

10), 11) L. THOINOT: *Tratado de Medicina Legal.*

12) A. LACASSAGNE: *Précis de Médicine Légale.*

13) *Revista Chilena de Medicina Legal*; Nº 1; Año 1965.

14) C. J. A. MITTERMAIER: *Tratado de la Prueba en Materia Criminal.*

18) O. ROMO: *Medicina Legal en el Tránsito.*

19) *Anuario Estadístico*; Servicio Médico Legal; Año 1989.

Copyrighted material

SEGUNDA PARTE

LA PERSONALIDAD NATURAL. ANTECEDENTES EN LA CREACION DEL SER HUMANO

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

útero o matriz, las dos trompas de Falopio, también llamadas oviductos, y los dos ovarios; estos últimos, como las trompas de Falopio, están ubicados a izquierda y derecha del útero.

Los ovarios son los órganos sexuales de la mujer; existen en número par, situados como dijimos a izquierda y derecha del útero; su forma es ovoide y miden aproximadamente, en una dimensión normal, cuatro centímetros de largo; son de estructura algo aplanada y de color blanquecino, sembrada en su exterior por una especie de hoyuelos. En el interior de estos órganos se forman los óvulos o células sexuales femeninas o gametos femeninos; los óvulos se encuentran en el interior de los folículos ováricos o folículos de Graaf, que al estallar dejan en libertad dichos óvulos. Cuando la mujer nace, sus ovarios ya contienen todos los óvulos que serán liberados durante su período de fertilidad; se calcula que alcanzan a un número promedio entre 100.000 y 120.000, lo que, atendido a que sólo un óvulo —en forma normal— desciende cada vez mensualmente en la mujer fértil, no más de 400 óvulos cumplen el ciclo ovulatorio total durante el período de fecundidad en la vida de una mujer normal. Cuando finaliza dicho período, los óvulos que restan se descomponen y se van perdiendo, siendo reabsorbidos por el organismo. En el interior de los ovarios se encuentran distribuidos diminutos grupos de células que son los folículos de Graaf, dentro de cada uno de ellos hay un óvulo inmaduro (u oocito). En esta forma, al madurar dicho folículo aumenta de tamaño y emerge a través de la superficie del ovario; función que se reproduce cada 28 días.

Así, observamos que mientras en el hombre siempre hay espermatozoides en producción y disponibles para la fecundación, el período de la mujer en que puede ser fecundable es cíclico y determinado, se presenta una vez cada 28 días y se prolonga sólo por alguna horas (la vida del óvulo).

Las trompas de Falopio u oviductos se extienden desde las inmediaciones de los ovarios hasta el útero, donde tienen su implantación. Las trompas de Falopio se turnan en su misión de servir de conducto hábil al óvulo en su tránsito hacia el útero; durante la ovulación, el extremo de la trompa de Falopio más próximo al ovario, llamado pabellón de la trompa, rodea la mayor parte de éste y su folículo, a fin de que una vez liberado el óvulo correspondiente, pase a dicha trompa, que habrá de servir de medio de transporte hasta el órgano antes señalado. Es importante añadir que el óvulo no es capaz de moverse por sí mismo, sino que es trasladado por la acción de las células alineadas en el interior de la trompa (cilios) y por la contracción de las fibras musculares que forman parte de sus paredes. La distancia por recorrer entre el ovario y el útero es aproximadamente de unos diez centímetros; el óvulo requiere de algunos días para este recorrido; normalmente el encuentro del espermatozoide con el óvulo se produce en estos órganos; generalmente, en el tercio superior o medio de las trompas de Falopio. Podríamos decir, finalmente, que el tamaño de un óvulo es semejante al del punto con que se termina esta oración. No obstante, este gameto es más grande 2.000 veces al gameto masculino que debe fecundarlo.

El útero es un órgano musculoso, hueco, de paredes contráctiles; asemeja una pera invertida. La parte superior y anterior de este órgano, llamado cuerpo

Copyrighted material

del útero, se encuentra normalmente encorvada y apoyada sobre la curvatura de la vejiga; la porción inferior, denominada cuello del útero, avanza ligeramente en el canal vaginal que la sucede; allí se ubica el "hocico de tenca", abertura que la comunica con dicho canal. Por tanto, podríamos decir que el útero está conectado en su extremo superior con las trompas de Falopio y en su extremo inferior con el canal vaginal. Este órgano hueco tiene un revestimiento interior mediante una membrana llamada endometrio, la cual cumple una importante función en el ciclo reproductivo de la mujer. Este revestimiento, en cada período menstrual, adquiere o experimenta un rápido desarrollo, ricamente vascularizado; si la fecundación no se produce, tiene lugar la menstruación, durante la cual se desprenden las células acumuladas en él (se descama), volviendo con posterioridad a su anterior estado. Cuando se ha producido la fecundación, el endometrio, en pleno desarrollo, se encuentra ya preparado para que el huevo o cigoto produzca su implantación en el útero mediante esta membrana endometrial.

La vagina es un conducto muscular y membranoso que se extiende desde la zona inferior del útero hasta la vulva; se dice que éste es el órgano de copulación de la mujer. La vagina, conducto tubular de unos nueve centímetros de largo aproximadamente, durante el acto sexual es el receptáculo en el cual se introduce el pene, segregando una substancia acuosa que sirve como lubricante. En estado normal, podríamos decir que es un órgano flexible que puede ensancharse lo suficiente como para responder a la acción de otros músculos de la pelvis; durante el alumbramiento, deberá servir como canal de nacimiento una vez que el feto abandona el útero.

El conjunto de órganos genitales externos de la mujer se denomina vulva. La vulva está conformada por los grandes labios, los pequeños labios o ninfas, el clítoris, el meato urinario y el himen. El clítoris es un pequeño cuerpo eréctil cubierto con un pliegue de tejido también denominado prepucio; tanto el clítoris como el prepucio se asemejan al pene y su correspondiente, aunque en la mujer es mucho más pequeño y no cumple una función específica; no obstante, posee receptores táctiles que al ser estimulados excitan a la mujer durante la cópula. Bajo el clítoris encontramos los labios mayores y menores que rodean la abertura o el denominado *introito vaginae*, esto es, el introito de la vagina; en su interior se extiende el canal vaginal, según ya vimos. En la parte superior del introito encontramos el meato urinario, conducto al exterior del aparato urinario femenino. Como vemos, el aparato urinario y el reproductor en la mujer están separados; en tanto en el hombre, la uretra es utilizada tanto para la eyaculación del semen como para la expulsión de la orina.

Es de especial importancia para la Medicina Legal esta abertura vaginal, la que se encuentra parcialmente cubierta por un delgado tejido o membrana llamado himen. Diferentes estructuras y formas puede tener el himen. Esta membrana se ensancha o puede ser vencida —traumatizándose— ya sea cuando se introducen elementos extraños por dicho conducto, o bien, en el propio acto sexual, por la introducción del miembro viril en la vagina. De ahí su importancia para la tipificación e investigación de ciertos delitos con conducta sexual y, además, análisis de los mecanismos de acción que actuaron sobre él.

Copyrighted material

Esta membrana de tejido vascularizado, perforado en el centro generalmente, cribado, bilabiado en fin, puede permitir el paso del flujo catamenial. Membrana que se sitúa horizontalmente en el orificio inferior de la vagina, ocluyendo su entrada; cuando es destruido, ya sea en una u otra forma según vimos, acompaña su destrucción por una sensación generalmente dolorosa y seguida de una hemorragia. Perforada la membrana himeneal, sus restos persisten en forma de colgajos llamados "curúnculas mirtiformes" o curúnculas himeneales. Por excepción, encontramos algunas membranas que por la facilidad que presentan ante la introducción del miembro viril, se les llama hímenes complacientes.

Fisiología de los órganos sexuales. Se dice que la Fisiología tiene por objeto el estudio de las funciones de los seres orgánicos y de los fenómenos de la vida. En esta forma la fisiología o función de los órganos sexuales, tanto masculinos como femeninos, puede manifestarse de tres maneras:

a) Una interna o endocrina;

b) Una externa o exocrina, y

c) De aptitud para la cópula.

Conociendo y comprendiendo la función de los órganos sexuales, es posible llegar a entender lo que es el complejo proceso de la reproducción humana; así, en esta forma, conocer los fenómenos o cambios corporales, físicos y químicos, que darán origen a un nuevo ser, o, por el contrario, evitarán que éste se cree.

a) *Función sexual masculina.* La función sexual masculina puede ser, según vimos: exocrina, endocrina y de aptitud para la cópula.

Función exocrina. Los testículos en su rol de glándulas exocrinas elaboran en los canalículos los gametos masculinos; esta función se denomina espermatogénesis y se inicia con la pubertad. La espermatogénesis es la producción de espermios o espermatozoides, los cuales antes de llegar a término atraviesan por distintos estados estructurales; esta función cesa con la vejez, cuando se produce la azoospermia o la ausencia de espermios. Antes de la pubertad, en los testículos, aún inmaduros, se producen células denominadas de Sertoli, protectoras de los futuros espermatozoides en evolución, y espermatogonias o células madres de estos últimos. Sin embargo, es necesario señalar que esto no siempre se da en el ser humano, existiendo flexibilidad tanto en la edad de producción de los espermatozoides como así también del término de su producción. Numerosos son los ejemplos que dan los autores sobre menores de edad (impúberes) que producen espermatozoides, y también ancianos (de más de 80 años) que aún los producen. La maduración total del espermatozoide se produce en un lapso entre 72 y 80 días desde su inicio.

Función endocrina. En cuanto a la función endocrina, ya vimos que el tejido intersticial, con el comienzo de la pubertad, empieza a secretar testosterona y androstanebiona, las que regulan la plenitud, tanto funcional como anatómica, de los órganos sexuales; asimismo, regulan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la excitación genésica, etc. Se estima que esta actividad

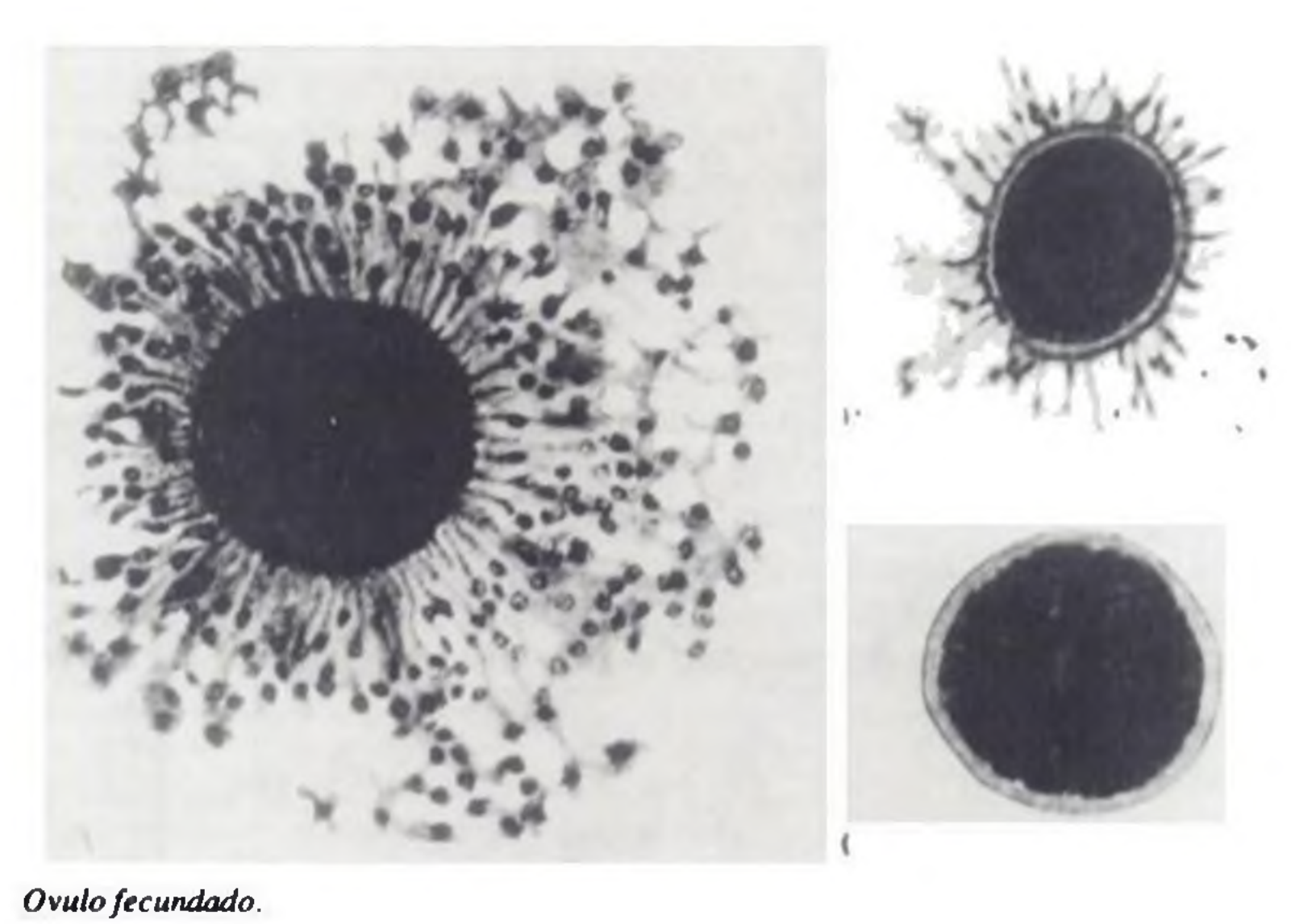
Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

su rol de glándulas exocrinas y elaboran las células sexuales femeninas u óvulos; esta función se llama ovogénesis. La ovogénesis se produce desde la pubertad de la mujer hasta la vejez o climaterio. Aproximadamente cada 28 días —según expresamos— uno de los óvulos contenidos en uno de los ovarios madura y sale hacia la superficie cuando el folículo de Graaf estalla. Este se rompe dejándolo en libertad; el proceso recibe el nombre de ovulación o "puesta ovular". Los ovarios producen de 80.000 a 400.000 máximo folículos primarios (120.000 promedio), no tienen modificación durante los primeros diez años de vida de la mujer. La ovogénesis, que es la función de producción de óvulos, permite que estos óvulos atraviesen por distintos estados, cesando esta función, según ya vimos, en la vejez de la mujer. En nuestro país podríamos afirmar que en un promedio entre los 12 y los 14 años de edad comienza la pubertad de la mujer, en otros países de climas cálidos, incluso, se ve un descenso de ella, con un comienzo entre los 11 y 12 años de edad. El término de la ovogénesis o menopausia se aprecia en las mujeres entre los 45 y 50 años, sin que estas edades sean regla general.

El folículo de Graaf, luego de expeler el óvulo y quedar pasivo, se repliega y su cavidad es llenada por un tejido denominado "cuerpo amarillo o cuerpo lúteo". El cuerpo lúteo evolucionará según haya o no fecundación. Existiendo ésta, el cuerpo amarillo permanecerá durante todo el período de preñez de la mujer, segregando una hormona denominada luteína. De no existir fecundación, involuciona y termina por ser reabsorbido por el organismo; es lo que se denomina "cuerpo amarillo falso".

Como se ha explicado, el aparato reproductor femenino libera habitualmente sólo un óvulo cada 28 días, poniéndose en condiciones para ser fecundado de inmediato y dar nacimiento a una nueva vida. Durante todo el mes ese



Ovulo fecundado.

Copyrighted material

aparato se encuentra sometido incesantemente a cambios sutiles; se prepara para la ovulación y prepara los órganos; si la concepción no se produce, los reacondiciona para repetir el mismo ciclo. La única evidencia de este ciclo se manifiesta durante el período menstrual; esto es, aproximadamente 4 ó 5 días por mes, cuando una pequeña cantidad de sangre fluye por la vagina. La menstruación o período menstrual aparece en la mujer hacia los 12 ó 13 años de edad y se repite mensualmente, excepto cuando existe fecundación y posterior embarazo. En la mayoría de las mujeres, el ciclo menstrual se compone de 28 días, de los cuales el período de menstruación abarca del uno al quinto; este lapso, más los 8 días siguientes, se denomina período preovulatorio. Habitualmente la ovulación tiene lugar en el decimocuarto día y el lapso que cubre los días 15 a 28 es denominado postovulatorio. Sin lugar a dudas que estos plazos son aproximados y que existen numerosas excepciones, como las que algunos autores dan; así, por ej., mujeres que ovulan a diario o en períodos diferentes durante un mismo mes; o bien mujeres que no ovulan por diferentes razones o motivos.

El ciclo en referencia se inicia cuando actúa una diminuta glándula como la hipófisis, ubicada en la región hipotalámica cerebral; ella produce unas substancias denominadas hormonas gonadotróficas. Una de ellas influye sobre los ovarios, estimulando los folículos ováricos, desarrollándolos; la otra los obliga a producir una hormona estrógena, una de las hormonas sexuales femeninas importantes. El estrógeno, conducido por el torrente sanguíneo hasta el útero o matriz, estimula el desarrollo de la pared interior del mismo —endometrio—, cuyo tejido se prepara en esta forma para retener el óvulo en caso de que se produzca la fecundación en el tercio superior o medio de las trompas de Falopio. Podríamos decir que la acción de las hormonas gonadotróficas producidas por la hipófisis provoca generalmente el desarrollo de varios folículos; sin embargo, uno de ellos predomina sobre los demás y continúa su desarrollo, mientras tanto los otros se retraen. En algunos casos suele madurar más de un folículo, dejando en libertad por consiguiente más de un óvulo; ésta es una de las causas por las cuales pueden producirse nacimientos múltiples, por existir más de una fecundación, por tales motivos.

Función endocrina. En cuanto a la función endocrina, está íntimamente ligada con la anterior (función exocrina). La producción de hormonas ejerce influencia sobre los órganos sexuales y sus funciones; especialmente la secreción gonadotrófica y aquella secreción que gobierna la hipófisis, esto es, sus fases foliculina y progestina. En la primera fase del ciclo reproductivo femenino, la hormona dominante es la estrógena; el *mucus* (moco) del cuello del útero es claro, abundante y fácil de penetrar por los espermatozoides; es delgado.

En la segunda fase, en este período postovulatorio, la progesterona se convierte en la hormona dominante; aquí el moco cervical se vuelve espeso, turbio e incluso escaso. Ambas hormonas ováricas, estrógeno y progesterona, ejercen su acción sobre la vagina, las glándulas de la piel y mamarias, como también en la cantidad de agua que contiene el tejido corporal de la mujer en este período. Los estrógenos derivan de la acción de la gonadotrofina folículo-

Copyrighted material

estimulante de la hipófisis; ésta es la responsable del desarrollo y posterior maduración de los folículos de Graaf. Los estrógenos, por su parte, participan en la evolución del aparato genital femenino, características que diferencian el sexo y creación de condiciones para la fecundación posterior. Por su parte, la progesterona es secretada por el cuerpo amarillo o lúteo, que a su vez es producto de la acción gonadotrofina luteinizante, responsable de la ovulación y de la transformación del folículo de Graaf en el cuerpo lúteo.

En esta forma podemos observar una primera fase foliculínica y una segunda fase progesterónica, dentro del período de 28 días en referencia de la mujer. Al llegar al climaterio, cesan las secreciones hormonales; los folículos cesan de romperse y se hacen quísticos.

Aptitud copular. El orgasmo en la mujer no es necesario para la fecundación; basta, en consecuencia, la posibilidad del acceso carnal. Será obstáculo el mal desarrollo de órganos o los desgarros perineales de la mujer que impidan dicho acceso. Estas circunstancias físicas o incluso psíquicas de la mujer pueden dificultar o imposibilitar el coito o cópula fecundante. Así, podríamos señalar que en las menores de edad, por una falta de desarrollo total de sus órganos genitales externos, no podría realizarse este acceso; el ángulo subpúbico es muy agudo y ello representa un obstáculo óseo a la penetración del pene. Precisamente en los delitos con conducta sexual donde hay conducta invasiva, la menor de edad tendrá en definitiva graves desgarros perineales. El acceso carnal aparece como factible cuando existe un desarrollo normal de los órganos en una mujer; esto se produce entre los 11 y los 12 años de edad promedio. En todo caso, de ser ella virgen, se producirá en el primer acceso la ruptura del himen o membrana. Aun cuando vimos que el orgasmo no es indispensable para el acto sexual de la mujer, no obstante, el flujo de la sangre erecta el clítoris, también estructurado con tejido cavernoso similar al miembro viril, lo que aumentará la erotización de dicha región. La senilidad no implica o dificulta el coito en la mujer.

2. COPULA FECUNDANTE; ANALISIS DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOLOGICO, FISIOLOGICO Y GENETICO

Desde un punto de vista biológico. Es condición indispensable para que se produzca la fecundación, la presencia de espermatozoides normales y de un óvulo capaz de ser fecundado. Los espermatozoides son los gametos masculinos; cada eyaculación en un acto sexual completo produce la expulsión entre 100 y 400 millones de espermatozoides; en cifras inferiores a los 120 millones encontramos una dificultad para la procreación; cuando son miles estamos ante una azoospermia. Este gameto se origina en el epitelio de los tubos seminíferos, durante la espermatogénesis; ella se produce bajo la influencia de la secreción gonadotrófica de la anterohipófisis (lóbulo anterior de la hipófisis). El espermio mide 51 micrones y está formado por: cabeza, segmento cervical y cola; se traslada a razón de 3,5 milímetros por minuto, de tal forma que requiere de dos

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

en el lapso que va desde algunos días antes de la ovulación a 24 o más horas después de la misma; lo que es de importancia para la Medicina Legal en relación a esta problemática.

Desde un punto de vista genético. Dice relación con la herencia biológica del ser humano; ella se vierte a través de los genes que integran los cromosomas portados por los gametos sexuales masculino y femenino.

Los gametos tienen iguales elementos estructurales que otras células vivas: su composición es de protoplasma y núcleo. Su multiplicación es por división; en la mitosis o cariocinesis se dividen equitativamente los cromosomas que existen en cada uno de estos gametos. El núcleo está formado por substancias cromatinas (pueden teñirse), y al momento de la división cariocinética, ésta se condensa en tractos o filamentos denominados cromosomas, esto es, portadores de los genes. Los cromosomas se presentan por parejas iguales, diferentes en su forma, de tal manera que cada especie se diferencia por la forma y número de cromosomas, lo que es independiente a su nivel correspondiente en la escala biológica que ocupa cada una de ellas.

Al fusionarse los gametos, aportan la mitad del número de cromosomas que caracteriza a la especie humana; se restaura en consecuencia ese número par o diploide de los mismos en la célula única: el huevo o cigoto.

En la especie humana, son 23 pares homólogos o parejas de cromosomas; los miembros de cada par homólogo coinciden en cuanto a la información genética que cada uno contiene; en otras palabras, presentan los mismos *loci* genéticos un idéntico orden, pero en cada *locus* pueden mostrar los mismos o diferentes alelos. En varones y hembras son semejantes 22 de los pares, que por ello se denominan autosomas. Los cromosomas sexuales constituyen el par restante, son distintos en varones y hembras y tienen importancia primordial en la determinación del sexo. En la actualidad, los componentes de cualquier par de cromosomas microscópicamente son indiferenciables entre sí; en cuanto a los cromosomas sexuales, tampoco pueden ser diferenciados. En el varón, los miembros del par de cromosomas sexuales difieren mutuamente, uno es un X idéntico a los X de las hembras, en tanto que el otro, denominado cromosoma Y, es más pequeño que el X y no parece ser homólogo con éste. En esta forma las hembras, esto es XX en sus células reproductoras, contienen todas, forzosamente, un cromosoma X. En cambio los varones, con su XY reproductor, producen espermios portadores de cromosomas X y de Y; ello en números aproximadamente semejantes. Los eruditos consideran, en consecuencia, que en las hembras existe el sexo homogamético y en los varones el sexo heterogamético; no siempre ocurre esto en todas las formas vivientes.

Cada progenitor proporciona por lo tanto a su descendiente 23 cromosomas del total; vale decir, un miembro de cada par. Por esto se dice que cada célula sexual o gameto presenta una cifra cromosómica haploide (de *haploos*, sencillo). Casi todas las células somáticas humanas son diploides.

"La mitosis, según vimos, es el tipo de división celular por medio del cual el cuerpo crece y substituye las células que desecha. Tal es lo que sucede también con las células sexuales. Se distinguen cuatro etapas en la mitosis:

Copyrighted material

profase, metafase, anafase y telofase. Cuando no se halla la célula en la división activa, se dice de ella que se encuentra en interfase. La célula se halla en profase cuando los cromosomas se han hecho visibles, pero antes de definir un modelo en su forma de disposición; la metafase ocurre cuando los cromosomas se alinean en el plano ecuatorial de las células, engrosado cada uno de ellos; en la anafase, los entrómetros se dividen y los cromatides se separan; finalmente, la telofase se inicia cuando los cromosomas llegan a los polos de las células; su comienzo coincide con la división del citoplasma de la célula."[1]

En cuanto se refiere a la espermatogénesis humana, todas sus etapas se desarrollan en los tubos seminíferos de los testículos del varón sexualmente ya maduro. Las primeras células, llamadas espermatogonias o espermatogonios, se localizan en la periferia de los tubos; tras un desarrollo en secuencia de cinco etapas diferentes, produce por mitosis los espermatocitos primarios. Después de la primera división, el espermatocito primario produce dos espermatocitos secundarios. En esta etapa de evolución se produce la "mitosis reduccional", por la que queda reducido el bagaje genético a sólo 23 cromosomas en cada uno de estos espermatocitos. Cada espermatocito secundario experimenta, a su vez, una segunda subdivisión, que es muy rápida y formando dos espermátides que conservan los 23 cromosomas. Los espermátides maduran sin sufrir una nueva división y se convierten finalmente en espermatozoides. Pese a las dificultades que representa la investigación en este tipo de células, se sabe que el desarrollo de los espermatocitos primarios, durante las etapas que recorren en su desarrollo, y su conversión final en espermatozoides maduros, duran unos 48 días y que las dos divisiones precedentes se completan en un total de 16 a 32 días. El tiempo total, es decir, el que transcurre desde que el espermatogonio alcanza la forma de espermatozoide maduro, es aproximadamente de unos 74 días ± 5 días.

En relación a la ovogenésis humana, podemos advertir que los óvulos se desarrollan a partir de las ovogonias u ovogonios, localizados en el tejido cortical del ovario. Los ovogonios del embrión inician la diferenciación en oocitos u ovocitos primarios aproximadamente en el tercer mes de la vida intrauterina. Los oocitos primarios permanecen en un estado de profase suspendida, hasta que se alcanza la madurez sexual. "El oocito primario completa su división de tal modo que, mientras cada célula hija recibe 23 cromosomas, una de ellas conserva la mayor parte del citoplasma y se convierte en el oocito u ovocito secundario; así como la otra célula forma el denominado cuerpo polar. Este ovocito de segundo grado es haploide. La segunda división se inicia casi inmediatamente; de esta división ecuacional resultarán una ovótida y un nuevo polocito. Esta segunda división prosigue mientras el óvulo penetra en la trompa de Falopio y no se completa hasta el momento de la fecundación, que suele ocurrir antes que el óvulo llegue al útero. Esta segunda división da origen al óvulo maduro y a un segundo cuerpo polar; éstos son incapaces de desarrollar embriones."[2] Esta división tardía del ovocito ya maduro ha dado que pen-

[1] J.S. Thompson y M.W. Thompson: *Genética Médica*, pág. 6.
[2] J.S. Thompson y M.W. Thompson: *Ob. cit.*, pág. 22.

Copyrighted material

sar en cuanto sería el ovocito de segundo grado el que resulta fecundado por el espermatozoide y no el óvulo de término ya maduro, toda vez que este último posee una existencia meramente teórica.

El momento preciso de la fecundación ocurre cuando el espermatozoide penetra por completo en el interior del óvulo, su cabeza entonces adquiere una forma más esférica y constituye lo que se llama pronúcleo masculino. Ya vimos que la segunda división del óvulo que conduce a la formación del pronúcleo femenino se completa en el instante; ambos pronúcleos pierden su membrana y se completa el total —combinado— de 46 cromosomas, comenzando desde ese momento a duplicarse como en cualquier mitosis. El nuevo cigoto ha iniciado la larga serie de divisiones que darán origen al individuo maduro.

Se entendía en años pasados que era imposible determinar con precisión científica el momento de la fecundación. No obstante hoy, con una instrumentación moderna, pero siempre dentro de terrenos de la investigación científica, esto podría llegar a establecerse con cierta precisión. En lo práctico, existen algunos métodos para establecer, si no el instante, a lo menos la época en que la fecundación se produce; uno de estos métodos es el de Ogino y Knaus. En este método se considera que la ovulación se produce entre los 12 y 16 días antes de la próxima menstruación, por lo que esos días son los de mayor fertilidad de la mujer. Por otra parte, el óvulo, una vez que salió del ovario, tiene una vida máxima de 24 horas; en cuanto a los espermatozoides, tienen un poder fecundante a lo más de 72 horas aproximadamente. Por todo ello, se podrá hacer el cálculo contando hacia atrás y partiendo de la futura menstruación.

La fecundación se verificará si el acto sexual se realiza durante los únicos días en que puede producirse la ovulación de la mujer; o bien en estos períodos subsiguientes de vida del espermatozoide en el interior de sus órganos genitales. Estas observaciones sobre la ovulación en determinadas épocas, han sido desvirtuadas por varios investigadores, como Koller y Manulkin, quienes en sus trabajos encontraron casos de ovulación en las diversas fases del ciclo sexual de una mujer. Lo señalado ha llevado a manifestar a Ponsold que "no hay plazo de tiempo dentro del ciclo durante el cual sean imposibles las ovulaciones".[3] Según Ponsold, "el embarazo más breve de un niño maduro hasta hoy día ha sido comprobado en 229 días y el más largo de 321 días".[4] En la actualidad existen otros métodos para establecer los períodos de fertilidad de la mujer, como es el caso de la temperatura del cuello cervical; esto no impide que existan otras mujeres —como lo observan Ogino y Knaus— que sean fértiles sólo en determinados días, por lo que no podría darse una regla general en estos aspectos. También la determinación de secreciones uterinas especiales que segrega la mujer cuando se ha producido la fecundación, sirve de prueba de este hecho.

---

[3] A. Ponsold: *Ob. cit.*, pág. 361.
[4] A. Ponsold: *Ob. cit.*, pág. 379.

Copyrighted material

3. LEGISLACION RELACIONADA

Si bien la cópula es el factor que permitiría determinar en forma precisa cuándo se produjo o realizó la fecundación, resulta conveniente señalar que esto es de difícil prueba. No solamente por la reserva en que ella se realiza, sino porque, además, ante múltiples cópulas seguidas en un lapso determinado, se estaría ante la imposibilidad de saber en cuál de ellas se produjo la fecundación. Asimismo, el desarrollo del feto al nacer, esto es, sus medidas, peso, estructura, etc., tampoco dan una base exacta para precisar la época de aquélla. La cesación de los menstruos técnicamente podría determinar con exactitud la referida época de acuerdo a la Tabla de Ogino y Knaus, pero ya vimos que ésta tampoco se da con regularidad en la totalidad de las mujeres. Finalmente, el hecho del parto, a diferencia de los anteriores, es un elemento de fácil percepción, según lo vimos; de ahí que el legislador lo haya tomado en cuenta para la observación empírica y determinación de la época de la concepción. La ley sólo consigna posibilidades en base a la observación empírica, para determinar la época de la fecundación. Nuestro legislador civil se coloca en un amplio margen que va desde 180 días a 300 días contados hacia atrás desde el nacimiento del nuevo ser; tal preocupación se debe a que existe un evidente interés jurídico para determinar la época en que la fecundación se produjo; de allí que se dispongan presunciones a su respecto.

Las presunciones fundadas en circunstancias comprobadas científicamente, dicen relación con: la fecha de la cópula fecundante; la cesación de los menstruos; el tamaño del feto al nacer (su madurez), y, especialmente, el hecho del parto, siendo este último notorio y de fácil percepción. Por tal motivo, el legislador, teniendo en consideración el principio científico de duración del embarazo de la mujer, promediado entre los 271 y 272 días, se vio en la necesidad de señalar su duración legal; esto en atención al resguardo de los principios de ordenamiento y moralidad de la familia. Tales principios tienen su fundamento en el Código Civil francés y, anteriormente, en la Ley de las Doce Tablas. En nuestro Derecho se consigna esta presunción en el art. 76 del Código Civil, el que determina: "De la época del nacimiento se colige la de la concepción (fecundación) según la regla siguiente..."; esta presunción de derecho impide probar que la fecundación ha precedido al nacimiento en menos de 180 o en más de 300 días cabales, esto es, enteros, no existiendo dificultad para poder probar el momento de aquélla. Las consecuencias de esta norma las encontramos en las disposiciones de los arts. 180 y 185 del Código Civil. Se critica por otra parte esta presunción del art. 76, atendido el hecho de que existen excepciones al plazo mínimo de 180 días por él señalado; así se sostiene que hay casos donde el nacimiento se ha producido antes de dicho plazo con fetos que han sobrevivido y se han desarrollado en forma normal. Las nuevas tecnologías de neo y postnatalidad dan mayor fundamento a esta crítica. Otras excepciones respecto del plazo máximo de los 300 días también se han producido, aun cuando en escasísimo número.

En estas materias también se establecen en el Código citado otras dos presunciones, ahora simplemente legales, relacionadas con la fecundación. Es-

Copyrighted material

tas son las contenidas en el art. 179 sobre el hijo concebido durante el matrimonio de sus padres, que es considerado hijo legítimo; y el concebido en el matrimonio declarado nulo, en los casos señalados por el art. 122 de aquél. Esta norma es la que establece el estatuto jurídico del hijo legítimo y de aquel otro concebido durante el matrimonio legítimo que posteriormente es declarado nulo por sentencia judicial. Por otra parte, el art. 180 del Código Civil dispone que el hijo que nace después de expirados los 180 días subsiguientes al matrimonio, se reputa concebido en él y tiene por padre al marido. Se hace necesario señalar entonces que estas presunciones, por ser simplemente legales, admiten prueba en contrario; en este último caso, el marido que impugna la paternidad de ese hijo deberá probar que durante la época en que debió producirse la fecundación no tuvo acceso carnal a su madre.

Otras normas relacionadas especialmente con este tema las encontramos en los arts. 75 y 77, también del Código Civil. En el primero, la ley protege la vida del que está por nacer. Está por nacer aquel nuevo ser producto de la concepción; allí comienza su vida. Tal es así, que incluso los castigos que deban aplicarse a la madre, deben ser diferidos hasta después del nacimiento del producto. El art. 77 señala que "los derechos que se deferirían a la criatura que está en el vientre materno, si hubiese nacido y viviese, estarán suspensos hasta que el nacimiento se efectúe"; en ese caso entrará el recién nacido en el goce de dichos derechos, como si hubiese existido al tiempo en que éstos se defirieron. En caso contrario, si la criatura no naciere, se entenderá que no existió jamás.

Así también, en el Derecho Laboral existen numerosas disposiciones que protegen a la futura madre desde el momento de la fecundación, esto es, cuando puede comprobar su preñez.

4. APTITUD E INEPTITUD PARA LA FECUNDACION; IMPOTENCIA Y ESTERILIDAD; TIPOS Y CAUSAS

Atendidos los diversos problemas que derivan de la fecundación, de base jurídica, es necesario también conocer cuáles son los impedimentos biológicos para una cópula fecundante. En diferentes legislaciones, se requiere el concurso de métodos científicos para establecer los lazos de filiación o de sangre entre el producto y sus progenitores. Utiles resultan estos análisis, sobre todo, cuando se trata de determinar, en los casos de *excepcio plurium concubitum* de la madre, cuándo ésta ha cohabitado con varios hombres durante el "período legal" de la fecundación. Interesante resulta recalcar aquí lo que C. Simonin advierte en su obra ya citada: "La investigación de la paternidad se presenta como un problema médico-legal de imputabilidad, es decir, una relación de causa a efecto. El informe puede recaer sobre la causa —el presunto padre—, sobre el efecto —el niño natural—, o sobre el lazo, es decir, la filiación".[5]

[5] C. Simonin: *Ob. cit.*, pág. 483.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Numerosos son los estudios que evalúan las causas de la impotencia en diversos grupos de individuos. La disfunción sexual para Freud es "la falla predominante en la vida humana"; para Steckel, discípulo de aquél, la impotencia, en el gran porcentaje de un 90%, es de base psicogenética. Estas ideas fueron las que prevalecieron hasta fines de la década del setenta. Con posterioridad, mediante otros estudios, se observa que estos porcentajes sólo oscilan alrededor del 50% en los casos de impotencia; y si bien estos factores psicogenéticos contribuyen decisivamente a ella, en contrario a la creencia generalizada, el mayor número de las impotencias serían de origen orgánico.

Afirma Morley, en su monografía, que las causas orgánicas de impotencia más frecuentes parecen ser los desórdenes endocrinos y la *diabetes mellitus*. Se ha considerado también que los medicamentos son causa de la impotencia en un porcentaje apreciable en que ésta ocurre. Los agentes diuréticos y antihipertensivos representan las causas de impotencia más comúnmente relacionadas con la medicación.[7]

Finalmente, debemos señalar que el alcohol es asimismo causa de impotencia. Otra causa la encontramos en las drogas, que, recordando al inmortal Shakespeare (en *Macbeth*), "invocan el deseo, pero eliminan la acción".

En una clasificación original de la impotencia, siguiendo al tratadista argentino Nerio Rojas, "podemos señalar la existencia de una impotencia verdadera y una seudoimpotencia. La impotencia verdadera puede a su vez ser fisiológica o patológica; fisiológica en el caso de la impubertad y de la vejez; patológica por causa orgánica o causa fisiopática. Entre las causas orgánicas, distinguimos locales, generales y neurológicas. Aquellas que son locales, como malformaciones, destrucción de órganos (gestión quirúrgica o simplemente traumatismo), agenesias (falta de órganos) en general, y otras; generales, cuando existe diabetes avanzada, *diabetes mellitus*, debilidad profunda; neurológicas, cuando se debe a parálisis general: mal de Tabes, mielitis, etc.".[8] En cuanto a la impotencia fisiopática, ésta sobreviene por enfermedades producto de intoxicaciones, o incluso por simples excesos genitales; asimismo, por ciertos desórdenes de base psíquica como la neurastenia. Las seudoimpotencias son más bien fobias, depresiones, perversiones, o bien desviaciones del instinto sexual normal; aquí no existe una real impotencia, de ahí su denominación; existe tal vez una anomalía psíquica o bien falta o déficit de atracción sexual entre dos individuos.

Otros autores distinguen entre impotencia de base anatómica e impotencia de base fisiológica. En la primera de ellas encontramos carencia, atrofia o amputaciones totales o parciales de miembros o parte de ellos, que impiden el coito normal; así, en el hombre, epispadias o hipospadias, fimosis, carencia de testículos; en la mujer, ausencia de vagina, malformación de la vulva, etc. En la de base fisiológica encontraremos las alteraciones o trastornos de diferente tipo, de orden endocrino, neurológico, etc.

En cuanto a la impotencia *generandi* o ineptitud para la procreación, ella

[7] John E. Morley: *Ob. cit.*, pág. 11.
[8] N. Rojas: *Medicina Legal*, pág. 194.

Copyrighted material

supone la incapacidad para engendrar, tanto en el hombre como en la mujer, donde se le denomina impotencia "concipiente". En el hombre encuentra su causa, especialmente, en el hecho de que el esperma no es fértil o fecundable, debido a la ausencia total de espermatozoides (azoospermia), o bien a su "mala calidad", es decir, con espermatozoides anormales, muertos, inmóviles o en escaso número (menos de ± 80 millones). También podríamos añadir que, aun cuando pueda producirse un esperma normal, éste, por determinadas circunstancias somáticas, no puede ser eyaculado en forma regular, como ocurre en el espermatismo. El espermatismo es más bien una lesión de los conductos eyaculadores o de la uretra. No debemos olvidar aquí que la azoospermia está presente tanto en los adolescentes como en los seniles. Sin embargo, esta enfermedad o déficit biológico puede tener un origen patológico y proceder de la obliteración de las vías excretoras, con supresión de la secreción de espermatozoides. Se considera por algunos estéril un hombre que eyacula por cada gonada menos de 20 millones de espermatozoides con movilidad regular.

La esterilidad en la mujer puede deberse a que el único trato sexual haya tenido lugar durante su período de esterilidad fisiológica; pero también puede deberse la misma a la ausencia de ovarios, quistes ováricos, irradiaciones en éstos que haya recibido, o bien procedimientos quirúrgicos que la hayan privado de la totalidad o parte de sus órganos genitales internos.

Normas jurídicas en relación a la impotencia. Nuestro legislador civil de 1884 dispuso como impedimentos para contraer matrimonio en la Ley de Matrimonio Civil: "Los que sufrieren de impotencia perpetua e incurable" (Ley 4.808, art. 4º Nº 3º), determinando la sanción de nulidad para los matrimonios celebrados en estos casos. Es evidente que la ley no distinguió entre la incapacidad para engendrar y aquélla para concebir, de acuerdo a la segunda acepción que en nuestra lengua se da a la palabra impotencia. Cuando la ley no distingue, no es lícito distinguir. De esta manera, tanto la impotencia *generandi* como la *coeundi* debieron ser consideradas como impedimento en su existencia para contraer matrimonio. No obstante, con el transcurso del tiempo, la jurisprudencia fue dando otra interpretación al precepto legal señalado, decantándolo, de tal forma que hoy sólo se entiende como impedimento para la celebración del matrimonio, exclusivamente, la impotencia *coeundi* o impotencia verdadera; entendiéndose por tal "la imposibilidad permanente o frecuente de realización del coito; todo ello, sin considerar el condicionamiento que el legislador da a la impotencia, esto es, que sea perpetua e incurable. Esta condición, en la actualidad, con los nuevos adelantos sobre tratamientos quirúrgicos de inserción de prótesis peneales, prácticamente no sería aplicable, toda vez que, con estas nuevas tecnologías terapéuticas, la impotencia *coeundi*, de imposibilidad de erección, es susceptible de solucionar mediante prótesis artificiales peneales. De esta manera, no existiría falta de erección peneal y, por lo tanto, tampoco existiría tal impotencia, destruyéndose en esta forma el impedimento para la celebración del matrimonio civil.

Una sentencia de la Excma. Corte Suprema de 1949, en lo pertinente, señaló: que si mediante una intervención quirúrgica "habría desaparecido el

Copyrighted material

obstáculo que impedía la procreación, de tal manera que ella al desaparecer no era perpetua ni incurable al tiempo de celebrarse el matrimonio", no puede ser considerada vicio del matrimonio dicha impotencia. Donde existe la misma razón, debe existir la misma disposición; si existe erección, no existe impotencia *coeundi*, no hay por ende impedimento. También es importante la determinación de existencia de impotencia para los casos de impugnación de paternidad en la filiación legítima, o en lo relativo a la imposibilidad física de acceso carnal; asimismo, sobre defensa en el delito de violación o de estupro, maternidad disputada, o cuando se pretende que la madre sería infecunda.

5. LA FECUNDACION ARTIFICIAL; SUS TIPOS; FECUNDACION HOMOLOGA Y HETEROLOGA

Una primera referencia a la fecundación artificial la encontramos en el Talmud hebraico del siglo II de nuestra era; así también, ya en la Edad Media, encontramos una inseminación artificial homóloga efectuada en la esposa de Enrique IV de Castilla, según relato del médico valenciano Arnau de Vilanova (citado por Gisbert).[9] Aunque las primeras experiencias sistemáticas son realizadas en animales por el abate Espellanzani, en el siglo XVII; posteriormente, en los años 1776 a 1799, John Hunter realiza la primera inseminación artificial moderna en un caso de hipospadia. Más tarde, Cirault, en 1833, refirió 10 casos de inseminación artificial con éxito en Francia. En esta época, y a partir de los años 60, la inseminación artificial es tema continuado en las publicaciones científicas de especialidad.

La inseminación artificial es procedente ante la imposibilidad para un acceso sexual fecundo del varón a la mujer; valores de orden ético y jurídico inciden sin lugar a dudas en el problema planteado por la inseminación artificial. En la actualidad, la inseminación artificial nos proporciona decenas de niños, hijos de sus padres o bien de terceros donantes, productos de fecundaciones obtenidas mediante inseminación artificial.

En un concepto genérico, podríamos decir que la inseminación artificial es la introducción de espermios en forma artificial (mecánica) en los órganos reproductores de la mujer, mediante instrumento quirúrgico idóneo (jeringuilla hipodérmica). Hoy en día, además, la fecundación del ser humano se produce *in vitro*; vale decir, en "tubo de ensayo", con posterior inserción del huevo en la matriz de la futura madre. No nos atrevemos a afirmar que esto pueda ser considerado como progreso.

También la inseminación artificial, para una fecundación de este tipo, comprende algunas técnicas por las cuales se deposita el semen en la vagina femenina o ayudan a su penetración uterina. La inseminación artificial puede hacerse con semen fresco o congelado, sin más diferencias que la mayor complejidad derivada del proceso de congelación/descongelación.

---

[9] J.A. Gisbert Calabuig: *Métodos Artificiales de Fecundación; Conferencia*, pág. 32, 1983.

Copyrighted material

Sea una u otra su variedad, existen dos grandes tipos de inseminación artificial radicalmente diferentes en la problemática que plantean; ellos son:

a) Inseminación artificial con semen del marido (IAM), y

b) Inseminación artificial con semen de tercero donante (IAD).

Podríamos agregar a lo expuesto, que también se ha experimentado realizar esta inseminación con una mezcla de semen del marido y del donante, con la finalidad de que el marido, cuyo esperma posee espermatozoide en número escaso o deficitario o de defectuosa estructura y movilidad, pueda confiar en haber sido el verdadero padre del fruto de la concepción. Sin embargo, esta técnica ha sido totalmente abandonada por lo siguiente: por falta de preparación psicológica de la pareja que solicita la fecundación artificial, por la duda que siempre el padre tendrá de ser tal, y porque los anticuerpos del semen del marido pueden reducir la capacidad (migratoria) de los espermios del donante.

Distinguimos en consecuencia en la inseminación artificial: homóloga, del marido a su cónyuge; y heteróloga, de un tercero donante a mujer determinada. En el primer caso, cuando se utiliza semen fresco, está indicada en los casos de su infertilidad varonil o de dificultades para la eyaculación intravaginal. La congelación del semen del marido está indicada cuando vaya a ser sometido a tratamiento médico-quirúrgico que repercuta en su fertilidad futura en forma irreversible. Ocurre, por ej., cuando algunos sujetos, antes de someterse a una vasectomía (resección o corte quirúrgico del canal o canales deferentes), congelan una muestra de su semen. La inseminación artificial heteróloga es la que actualmente está más extendida. Sus indicaciones se corresponden con la existencia de azoospermia, o bien con la ausencia de testículos por parte del cónyuge de la mujer inseminada. Es utilizada también la heteróloga en casos de incompatibilidad sanguínea o de taras genéticas del varón.

En cuanto a las técnicas de inseminación propiamente dichas, existen tres variedades señaladas por los autores:

1) Inseminación intrauterina; ésta tiene pocas indicaciones en la inseminación por donante;

2) Inseminación endocervical; también poco usada debido a sus complicaciones y a sus peores resultados, y

3) Inseminación exocervical; que es la técnica más usada. Aquí se utilizan unas cazoletas aplicadas sobre el cuello uterino que hacen de receptáculos del semen, manteniéndolo en íntimo contacto con el moco cervical.

En relación al donante, siguiendo las indicaciones de J. Anselmo en su trabajo sobre estas materias, éste debe cumplir requisitos básicos: "ser de fertilidad probada y con hijos normales; de la misma raza de la recipiente; sano; de grupo sanguíneo que no cree problemas; de un nivel intelectual alto; sin antecedentes familiares de enfermedades transmitidas por herencia y, en lo posible, parecido físicamente al esposo".[10] Huelga advertir que el donante deberá dar su líquido seminal en forma anónima y, obviamente, previo consentimiento escrito para autorizar su uso.

---

[10] J.Anselmo: *Inseminación Artificial y Banco de Semen*, Monografía, pág. 19.

Copyrighted material

Críticas a la inseminación artificial. Se critica a la homóloga porque es un acto artificial; en este caso —se dice— se recurre a medios mecánicos y no naturales para obtener la fecundación; además, existe desconocimiento de las secuelas que pueden afectar al futuro ser. En relación a la heteróloga, se le critica porque introduce un extraño en la familia, según se manifiesta; existe la posibilidad de que se produzcan trastornos psíquicos en el marido como consecuencia del conocimiento o duda de su paternidad; es causa de angustia para la pareja ante la ignorancia del progenitor del niño y, generalmente, producirá también la postergación del primer hijo del matrimonio (de ser factible).

El pensamiento religioso de diversas confesiones ha dejado de manifiesto su opinión contraria al respecto. La fertilización artificial es negada sistemáticamente como práctica a usar en los matrimonios, con mayor razón en individuos solteros. El Papa Pío XII, en el año 1956, manifestó expresamente su opinión (contraria) a esta práctica. Esta advertencia la formuló durante el Segundo Congreso Mundial de la Asociación Internacional de la Fertilidad, poniendo fin a las discusiones y corrientes que existían entre los doctrinarios católicos de teología moral, al proscribir la inseminación artificial "por ir más allá de los límites del derecho que adquieren las parejas casadas por el contrato matrimonial" (A. Fernández).[11]

Finalmente, tenemos que con el objeto de suplir este déficit, se recurre al almacenamiento de elementos germinales, que se denomina telegenesia, y con el fin de ser utilizados con posterioridad en inseminaciones artificiales. En Estados Unidos se han hecho experimentos a este respecto con espermios de hombres ilustres; así, por ej., en Illinois en 1965, también en Inglaterra y en Italia en la ciudad de Bolonia, posteriormente.

Algunos aspectos médico-legales. Debemos advertir que en estos aspectos el secreto médico y la responsabilidad médica dominan la escena. En el ámbito civil se plantea, entre otros, el problema de la impugnación de la paternidad legítima: el marido puede alegar imposibilidad de acceso carnal a su mujer; el adulterio de la mujer; en fin, otros hechos justificativos de que él no es el padre. También puede ser base para una acción de impugnación de hijo legítimo (art. 180 C.C.): ilegitimidad del hijo nacido después de los 180 días y antes de los 300 días contados hacia atrás desde que comienza el día del alumbramiento. Si la mujer se hace inseminar artificialmente con espermios de un tercero y el hijo nace en el matrimonio protegido por la presunción de paternidad, podría el marido impugnarlo. El marido podría impugnar su paternidad siempre y cuando pueda demostrar la absoluta imposibilidad física del acceso a la mujer; de lo contrario, la acción de impugnación de los arts. 180 y 181 del Código Civil, pasa a ser inoperante. En el aspecto penal, y con motivo de estos procedimientos, podría discutirse la tipificación de posibles delitos, como por ej. el de violación, o el de incesto. Es necesario nuevamente repetir anteriores apreciaciones, ya que aquí no existiría el acceso carnal indispensable para producir tales delitos.

[11] A. Fernández: *Antropología Jurídica*, pág. 42.

Copyrighted material

Esto, sin entrar en el análisis del principio de ejecución en estos delitos. Es preciso legislar explícitamente sobre estas materias, a fin de evitar tales problemas.

La partenogénesis. Se observa en algunas especies del reino animal, donde ciertos óvulos se desarrollan sin necesidad de ser fecundados por espermios masculinos. Este ejemplo lo encontramos en algunos tipos de abejas, de ácaros, que se reproducen en esta forma. Los experimentos sobre partenogénesis los inicia Tichomiroff en 1886, obteniendo, mediante la excitación del óvulo femenino por agentes mecánicos, su división partenogénica. Para ello se emplean agentes mecánicos, como el calor o la electricidad, o agentes químicos, valiéndose de algunos ácidos y álcalis. Hoy sabemos que en el trabajo de laboratorio es posible reproducir tejidos humanos mediante la partenogénesis.

Finalmente, en diferentes partes del mundo, como en Italia, Norteamérica, Japón, Inglaterra, se han obtenido mediante la unión de óvulo y espermio en forma artificial embriones humanos, los que son desarrollados durante un período prudencial de tiempo. Nos extenderemos sobre esto más adelante al tratar de la fertilización artificial *in vitro* e *in vivo*.

Un tribunal estadounidense, en resolución que sentó jurisprudencia, sintetizó la crítica a este modo artificial de fecundación, disponiendo que:

"1. La fecundación heteróloga (cuando el dador es un tercero), mediando consentimiento del marido o sin él, es contraria al bien público y a los ideales morales, constituyendo adulterio por parte de la madre. El niño concebido de esta manera no es hijo nacido de verdadero matrimonio y por consiguiente es ilegítimo.

2. La fecundación artificial homóloga (cuando el dador es el marido) no es contraria a la seguridad pública ni a la moralidad, no presentando dificultad alguna desde el punto de vista legal".

Sin embargo, en los Estados unidos, en dos Estados (Georgia y Oklahoma) aceptan legalmente la inseminación heteróloga de la esposa, previo el consentimiento del marido. A la inversa, en otros Estados de U.S.A. es ilegal e, incluso, es considerado adulterio según vimos.

Sólo podemos concluir indicando que estos procedimientos pueden estar llenos de peligros, tanto para el médico como para el paciente; así, observamos que en la inseminación artificial heteróloga hay cinco personas envueltas en su problemática: el paciente, el esposo, el dador, el médico y el niño, demostrándose con ello lo complejo de su ejecución y resultados.

6. PROCEDIMIENTOS DE FERTILIZACION: IN VITRO (FIV) E IN VIVO; TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)

La síntesis, de poder formularse respecto de la problemática que significa la génesis de un ser humano con la ayuda de técnicas artificiales que difieren fundamentalmente de la *unitas carnis*, la encontramos en el pensamiento de un gran ensayista y cientista español, que considera que este proceso ontogenético

Copyrighted material

sólo puede tener lugar en la intimidad del amor de la pareja humana y dentro del orden natural de la vida.[12] De esta manera, la norma fundamental a este respecto, compartida por una gran mayoría de los autores, quedaría configurada en la siguiente aseveración: "no puede haber fecundación sin intimidad, como tampoco intimidad sin fecundación". No obstante, variadas razones se dan para hacer procedente la fecundación artificial, destinada a obtener la fecundación de los gametos *in vitro* o *in vivo*, según sea el caso, cuando existe imposibilidad de orden biológico —físico— para la ejecución de la *actio homini*; imposibilidad para la gestación de parte de la mujer, o esterilidad de uno u otro integrante de la pareja; en fin, cuando existe cualquier obstáculo que imposibilite dicha fecundación por los medios naturales de la cópula fecundante de la pareja.

A lo expuesto se agrega que en algunas oportunidades existe la necesidad de contar con órganos sanos y eficientes para el período de gestación, lo que determina la utilización de los llamados "úteros mercenarios", receptores del embrión, correspondientes a las madres de reemplazo, de la doctrina. Así, podemos encontrar en estas materias las siguientes situaciones: inseminación artificial con semen del marido; inseminación artificial con semen de un tercero donante; inseminación artificial con óvulos de la madre; inseminación artificial con óvulos de una tercera donante; arrendamiento o alquiler de útero (¿depósito necesario?); todo ello en relación a nuevas técnicas científicas que significan una fecundación intracorpórea (*in vivo*) o extracorpórea (*in vitro*), con la consiguiente y posterior transferencia embrionaria (ET) del producto en este último caso.

Todas estas situaciones, sin lugar a dudas, inciden en el Derecho; tendrán forzosamente que producir efectos en el grupo social, ya que tiene relación directa con varias instituciones señeras, en materia de Derecho de Familia, de Derecho Sucesorio, de Derecho Penal; esto último con respecto a tipos delictivos que pudieran más adelante configurarse específicamente en tal sentido y a tipos genéricos ya establecidos. También podrán tener incidencia estas situaciones en el Derecho Administrativo, en cuanto un gran número de normas sobre sus requisitos y procedimientos afines; en el Derecho Laboral, con respecto a normas de trabajo, de previsión, remuneratorias, de protección a la madre, etc.; todo ello deberá ser revisado a fin de crear normativas que rijan dichos actos como sus consecuencias naturales y futuras.

Siguiendo las grandes líneas que se dan en el análisis de la fertilización *in vitro* e *in vivo*, podríamos señalar dos grandes grupos de problemas que se suscitan con motivo especialmente de la fertilización *in vitro* (FIV): el primero dice relación con la obtención de los gametos; su fecundación y posterior gestación del nuevo ser. El segundo grupo es atinente a las consecuencias producidas por dicha gestación, tanto en relación a los progenitores biológicos y formales (legales), como también a los derechos y obligaciones del nacido en estas circunstancias. Debe además agregarse toda la normativa legal que le será aplicada al nuevo ser desde el momento en que existe un principio natural

[12] B. Piñar: *El Derecho de Vivir*, pág. 29.

Copyrighted material

de su existencia. ¿Este principio natural de existencia, comenzará en el momento de la fecundación *in vitro* (extracorpórea), o una vez que se produce la inserción del embrión *in utero*, en la madre receptora? Tal es una de las disyuntivas que hoy en día estas nuevas tecnologías de orden biológico presentan para la resolución del Derecho. Precisamente en este acto, que no llevará el timbre de la natural ejecución y que será irreversible e inmutable, será determinada una nueva filiación biológica o natural, con la incertidumbre que conlleva esta perspectiva en su posterior evolución y desarrollo.[13]

Algunas de las variables en que se desarrollan estos procesos dependen de los siguientes elementos: obtención del semen fecundante (del marido, de un tercero donante), con diferencias de metodología y grado de dificultad en sus procedimientos; se reproduce esta variable para el caso de obtención de óvulos que van a ser fecundados (de la madre natural, de una tercera donante); la congelación de gametos o de embriones, lo cual ya es realizado en la práctica en diferentes laboratorios en el mundo; en el caso de la fertilización *in vitro*, el proceso se realiza —en razón de beneficio y resultado— con cuatro o seis embriones, según las técnicas empleadas, y no siempre son implantados la totalidad de los embriones en la receptora. Finalmente, otro elemento disociador en esta futura normativa a crear es la posibilidad, hoy día cierta, del arrendamiento o alquiler de úteros mercenarios de madres de reemplazo.

Estas consideraciones persiguen alertar sobre el variado y heterogéneo campo donde la fertilización artificial produce sus efectos y consecuencias; es necesario crear Derecho a fin de establecer la licitud o ilicitud de las prácticas médicas destinadas a estos fines y establecer sus limitaciones tanto en lo ético como en lo legal. Asimismo, deben determinarse las responsabilidades que en sus consecuencias pueden afectar tanto a los progenitores (padres o simples dadores), como también al equipo médico que las realiza o investiga con ellas.

Debemos recordar aquí la palabra autorizada de quien tiene por misión hacer de estos valores forma de vida para el ser humano, debiendo tener siempre presente que "la difusión de técnicas de intervención sobre los procesos de la procreación humana, plantea gravísimos problemas morales, relativos al respecto debido al ser humano desde su misma concepción y a la dignidad de la persona, de su sexualidad y de la transmisión de la vida".[14]

7. LA CRIOGENETICA

Otra incógnita en estas materias se crea en el campo de la criogénesis, cuando el embrión al ser congelado y quedar en una verdadera vida latente —con o sin autorización—, puede "renacer" con posterioridad a la muerte del padre, madre, o incluso de ambos progenitores. Las instituciones civiles que protegen la

---

[13] O. Romo: *Problemática de la Fertilización Artificial en la Organización Jurídica Chilena*. Monografía (Presentada a la Societé de Medicine Legale, Francia).

[14] "Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación"; Congregación para la Doctrina de la Fe, 22 febrero 1987.

Copyrighted material

legitimidad paterna del hijo *post mortem*, también podrán sufrir alteraciones en este sentido, toda vez que en este caso no se darían los condicionamientos que tradicionalmente ellas contemplan; lo expuesto, sin incluir otros graves problemas derivados de las técnicas empleadas en la fecundación y del bagaje genético hereditario del nuevo ser, donde podrán plantearse otros problemas que dirán relación sobre seres monstruosos y con enfermedades genésicas insanables.

Baste señalar la posibilidad —ya planteada en la práctica— de la fecundación artificial postmortal, la que ha dado origen a grandes polémicas a fin de establecer la propiedad de los embriones congelados; sus posibilidades de vida futura; y, por otra parte, la necesidad de un útero mercenario o de una madre de reemplazo; así como los derechos hereditarios en caso que esa gestación llegara a feliz término; como también un sinnúmero de otros problemas de orden que incluso abarcan lo económico.

Se ha comprobado que los embriones, óvulos y semen pueden ser conservados prolongado tiempo. Se preguntan los científicos si podrían durar en dicho estado mucho tiempo, quizás centurias, si son congelados adecuadamente. Linda Mohr, de la Monarch University de Melbourne, comunicó al Congreso de Helsinki haber logrado ocho embarazos con embriones congelados a nivel de desarrollo de ocho células a menos de 80º C en nitrógeno líquido. Las ventajas del procedimiento se hallan, cuando se han logrado varios embriones, en la aspiración, y algunos de ellos pueden ser utilizados en un segundo ensayo o conservados para la implantación en momento oportuno si surgen problemas en la receptora.[15] Así también en Besançon, Francia, nacían gemelos de embriones congelados en 1989. Conocido es el caso, que afectó directamente a nuestro país, cuando dos embriones quedaron guardados en Melbourne (Australia) para intentar futuras implantaciones en un matrimonio que, lamentablemente, en un accidente de aviación muere. Se produce en Australia un gran debate sobre la jurisdicción y destino de dichos embriones mantenidos en congelamiento; a ello se agregan los eventuales derechos hereditarios de un hijo vivo de dicho matrimonio y de su abuela paterna. Se resuelve que estos embriones, posiblemente no viables dado el tiempo transcurrido desde su congelamiento, deben ser implantados en una madre de reemplazo, no aceptándose la opinión de expertos que recomiendan su destrucción. Se argumenta finalmente que los padres de dichos embriones (biológicos y legítimos) no habían dejado instrucciones escritas y nadie más tenía derecho a decidir sobre ellos.

Son innumerables las posibilidades relacionadas con el destino de los embriones *in vitro*; sólo a modo de ejemplo, podemos mencionar los eventuales derechos que tiene el embrión (o podría tener) a no ser congelado; también a no ser sujeto de operaciones u observaciones científicas; o, por último, a no ser destruido con otros fines.

El 25 de julio de 1978 nace en la maternidad del Hospital de Oldham, en Inglaterra, Luise Brown, primera niña resultante de una fertilización *in vitro*

---

[15] Dres. J.A. Gisbert, H. Puppo y L. J. Lencioni: *Fecundación In Vitro, Inseminación Artificial, Adopción*, Monografía, 1983, pág. 69.

Copyrighted material

(FIV), en una madre que presentaba esterilidad por obstrucción tubaria completa. El equipo que obtiene este resultado tan llamativo, está dirigido por los doctores Patrick Stoptoe y Robert Edwards. Posteriormente, en 1981, se logra el primer nacimiento en los Estados Unidos, como resultado de investigaciones efectuadas en Norfolk, Virginia, por los doctores Georgiana y Howard Jones. Para fines de 1984, habían nacido en todo el mundo más de 1.000 niños utilizando esta técnica. En la actualidad, en cerca de 30 países existen programas a este respecto, entre los que podemos destacar: en América del Sur, Argentina, Colombia, Chile; en Europa, Inglaterra, Francia, Suecia; también en Australia, Nueva Zelandia, China, etc. Se organiza el Tercer Congreso Mundial sobre Fertilización In Vitro, en Helsinki, en 1984, donde concurren más de 200 grupos de trabajo que aportan su experiencia.

Según vimos, son innumerables los problemas a que puede dar lugar la fertilización *in vitro*. Así, en Holanda, en 1989, existe un debate judicial que se hace público por el motivo que una pareja de lesbianas niega al padre biológico de su hijo el derecho a visitarlo. En otro proceso, la novia de un donante muerto quiere que se congele el esperma por si decide tener un hijo suyo en el futuro. En Johannesburgo, Sudáfrica, una abuela sudafricana blanca está a punto de dar a luz trillizas como madre reemplazante de su hija; debe agregarse que el esperma era producto de su yerno. En Washington, U.S.A., el caso de un padre de una niña, que demandó a su ex mujer por uso indebido de su esperma, exigiendo que se le libere de la obligación de sostener económicamente a la hija producto de esa fecundación. No escapa la sorpresa en estos casos, cuando un matrimonio británico blanco que tras años de infecundidad se decidió por una inseminación artificial, tuvo la dicha de ser progenitor de un hijo... negro; esto en Londres en 1983.

Otro número incalculable de problemas se han suscitado como consecuencia del alquiler o arrendamiento de úteros mercenarios, como se ha dado en denominar el contrato por el cual una "madre de reemplazo" acepta el embrión de un matrimonio, a fin de gestarlo en sus órganos. Esto llegó a preocupar incluso al Ministro portugués de Justicia, Sr. Mario Raposo, que durante el año 1986 crea una comisión encargada concretamente de estudiar los casos de alquiler o préstamo de úteros en su país. Digamos finalmente que científicos de la Universidad de Princeton, U.S.A., afirman que el embarazo en los hombres es posible a nivel científico mediante este sistema y metodología; por tal motivo, consideran que deberían establecerse normas para proteger a los que aprovechen de estas nuevas tecnologías. (Lo solicitó el biólogo Lee Silver de esa Universidad.)

No podemos olvidar tampoco que en el anonimato de los donantes existe el riesgo de que en el futuro dos personas, de distinto sexo, nacidas por inseminación con espermas del mismo hombre, o bien con óvulos de la misma mujer, pudieran llegar a contraer matrimonio, dándose el caso —aunque involuntario— de incesto. Debe señalarse que se ha hecho ver el riesgo importante de malformaciones en los niños nacidos por estos métodos. Dado el modo en que tiene lugar la fecundación *in vitro*, con el gran número de espermatozoides en contacto con el óvulo, exponen a que se produzcan, de alguna manera, las manipu-

Copyrighted material

laciones mecánicas que sufre el óvulo y sobre todo el embrión. "Podrían dar igualmente origen a defectos congénitos de diversa entidad y gravedad."[16]

8. LEGISLACION POSITIVA RELACIONADA

Son numerosas las disposiciones contenidas en la legislación codificada y en leyes especiales que están en una relación directa o indirecta con estas materias. Ellas dicen relación con la aplicación y desarrollo de estas técnicas y consecución de sus objetivos; y con los efectos jurídicos que ellos producen. Podemos señalar a este respecto:

1) La Constitución Política de Chile, de 1980, que en su art. 19 Nº 1º proclama la garantía constitucional del derecho a la vida y la protección de la vida del que está por nacer.

2) En el campo del Derecho de Familia, encontramos una rica normativa que a contar del art. 102 del Código Civil, al definir el matrimonio, señala como fin connatural del mismo el de procrear. Estas materias guardan relación con otras no menos importantes referidas a la patria potestad (art. 240 C.C.); a la legitimidad del hijo nacido dentro del matrimonio (arts. 179 y 189 C.C.); en fin, respecto de todas las normas sobre derechos y obligaciones entre los padres e hijos de familia.

3) En materia de Derecho Sucesorio, donde los órdenes de sucesión son precisos en la legislación ab intestato y determinantes en cuanto a calidad y legitimidad de los herederos; allí se ve la necesidad de que estas técnicas no interfieran en tales normativas codificadas, so pena de producir indecisión y tal vez injusticia (art. 983 y siguientes C.C.) en la resolución procedente.

4) Un conjunto de leyes especiales que forzosamente deberán ser modificadas a objeto de que puedan acceder al "producto", creado en base a estas técnicas. Dichas estructuras, algunas del siglo pasado, no hubieran jamás podido contemplarlas en su texto primitivo. Así tenemos la Ley de Matrimonio Civil, de 1884; de Registro Civil, del mismo año, hoy Ley 4.408, modificada en 1930; Ley 5.521, de 1934, que confirió a la madre la patria potestad del hijo en defecto o ausencia del padre; Ley 5.750, sobre investigación de la paternidad ilegítima y pago de alimentos, hoy sustituida por Ley 14.906, de 1962, que modificó su texto primitivo.

5) En otro orden de cosas, se hace necesario pensar que las normativas contenidas en otras leyes que se refieren a la protección de menores, a su adopción, a la afiliación natural y legítima, que contienen: la Ley 4.447, de 1929, cuyo texto definitivo lo fijó la Ley 16.618, de 1967; la Ley 7.613, de 1943; las Leyes 10.271, de 1952, y 18.703, de 1988; todas, respectivamente, deberán ser modificadas para que puedan acoger las necesidades creadas en el marco jurídico de esta nueva problemática que genera la fertilización artificial en sus diversas formas y secuelas.

---

[16] Dres. J.A. Gisbert C., H. Puppo T. y Leo. J. Lencioni: *Ob. cit.*, pág. 43.

Copyrighted material

6) Cuestión aparte merece la dictación de la Resolución Ex. Nº 1.072 del Ministerio de Salud, de 28 de junio de 1985; ella determina un condicionamiento en la procedencia y ejercicio de estas técnicas de fertilización artificial. Estableció ciertos resguardos de procedimientos que, con fundamento ético, tratan de asegurar manejo y manipulación responsables de gametos y posterior embrión. En esta consecuencia, se crea un Comité Etico encargado de la revisión de dichos procedimientos, que es garante de su corrección y ejercicio. La información a dicho Ministerio es obligatoria en estas materias. Se ha tratado así de impedir abusos, por una parte; por otra, canalizar la fertilización artificial y la transferencia embrionaria en un marco ético y de ponderación respecto de lo jurídico hacia una pareja humana. No puede escapar a nuestra atención lo difícil de tal fiscalización y lo deficitario de esta normativa en lo médico-legal, especialmente en lo jurídico positivo.

Copyrighted material

CAPITULO SEGUNDO

DESARROLLO INTRAUTERINO DEL SER HUMANO. INICIO DE LA PERSONALIDAD NATURAL

1. EXISTENCIA DE LA PERSONALIDAD NATURAL: CONCEPTO Y REQUISITOS

La vida intrauterina del nuevo ser comienza con la fecundación o fusión de gametos y termina con el parto; es el período de gestación, embarazo o preñez de la mujer. Este es el principio de existencia natural del ser humano; aquí se da comienzo a la personalidad natural del individuo, la que es protegida por la ley. El Código Civil en su art. 75 señala: "La ley protege la vida del que está por nacer. Todo castigo a la madre, por el cual pudiera peligrar la vida o la salud de la criatura que tiene en su seno, deberá diferirse hasta después del nacimiento". Tal disposición, por lo demás, tiene rango constitucional; es así que el art. 19 Nº 1º de nuestra Constitución Política lo consigna expresamente cuando dispone que "la ley protege la vida del que está por nacer".

Por otro lado, el Código Sanitario señala la protección y vigilancia del estado de toda mujer "durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo" (art. 16 C.S.); dicha acción, el Estado la realiza por intermedio de las instituciones que correspondan; la atención será gratuita para los indigentes en todos los establecimientos del Servicio Nacional de Salud, conforme lo dispone el art. 17 de ese cuerpo legal.

El Código Penal, por su parte, establece que "no se ejecutará la pena de muerte en la mujer que se halle encinta, ni se le notificará la sentencia en que se le imponga hasta que hayan pasado cuarenta días después del alumbramiento" (art. 85 C.P.). Interesante resulta confrontar la sinonimia del legislador en relación al embarazo que denomina encinta, y el parto que denomina alumbramiento.

2. ESTADO DE PREÑEZ O EMBARAZO. SUS ETAPAS DE EVOLUCION

Se distinguen tres etapas en el desarrollo de la vida intrauterina: una primera etapa ovular; una segunda etapa embrionaria, y una tercera etapa fetal.

Copyrighted material

Según vimos, la fecundación, o concepción en el lenguaje legal, es la unión del pronúcleo del óvulo (célula sexual femenina) y del pronúcleo del espermio (célula sexual masculina). Generalmente se realiza en el tercio externo de la trompa de Falopio; no obstante, esta fusión puede ocurrir en los ovarios, el útero o los pabellones de las trompas. Incluso, en casos extraordinarios, se ha detectado un embarazo ectópico dentro de las cabidades abdominales de la mujer. Al producirse la fusión, queda inmediatamente determinada la constitución genética del nuevo ser, única e irrepetible; a las pocas horas se inicia el proceso de desarrollo (división) del huevo o cigoto, que sincrónicamente inicia su transporte desde el tercio externo de la trompa hacia la cavidad uterina. El transporte del huevo dura aproximadamente entre 4 y 5 días, y termina con la implantación del mismo en sus paredes; aquí se produce el "anidamiento", siendo rodeado el huevo por una membrana llamada caduca, que más adelante dará origen al saco fetal.

En la primera fase, ovular o tubárica, que podríamos decir se extiende desde el instante de la fecundación hasta el anidamiento del huevo en el útero, en el transcurso del lapso ya indicado de 4 a 5 días, el óvulo fecundado se convierte en un racimo esférico de células que se dividen rápidamente, llamado mórula, porque observado al microscopio, se parece mucho al fruto de la mora. En esta fase de su desarrollo, la mórula utiliza el alimento que el óvulo ha llevado consigo desde el folículo ovárico y recibe también elementos nutritivos del fluido disponible en ese sector de su transporte. Llega a tener aproximadamente 16 células. Cuando llega al útero se ha convertido en una especie de pelota hueca de células, la que se denomina blastocito (blástula). Hasta ese momento, las células han estado rodeadas por la zona pelúcida, la cual ahora desaparece, y en los días siguientes, el blastocito se adhiere al revestimiento del útero (endometrio). Se ha producido en esta forma la implantación y queda consumado el embarazo. El requisito sine qua non para que se produzca es que tanto el blastocito como el revestimiento del útero estén convenientemente preparados. Cualquier problema, tanto en el tiempo de descenso del huevo hasta el útero, como, asimismo, en la falta de preparación o madurez del endometrio, impedirá la implantación del huevo, por lo que tampoco se producirá el embarazo. El óvulo simplemente se atrofiará y será eliminado por el organismo de la mujer.

En algunos casos, en forma excepcional, el óvulo fecundado en el descenso por la trompa se divide por causas que aún se ignoran, y cada una de estas células producto se separa y continúa su desarrollo en forma independiente. Cuando esto ocurre, dos blastocitos llegarán al útero, los que al ser implantados producirán en definitiva un embarazo doble. En este caso, los gemelos provenientes de un mismo huevo fecundado serán idénticos. En otro caso, cuando se trata de dos óvulos separados que han sido fecundados, serán gemelos biovulares no idénticos.

Una vez preparado el blastocito para adherirse al endometrio, tiene aproximadamente un centenar de células, las cuales forman, según vimos, una esfera hueca que generalmente se implanta en la parte superior del útero; un pequeño número de éstas se desarrolla hasta convertirse en el futuro "embrión",

Copyrighted material

en tanto que las restantes forman el denominado "trofoblasto", que se convertirá en la placenta y otras membranas conjuntas que sirven al desarrollo del embrión y feto. Ha comenzado la fase embrionaria propiamente dicha del nuevo ser.

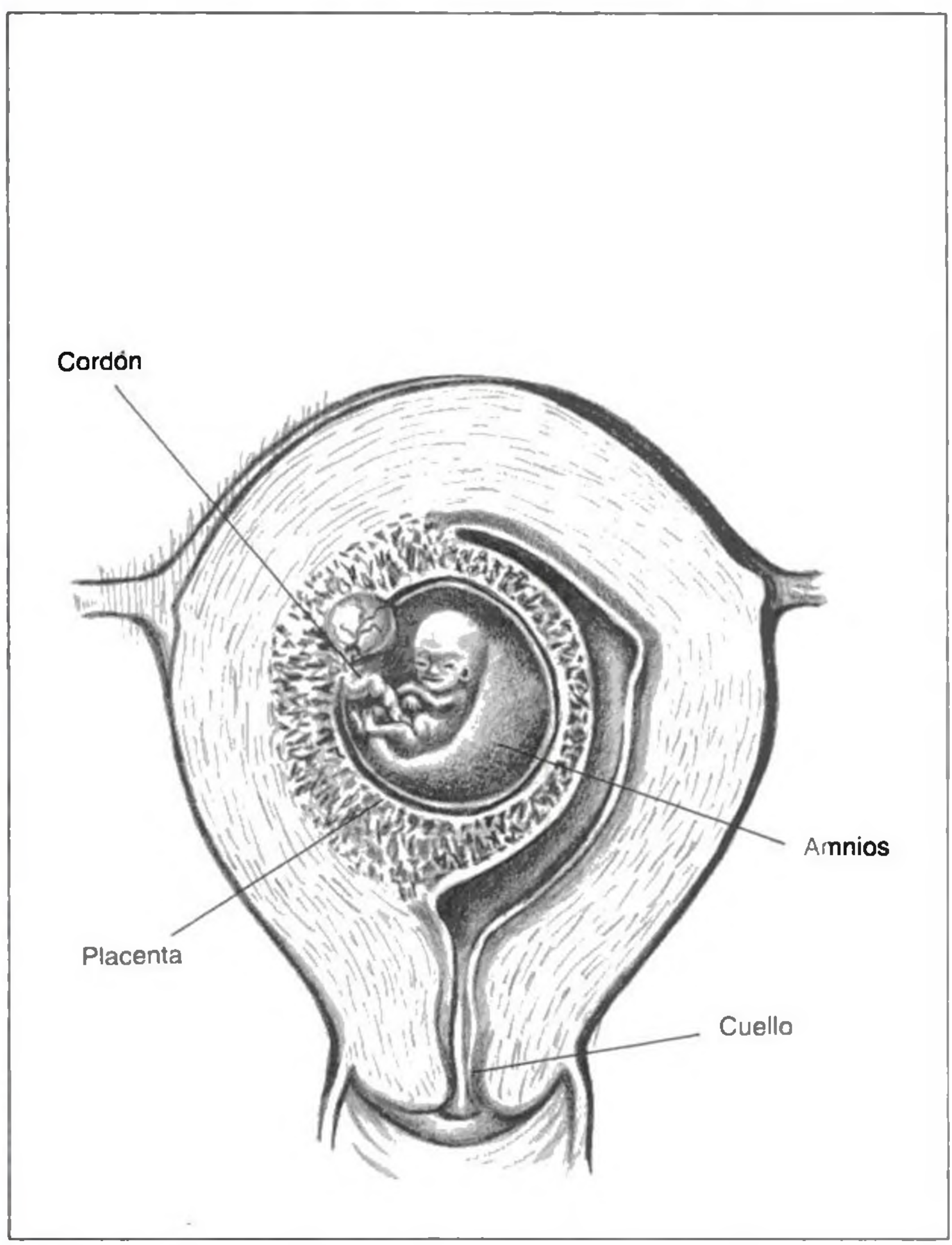
El germen implantado en el útero se denomina ahora embrión; en este período, durante el cual están en formación los sistemas orgánicos básicos, es aún más frágil la vida del nuevo ser. Las opiniones de los científicos señalan que entre el 10 y el 30% de todos los embriones son abortados en forma espontánea por una u otra razón en esta etapa; la mayoría de estos abortos naturales se produce dentro de las primeras semanas del embarazo. En esta etapa se advierten en un primer momento dos capas celulares diferenciadas, que son el ectoblasto y el endoblasto; con posterioridad se forma una tercera capa de células, denominada mesoblasto. Estas capas celulares son las encargadas de formar los órganos del nuevo ser humano. De la capa externa surgirán la piel, los órganos de los sentidos y el sistema nervioso; de la capa interna, el aparato digestivo, los órganos como el hígado y el páncreas y además el aparato respiratorio; de la capa media, el esqueleto óseo, los músculos, el aparato urogenital y el sistema circulatorio.

Veintiséis días después de la concepción, el embrión presenta pequeños miembros; primero los brazos, a los dos días siguientes tendrá formadas las piernas. Un órgano rudimentario en forma de "U" es el pequeño corazón, que ya a ese tiempo empieza a latir; tiene la particularidad de ser nueve veces mayor en su proporción que el existente en el individuo adulto; al cabo de pocos días, será capaz de hacer circular eficientemente el torrente sanguíneo, cuyos componentes estarán también recién formados. Su sangre circula por un sistema cerrado de vasos, perfectamente aislado de la circulación sanguínea materna. El embrión en este período de desarrollo tiene una cabeza enorme en relación a su cuerpo; es la época de desarrollo principalmente del cerebro y de la médula espinal a partir de la capa externa de células que forma el llamado "tubo neural". Importante es añadir, a este respecto, que parte de este tubo permanece erecto formando la médula espinal; la extremidad superior del mismo, por el contrario, se curva, para dar origen al cerebro.

En este tiempo también se formará el "tubérculo genital", protuberancia al frente de la abertura del tubo que con posterioridad se transforma en el pene o en el clítoris femenino. En su entorno, detrás de aquélla, se desarrollan pequeños pliegues destinados a envolver la uretra, prolongándose hasta el glande; en la mujer formarán los labios menores; otra protuberancia estará destinada a la formación del escroto en los varones y de los labios mayores en las mujeres.

Sintetizando las diferentes opiniones a este respecto, podríamos afirmar que entre la sexta semana de desarrollo intrauterino del embrión y la decimocuarta semana de gestación, el embrión llega al estado fetal. Durante este período fetal, que se extenderá desde este momento hasta el nacimiento del nuevo ser, el feto va adquiriendo rasgos cada vez más humanos, que se irán acentuando día a día. La cabeza crece lentamente; se alargan los brazos y las piernas; aparecen las uñas y se desarrollan los órganos externos de la reproduc-

Copyrighted material



Feto humano, 10 semanas de desarrollo

ción. Ya podrá determinarse su sexo a este nivel de desarrollo. Los nuevos adelantos tecnológicos (ecotomografía) harán posible observar el sexo del feto; ya no será necesario punzar quirúrgicamente la cavidad amniótica o examinar al microscopio las células del líquido a fin de obtener resultados. Su sistema nervioso y muscular y las conexiones recíprocas entre ellos también se desarrollan rápidamente; una gran parte del cuerpo del embrión se volverá entonces sensible al tacto. De ahí la importancia de estos primeros 90 días de desarrollo

Copyrighted material

del embrión, el cual se conoce como "organogénesis", esto es, de formación de los órganos; en esta etapa de desarrollo del feto es cuando se produce gran parte de las malformaciones congénitas que lleva en sí el nuevo ser. A partir de este momento el feto empieza a moverse, patear, extender los dedos de los pies, cerrar las manos, girar la cabeza, etc. No obstante, la madre aún no detectará estos movimientos por ser tan pequeña la criatura. Una envoltura llena de líquido, el amnios, la rodea y protege totalmente, encerrada a su vez en una membrana exterior llamada "saco coriónico o corion". En esta etapa de evolución del embarazo, el corion y el amnios forman las membranas fetales. La placenta y el cordón umbilical, en este período, han tomado ya su forma definitiva; el feto está unido a la placenta por el cordón umbilical, dentro del cual se encuentran los vasos que le permiten el intercambio de sangre con su madre. La placenta desempeña un importante papel en la provisión de alimento para el feto; adherida a la pared uterina, permite que los torrentes sanguíneos maternos y fetales se encuentren muy próximos, aunque jamás llegan a estar en contacto directo. Es a través de ésta que el oxígeno y los elementos nutritivos pasan al feto desde la madre; y del mismo modo, los excrementos del feto recorren el camino inverso para ser eliminados a través del torrente sanguíneo materno. Al cabo de la vigésima semana podrá escucharse el latido del corazón fetal; se sienten los primeros movimientos del hijo; si por alguna razón el feto es dado a luz durante este trimestre, podría respirar y moverse, pero como consecuencia de su diminuto tamaño, prácticamente no tiene posibilidades de sobrevivir. Al cabo de 24 semanas, el feto alcanza aproximadamente, en términos promediales, unos 30 cm de longitud y pesa alrededor de 680 g. El útero se ha dilatado notablemente a fin de ofrecer un cómodo espacio al feto en desarrollo. El cordón umbilical contiene dos arterias y una vena; en su total desarrollo, en promedio, posee una longitud de aproximadamente 60 cm, con un diámetro de 1,25 cm.

Durante el tercero y último trimestre del embarazo, el feto ha aumentado rápidamente de tamaño y peso; durante la trigésima octava semana, el feto es llamado "feto a término", dado que si naciera en este período, se encontraría de un tamaño normal y viable. Un promedio normal de un feto a término es de 3,200 kilos y de una longitud de unos 50 cm. de largo total. El feto en esta etapa es rollizo, como consecuencia de la grasa que se ha depositado en su cuerpo; presenta un poco de vello en la cabeza y las uñas sobrepasan la punta de sus dedos. La piel se encuentra cubierta con una substancia grasosa y blanquecina denominada "vérnix caseosa" que proviene de la secreción de glándulas cutáneas. Finalmente, en una posición normal próxima al parto, se halla ubicada su cabeza hacia abajo en la región pelviana de la madre; es la posición ideal para que se inicie el proceso del parto. En este momento la placenta pesa unas ocho veces menos que el feto. Se han confeccionado tablas de mediciones de fetos a término, a fin de determinar con cierta precisión la edad natural del feto a término.

Tanto la vida del *nasciturus* (nacedero) como de la madre embarazada son demasiado importantes para que no tengan gran repercusión en el área del Derecho. Son muchas sus instituciones que están en juego cuando se pone en

Copyrighted material

peligro o se somete a riesgo la salud o vida de la mujer embarazada o del producto de la concepción.

3. TIPOS DE EMBARAZOS

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer en cuyo organismo se desarrolla un huevo fecundo, con una duración clínica promedio de 272 días (para otros, 277 días), contados desde los 12 ó 14 días de la última menstruación.

En el embarazo también podemos distinguir tres períodos de evolución: un primer período ovular, hasta el quinto o sexto día de iniciada la fecundación; un segundo período embrionario, que comienza, según vimos, desde la implantación del huevo en el endometrio uterino; y un tercer período fetal, que se inicia aproximadamente a la sexta semana de desarrollo del embrión y dura hasta el término del período de gestación. De esta manera, "el médico legista suele abocarse al problema de asegurar o negar la existencia de un embarazo, o bien de un parto, para lo cual hará uso de sus conocimientos obstétricos forenses".[17] Es por esto que numerosas causas pueden inducir a error al perito, como (por ej., la edad de la mujer, su virginidad anatómica, enfermedades que simulen embarazo, tumor); en fin, simulación o disimulación del mismo. De ahí entonces la necesidad de que el perito analice, por diferentes medios y desde diversos puntos de vista, el embarazo real o supuesto de una mujer.

El embarazo, atendidos diversos aspectos, puede ser clasificado en la siguiente forma:

a) Según la ubicación de inserción del embrión, en: normal o uterino; y anormal, ectópico o extrauterino;

b) Según el hecho de su certidumbre, en: cierto; falso o simulado;

c) Según la existencia de uno o más embriones, en: simples o múltiples.

El embarazo normal supone la implantación del huevo en el útero y su desarrollo en condiciones biológicas normales. El embarazo patológico o ectópico ocurre cuando la implantación del huevo es viciosa; esto es, cuando se asienta en lugares diversos, como por ej. en ovarios, trompas e incluso en la cavidad abdominal. También por anomalías o enfermedades del huevo (simple o en pluralidad), como consecuencia de enfermedades maternas atingentes al embarazo o conexas con el mismo. Gran número de estos casos termina con la muerte del feto y aun de la madre, haciendo sospechar al perito, en algunas oportunidades, la ejecución de maniobras abortivas. De alto riesgo es el embarazo tubario —ectópico—, con término de intensa hemorragia y posible muerte de la madre. Pueden en estos casos, incluso, producirse rupturas de otros tejidos con provocación de peritonitis y muerte final. Sin embargo, ha ocurrido que un embarazo ectópico ha permitido la evolución definitiva del feto e incluso ha podido sobrevivir mediante cesárea de la madre. El resultado de lesiones en estos casos conlleva el riesgo de error para el perito forense, que

[17] T. Tobar P.: *Apuntes de Clases*, Curso de Medicina Legal; Facultad de Medicina; U. de Chile.

Copyrighted material

podrá sospechar de un aborto provocado ante la presencia de lesiones en las trompas de Falopio (estallido espontáneo de trompa) o bien en el útero, por lo cual deberá ser responsabilidad del mismo la investigación acuciosa e histológica en tales casos, cuando no haya signos visibles de la causa de muerte.

Podrían considerarse como anomalías que pueden producir la muerte del feto y consiguiente de la madre, el despegamiento precoz de la placenta, la ruptura prematura de las membranas, infartos de la placenta, las torsiones anormales del cordón, etc. Según Gisbert C., "en estos casos puede producirse la muerte aniquilando a la mujer en algunos instantes por eclampsia con hemorragia cerebral o vulvar y, sobre todo, hemorragias uterinas por placenta previa o despegamiento de la placenta inserta normalmente".[18]

Otras enfermedades de la mujer que pueden tornar patológico el embarazo, son algunas infecciones como la neumonía, la sífilis, intoxicaciones, o traumatismos de cualquier especie que haya experimentado la mujer embarazada. Otras específicas del período de gestación, como la eclampsia y la albuminuria gravídica, transforman también este proceso en patológico.

Embarazos ciertos y embarazos falsos o simulados. El embarazo será cierto cuando efectivamente existe un proceso de gestación en la mujer, lo conozca o no; asimismo, será cierto aun cuando la mujer trate de disimularlo por razones de ocultamiento de tal estado. Estos embarazos disimulados tienen interés en nuestro estudio, toda vez que son fuente de posibles abortos futuros, de partos en la clandestinidad, consecuencia del abandono de niños o, peor aún, del homicidio de los mismos al momento del parto, con la ejecución de un delito de infanticidio. En algunas circunstancias, la mujer embarazada podrá o no demostrar que ignoraba su estado de preñez. El conocimiento de los signos de embarazo previo al hecho que se investiga, permitirá la resolución en base a un debido proceso.

Los embarazos son falsos cuando no existe el estado de gravidez que se pretende; se les clasifica en embarazos simulados e imaginarios o aparentes. En el primer caso existen voluntad y conciencia en la mujer que simula tal estado de gravidez. Los motivos para simular un estado de preñez pueden ser varios, desde el tratar de evadir la aplicación de penas sancionatorias corporales, como la intención de defraudar a objeto de obtener herencias o derechos hereditarios que en razón de dicho estado le corresponden. Conocido es el caso relatado por Etienne Martin en su obra sobre la reina Draga, "que a comienzos del año 1901, en Belgrado, tuvo que ser examinada por dos médicos rusos y uno francés que fueron llamados para dictaminar sobre su estado de preñez, existiendo contradicción entre ellos. Después de reiterados exámenes, los infrascritos médicos hacen constar que no existe en la reina embarazo a término ni embarazo avanzado y, por tanto, que queda descartada tal suposición".[19] En este caso, la reina poseía tal conjunto de síntomas manifiestos que hicieron imitar un embarazo real, que bastó para persuadir a la misma reina, y así a su

[18] J.A. Gisbert: *Ob. cit.*, pág. 401.
[19] E. Martin: *Ob. cit.*, pág. 592.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

también son de probabilidad y podrían obtenerse por causas análogas a las ya comentadas.

Signos maternos funcionales. Entre ellos, tal vez el de mayor importancia consiste en la supresión de los menstruos, llamada amenorrea; no constituye un valioso antecedente por sí solo, sino en concurrencia con otros, ya que la amenorrea puede ser producida por causas patológicas o mecanismos funcionales alterados o psicogénicos (neurosis, cambios climatéricos). En un período avanzado de la gestación aparece el calostro; surge de los senos de la mujer gestante, se observa como un líquido blanco-amarillento que incluso se secreta sin succión. Es un líquido seroso producido por las mamas desde el segundo o tercer mes del embarazo. Otros signos podrían calificarse de simpáticos, consistentes en vómitos, fatigas, somnolencias, insomnios, irritabilidad; son de poca certeza.

Signos fetales o de certidumbre. Si bien no siempre otorgarán certeza absoluta sobre la existencia del nuevo ser *in utero*, en todo caso poseen mucho mayor validez para el diagnóstico del embarazo. Aparecen después de los cuatro meses de evolución aproximadamente; y tendrán un valor absoluto si, en conjunto con otros signos, pueden demostrarse científicamente.

Son signos fetales: los movimientos fetales; movimientos que realiza el feto dentro de su saco amniótico y que comenzarán a percibirse tenuemente hasta hacerse fuertes y perfectamente identificables por la madre. El "baloteo" del feto, que junto con la presencia de amnios en la matriz, serán también signos de certidumbre de la gestación. Soplo cardíaco fetal, esto es, los latidos del corazón del feto, de mayor ritmo que el de la madre (130 a 160 pulsaciones por minuto). Son perceptibles claramente con estetoscopio a partir del cuarto mes —aproximadamente— de su desarrollo. Antiguamente, y pese a existir contraindicación a su respecto, en algunas oportunidades excepcionales se producían imágenes radiográficas donde podía comprobarse el esqueleto fetal e, incluso, partes blandas del feto y de la placenta. Estas exposiciones, en todo caso, con posterioridad al tercer mes de evolución. Solamente después del cuarto mes aparece dicho diagnóstico radiográfico como seguro. Actualmente, con la ecotomografía, tales procedimientos se han hecho obsoletos; mediante este sistema de sonar, que reproduce la imagen fetal en una pantalla, se puede observar perfectamente al producto de la concepción.

Las células fetales en el líquido amniótico pueden permitir la detección en algunos casos de aberraciones cromosómicas, como el mongolismo, por ej. Tales técnicas sólo aparecen como indicadas en forma excepcional y con propósitos terapéuticos.

Diagnósticos o tests biológicos. Numerosos son los tests de laboratorio destinados a establecer el embarazo de una mujer. Ellos otorgan mayor certidumbre en este aspecto que el diagnóstico clínico de embarazo. Los más conocidos tests son los siguientes: serodiagnóstico de Abderhalden, que detecta el paso de albúminas procedentes del feto y placentarias al sistema circulatorio

Copyrighted material

de la madre, lo que provoca reacciones de defensa que forman en el suero sanguíneo materno anticuerpos destinados a combatirlas. La prueba de laboratorio se realiza colocando una pequeña partícula de placenta (obtenida de tercero) en presencia de suero sanguíneo de la mujer supuestamente embarazada; en esta forma, los anticuerpos producidos por ella combaten las substancias albuminoideas que contiene, reduciéndolas en poco tiempo. En caso de no existir embarazo, el suero sanguíneo no altera dicho cuerpo placentario. En la reacción química, las albúminas placentarias se transforman en peptonas y aminoácidos que producen una reacción característica de color violeta. Esta prueba tiene eficacia a partir del segundo mes de embarazo y hasta el término del mismo por parto o aborto. Se entiende que es eficaz en un 80% de los casos, otorgando reacción positiva falsa cuando la madre es portadora de ciertas enfermedades que producen este tipo de reacciones defensivas en su torrente sanguíneo (quistes ováricos, cáncer, etc.).

Diagnóstico hormonal de Zondek y Ascheim. Su ejecución tiene como fundamento transformaciones hormonales que experimenta la mujer en el período de gestación. Así observamos el aumento de la foliculina y de la luteína relativas a la preñez propiamente tal y a la estructura muscular uterina; asimismo, para mejorar las condiciones de implantación y anidación del huevo. Igualmente, la presencia de otras hormonas producidas por la hipófisis que aumentan desde los primeros momentos del embarazo. Desde la anidación del huevo, puede observarse, tanto en la sangre como en la orina de la mujer, la presencia de la hormona gonadotrofina producida por las vellosidades coriales del huevo. La prueba consiste en probar la presencia de hormonas hipofisiarias en la orina de la mujer embarazada. Al inyectarse pequeñas dosis de orina en ratas impúberes, si existe este tipo de hormonas en abundancia, provocarán en el animal de experimentación una mayor producción de foliculina y luteína y por tanto una aparición precoz de su pubertad. En caso contrario, dicha inoculación (de orina) no producirá ninguna reacción característica. Cuando se busca la gonadotrofina coriónica, presente en la gestante, la orina matutina de ella se coloca en contacto con ciertos reactivos a fin de observar su presencia y volúmenes.

La prueba de Zondek y Ascheim data de 1928 y destaca, como resultado de la inyección de orina en ratas, la maduración folicular prematura incluso con aparición de "puntos de sangre" en los folículos que denotan el efecto hormonal en el animal.

Prueba de Friedmann (de la coneja), prueba de Hofmann, prueba de Galli-Magnini, Gravindex Test; son otros tantos diagnósticos o tests de laboratorio que persiguen el mismo objetivo en base a la detección de hormonas hipofisiarias en la sangre u orina de la mujer supuestamente embarazada. En la de Friedmann, varía sólo el animal de experimentación, que en este caso es una coneja adulta sin contacto sexual durante un período mensual; en la de Hofmann, la orina es sustituida por suero sanguíneo de la madre supuestamente gestante; en la de Galli-Magnini, el animal de experimentación es el sapo macho (*Bufo Arenarum*), donde se trata de obtener una espermatogénesis perceptible antes

Copyrighted material

de las dos horas de su inoculación. Finalmente, en el Gravindex Test, de alta eficacia (98%) y de técnica relativamente fácil, con una ejecución de escasos 15 ó 20 minutos, la prueba se produce con unas gotas de suero anticoriónico humano destinadas a producir la aglutinación de unas gotas de orina filtrada de la mujer que se supone embarazada en base al principio de aglutinación por anticuerpos. Son pruebas todas que otorgan certidumbre.

5. INVESTIGACION DE LOS SIGNOS DE EMBARAZO EN EL CADAVER

En algunas oportunidades deberá el perito médico-legal establecer las circunstancias del embarazo en el cadáver de una mujer que ha fallecido por causa ignorada o por supuestas maniobras abortivas ejecutadas en ella. "La demostración médico-legal, en estos casos, tropieza con grandes dificultades, sobre todo si ha existido un aborto y éste ha ocurrido en un momento precoz del embarazo. Así, la diferenciación entre una hemorragia menstrual retardada, casi siempre abundante y aun con coágulos sanguíneos de una hemorragia abortiva, resulta de ordinario muy dudosa."[24] Ahora bien, si el embarazo ha progresado durante prolongado tiempo, sabemos que en el organismo de la embarazada se imprimen huellas propias de la gestión, siendo algunas de ellas indelebles, como, por ej., ocurre con las estrías abdominales. Si ha existido un proceso de gestación, el cadáver de la mujer concede los siguientes datos demostrativos: presencia de un cuerpo lúteo ovárico, modificaciones uterinas apreciables con aumento de su volumen, tumefacción de la mucosa, presencia de inserción placentaria y modificaciones histológicas de mucosa y miometrio; también en los líquidos vaginales podrán encontrarse restos de vellosidades coriales o de líquido amniótico. Es innecesario agregar que tales antecedentes se buscarán en ausencia del feto *in utero*, el que generalmente no existirá cuando se proceda a la autopsia de la fallecida.

6. EL PSIQUISMO DE LA MUJER EMBARAZADA

Si bien los autores afirman que el embarazo es un estado fisiológico de la mujer, no obstante podemos observar por su causa numerosas alteraciones funcionales, algunas de ellas patológicas. Redunda en el estado psíquico de la mujer grávida, lo que tendrá importancia para su imputabilidad y responsabilidad en su vida de relación. Es conocido el hecho de que el embarazo ejerce una marcada influencia sobre el sistema nervioso simpático de la madre, lo que produce irritabilidad, alteraciones de su sensopercepción y de su afectividad. Por estas razones, algunos autores sostienen que la mujer grávida tiene una responsabilidad atenuada o disminuida en su actuar; es así como algunas

[24] C. Simonin: *Ob. cit.*, pág. 401.

Copyrighted material

legislaciones —la de U.R.S.S. por ej.— atenúan explícitamente la responsabilidad penal de la mujer en este estado. En todo caso, entendemos que en ausencia de una normativa precisa en nuestro medio a este respecto, deberá observarse en cada caso según el criterio a seguir ponderándose en consecuencia los efectos fisiológicos y psicológicos provocados por la gestación en la mujer, para de esta forma establecer su responsabilidad, y en su caso su imputabilidad, en un acto delictual ejecutado por ella.

7. DISPOSICIONES LEGALES SOBRE LA MUJER EMBARAZADA; TUTELA Y PROTECCION DE LA MATERNIDAD

Las legislaciones de todo el mundo se han preocupado especialmente de la protección de la mujer en período de gestación; incluso más, las Constituciones Políticas de los Estados se preocupan y protegen la vida del que está por nacer; de tal manera, protegen también a la madre que lleva en sus entrañas dicho producto. Es de diversa índole esta protección, la que va destinada a obtener un normal desarrollo del futuro hijo, de otorgar a la madre una nutrición adecuada para tal objeto, su atención médica, y, por otra parte, favorecerla en su gestión laboral con medidas socioeconómicas que le den estabilidad en estos aspectos, como asimismo en su estado psíquico. Nuestra legislación no es una excepción a esta regla general; es así que se ha preocupado del período de gestación de la mujer y consecuentemente de la protección del producto de la fecundación. Diversas disposiciones, civiles y laborales, así lo demuestran.

El principio fundamental en estas materias lo consigna nuestra Constitución Política de 1980, que señala en su art. 19 la protección de la vida del que está por nacer. Reiteración del mismo es el art. 75 del Código Civil, que textualmente expresa: "La ley protege la vida del que está por nacer"; y agrega, según expusimos, la obligación de diferir todo castigo a la madre que hiciere peligrar la vida o la salud de la criatura "que tiene en su seno".

El Código Sanitario, por su parte, en el Libro I "De la protección y promoción de la salud", y especialmente en su Título I, "De la protección materno-infantil", consigna en su art. 16 que "toda mujer, durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, y el niño, tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan". Esto comprende la higiene y asistencia social de la madre y del futuro hijo. Corroborando lo anterior, a continuación señala el principio de gratuidad para los indigentes que en este caso requieran los servicios de los sistemas de salud hoy imperantes en nuestro país. Así también, en otro aspecto de esta protección, el Código Penal dispone en su art. 85 que "no se ejecutará la pena de muerte en la mujer que se halle encinta, ni se le notificará la sentencia en que se le imponga hasta que hayan pasado cuarenta días después del alumbramiento". Precedentemente ya hicimos comentarios sobre esta disposición legal, a los que nos remitimos.

Es la legislación laboral la que por excelencia otorga en forma específica "protección a la maternidad"; esto, en el Título II del Libro II del Código del

Copyrighted material

Trabajo. La disposición fundamental en esta materia la consigna el art. 180 del cuerpo legal, al disponer: "La protección a la maternidad se regirá por las disposiciones del presente Título y quedan sujetos a ella los servicios de la administración pública, los servicios semifiscales, de administración autónoma, de las municipalidades y todos los servicios y establecimientos, cooperativas o empresas industriales, extractivas, agrícolas o comerciales, sean de propiedad fiscal, semifiscal, de administración autónoma o independiente, municipal o particular, o perteneciente a una corporación de derecho público o privado". Junto con generalizar esta protección a sucursales y dependencias, señala expresamente que estos derechos se han establecido en beneficio de "todas las trabajadoras que dependen de cualquier empleador". De esta manera incluye a todas las mujeres que dependen de cualquier empleador, incluso las que trabajan en su domicilio, y, en general, a todas las mujeres que están acogidas a algún sistema previsional, como expresamente lo indica.

El legislador laboral en dicho Título, en los arts. 181 y siguientes, establece una serie de derechos que, por no ser materia de nuestro ramo, sólo nos limitaremos a citar escuetamente. Así, las trabajadoras tendrán derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él; tendrán derecho a un descanso prenatal suplementario cuya duración es indefinida si se produjera enfermedad como consecuencia del embarazo; gozan de fuero laboral en los términos del art. 165 del Código del Trabajo. Tal vez una de las disposiciones más importantes la consigna el art. 187 del citado cuerpo, que obliga al traslado de la trabajadora durante el período de su embarazo cuando los trabajos ordinarios efectuados por ella son considerados por la autoridad "como perjudiciales para su salud"; de esta manera se mencionan en esa norma una serie de trabajos que deben entenderse como perjudiciales, entre los que cabe destacar: trabajos de esfuerzo físico, de horario nocturno, y, en general, que sean incompatibles con el estado de gravidez de la trabajadora.

Importante es señalar que en todos estos casos deberá recabarse el derecho o comprobar el hecho o situación de preñez con los certificados médicos pertinentes otorgados, según el inciso final del art. 182, por médicos o matronas "que por cualquier concepto perciban remuneraciones del Estado". También el Estatuto Administrativo que rige a la Administración Pública, por Ley Nº 18.834 de 1989, contempla la protección de la mujer embarazada en su articulado.

En cuanto a derechos de carácter económico, podemos señalar las prestaciones que indica la Ley 18.469 en su art. 6º, letra d), que la hace acreedora a estas prestaciones de salud aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria; al niño hasta los seis años de edad, para los efectos de su otorgamiento; todo esto en relación a lo dispuesto en los arts. 19 y 22 de la misma. Además, la asignación familiar prenatal se concede por el período completo del embarazo, beneficio que se otorga tanto a las trabajadoras como a las cónyuges de los trabajadores del sector público y privado; también acá será indispensable la certificación médica ya referida.

Finalmente, el art. 181 del Código del Trabajo, en su inciso 2º, señala que estos derechos no podrán renunciarse no obstante cualquier estipulación en

Copyrighted material

contrario. Así también, el legislador laboral se pone en el caso de que la mujer embarazada diere a luz después de las seis semanas siguientes en que hubiere comenzado su descanso prenatal; en tal caso se entenderá prorrogado hasta el alumbramiento, y desde esa fecha se contará el descanso postnatal puerperal señalado en el art. 181.

Copyrighted material

CAPITULO TERCERO

INTERRUPCION DEL PROCESO BIOLOGICO DEL EMBARAZO

I. TERMINO ANTICIPADO DEL PROCESO DE EMBARAZO; PARTO PREMATURO. EL ABORTO

Al hablar de la interrupción del proceso biológico del embarazo en una mujer, se está afirmando que el mismo no ha tenido su término natural como consecuencia del parto. Existe por tanto un término anticipado del proceso de embarazo; cualesquiera sean la situación y estado del que está por nacer en ese instante. Podríamos decir, en consecuencia, que este término anticipado del proceso de embarazo se produce generalmente por un parto prematuro, o bien por un aborto. El parto prematuro se producirá cuando la criatura ha llegado a término donde es posible su viabilidad; esto es, que es capaz de seguir viviendo a pesar de su salida prematura de la cavidad uterina. El aborto, por el contrario, es la expulsión antes de dicho estado de viabilidad, que generalmente se iniciará con posterioridad al sexto mes o 180 días desde su concepción (concepto médico).

Interesa por consiguiente al Derecho, y en especial a la Medicina Legal, esta situación biológica, espontánea o provocada, voluntaria o accidental, y, por tanto, lícita o ilícita de acuerdo a la legislación vigente en los diversos países. El tema, como lo señala un autor, es "de una rabiosa actualidad por varias razones". Es, como se observa, el desarrollo ontogenético que transcurre desde la fecundación hasta el parto —o alumbramiento de los autores— el que está en juego. A la medicina Legal le interesa por ende el estudio del aborto por la posibilidad de que el mismo constituya un tipo delictual. Para esta ciencia, la división entre parto prematuro y aborto según el desarrollo del huevo o feto carece de importancia, dado que el grado de desarrollo no modifica su calificación de acuerdo al Derecho. El concepto médico-legal de aborto tendrá que derivar entonces de los textos normativos penales y/o civiles contenidos en la legislación de cada país.

Aborto, etimológicamente (de *ab ortus*), significa sacar o echar fuera; también, privación de nacimiento. En un concepto clínico, el término aborto significa simplemente la interrupción de un embarazo, tras la implantación del

Copyrighted material

blastocito en el endometrio, sea que medie o no expulsión o extracción del huevo humano implantado; como así de un feto antes de que haya alcanzado estado o situación de viabilidad, es decir, que no sea capaz de sobrevivir. Se ha observado que esta viabilidad sólo se logra tras 28 semanas de gestación, contadas desde el primer día del último período menstrual normal de la mujer embarazada. A esto se agrega que, dentro de líneas promedio, el peso fetal a ese estado será de aproximadamente 1.000 gramos. Ya don Samuel Gajardo distinguía dos grandes categorías de abortos: aborto espontáneo, que es el que tiene lugar sin concurrencia de voluntad de una persona, ni de la gestante ni de un tercero; y aborto provocado, que es el iniciado voluntariamente con el propósito de interrumpir el embarazo. Se debe señalar que incluso es aborto espontáneo aquel en el cual ha intervenido una causa externa, tal como podría ser cualquier enfermedad o traumatismo que lo produjera. Puede existir en éstos la mediación de agentes voluntarios. En estudios efectuados por el Colegio Médico de Chile A.G., se afirma que este tipo de aborto espontáneo o de "causa patológica" afecta entre un 11 y un 15% de los huevos implantados.

Atendidas las diversas modalidades del aborto, éste admite numerosas clasificaciones; es así que podremos clasificarlo de acuerdo: a su causa o porqué; según el desarrollo del producto de la concepción que se elimina; atendiendo a la situación o lugar en que el huevo o feto se encuentra; a los métodos empleados para conseguirlo; a la intención de la acción que en definitiva produce el aborto; en fin, a la licitud o ilicitud del mismo, según los ordenamientos jurídicos. En todo caso, se hace evidente señalar que existen diversos conceptos de aborto; así tenemos:

a) Un concepto médico-clínico u obstétrico;

b) un concepto médico-legal, y

c) un concepto jurídico.

El concepto médico-clínico dice relación con el desarrollo del feto y su viabilidad; el concepto jurídico difiere sin lugar a dudas del concepto obstétrico, requiriendo, sin entrar a referirse a los elementos consubstanciales de todo delito (como son: la voluntad criminal, la relación causal, etc.), de dos condiciones: la existencia del producto de la concepción, esto es, que exista una mujer embarazada, y de los medios empleados; siempre que se logre el resultado perseguido, el modo de comisión es indiferente. Se podría advertir que incluso por medios psíquicos, podría conseguirse el delito ya señalado. Es necesario en todo caso que el medio empleado sea idóneo para la consecución del resultado de aborto. La opinión de los autores al definir el aborto criminal, queda sintetizada en la definición que de él da Soler cuando dice: "es toda acción destructiva de la vida anterior al momento del parto, sea que importa la muerte del feto en el claustro materno, sea que la muerte se produzca como resultado de la expulsión prematura"; si sólo se produce la expulsión y la criatura vive, existiría un delito frustrado de aborto. Nuestra jurisprudencia ha recogido esta opinión sustentada por la mayoría de los autores penales, cuando expresó por intermedio de una resolución de una Ilustrísima Corte que "el aborto comprende toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo, impidiendo que llegue a su término natural, cual es el nacimiento del producto de la

Copyrighted material

concepción; independiente de que el feto se haya desprendido o no del cuerpo de la madre, siendo lo esencial que se le haya privado de la vida aunque sea en el seno materno" (R. D.J., año 1955, pág. 1).

Importante resulta precisar que no se requiere la expulsión del feto para que sea tipificado el delito de aborto; en la mayoría de los casos se produce como consecuencia de las maniobras abortivas, no produciéndose la expulsión o resultando ésta muy tardía, quedando el producto muerto en la matriz de la madre; allí incluso puede sufrir procesos de disolución, momificación, calcificación, etc.

El aborto en la doctrina médico-legal. Dos son las escuelas clásicas tradicionales que definen el aborto criminal en forma diferente; la escuela italiana, de Ferri, señala que "es la interrupción del embarazo antes de su término natural, con muerte del producto de la concepción"; la escuela francesa, de Tardieu, lo considera "como la expulsión prematura y violentamente provocada del producto de la concepción, independiente de todas las circunstancias de edad, viabilidad y hasta de formación regular".

En el análisis de estas definiciones encontramos ciertos conceptos fundamentales: interrupción del embarazo, provocación ilícita, independencia en su evolución, independencia de su conformación. Observamos que en una de ellas es requisito la muerte del feto; para la otra, solamente basta su expulsión prematura. Analicemos estos elementos y características del aborto:

1. *Interrupción del embarazo.* Este hecho lo señala sólo la escuela italiana, pero aparece incluido en la francesa al referirse a la expulsión del producto, ya que generalmente a la interrupción sigue la expulsión, aun cuando en otros casos el feto muere en la matriz. Si la condición del aborto fuera la expulsión, en estos casos no existiría, como tampoco se produciría cuando el feto cae a la cavidad abdominal, lo que no es aceptable desde un punto de vista moral, ni médico o legal. En el absurdo, cada vez que se calificara un aborto criminal, tendría que tenerse a la vista el feto abortado, lo que sabemos generalmente no ocurre. Puede concluirse, entonces, que el hecho fundamental para que éste exista es la interrupción del embarazo.

2. *Acto provocado.* Esto lo indica la definición francesa refiriéndose a la provocación criminal, para excluir de ella el aborto terapéutico, que es aceptado por numerosas legislaciones, y hasta antes de la modificación de 1989, por nuestro Código Sanitario (art. 119, hoy derogado). Así también, se excluiría el aborto eugenésico de otras legislaciones. Tanto el aborto denominado eugenésico como el terapéutico se apoyan en el llamado estado de necesidad, por el cual se sacrifica el bien menor (hijo) en beneficio del bien mayor (madre). Es por esto que al hablar de acto provocado, se le pretende calificar como acto ilícito, es decir, con intención criminal (maliciosamente).

3. *Independencia de evolución del producto.* Elemento fijado por las escuelas italiana y francesa, cuando se afirma que éste se produce antes de su

Copyrighted material

término natural o independiente de su evolución; esto es, en cualquier momento del desarrollo fetal o embrionario. Este concepto, como se ve, difiere del clínico, que señala un lapso de seis meses, pasado el cual, la interrupción del embarazo se clasificaría como parto prematuro.

4. *Muerte del feto.* Considerada por la doctrina italiana, requiere del feto para determinar el delito, lo que sabemos rara vez ocurre. Si el feto sobrevive, el acto debería reputarse como aborto frustrado, a lo mejor, con daño de lesiones, ya que la intención criminal ha existido. Se hace necesario indicar que es la interrupción del embarazo lo fundamental, esté o no a la vista el feto, muerto o vivo.

5. *Viabilidad.* Capacidad del feto de vivir fuera del claustro materno, sólo a partir de cierta edad de la vida intrauterina esto puede darse; no debe tomarse en cuenta en Medicina Legal para calificar el aborto.

6. *Independencia de su conformación.* Existiría aborto aun tratándose de un ser monstruoso; tal vez podría existir duda en el caso de monstruos diplogenéticos; como por ej. con dos cabezas y uno o dos cuerpos, pero sólo para determinar si se trata en este caso de uno o dos abortos.

Aborto con destrucción de útero y feto.

Copyrighted material

De no existir un estado de preñez de la mujer, ante maniobras abortivas, estaríamos en presencia de un delito imposible. Existiría un aborto preterintencional —más allá de la acción—, cuando existe preñez notoria y se produzcan lesiones con resultado de ese aborto sin intención de producirlo.

De las clases del Prof. Tomás Tobar, el suscrito ha obtenido la siguiente definición de aborto criminal: "Es la interrupción del embarazo, provocado ilícitamente, en cualquier período de su evolución e independiente de la conformación del feto y sus condiciones de viabilidad, produciendo su muerte".

La investigación del aborto, desde el punto de vista médico-legal, se refiere a obtener resultado sobre: la existencia del aborto mismo; si éste fue provocado o fue espontáneo; si dicha provocación fue maliciosamente o sin propósito; si fue autoocasionado u ocasionado por un tercero, y si ese tercero es facultativo o no. Esta investigación, sin lugar a dudas, guarda estrecha relación con las sanciones penales que señala la ley del ramo para el caso de existencia de un aborto criminal; a ello se refieren los arts. 342 y siguientes del Código Penal.

2. ETIOLOGIA DEL ABORTO. CLASES DE ABORTOS: TERAPEUTICO, HONORIS CAUSAE, EUGENESICO, SOCIOECONOMICO

Las dos grandes categorías de abortos —ya vimos— son el provocado y el espontáneo; el aborto espontáneo tiene interés médico-legal, cuando su comprobación permite excluir la presencia de un aborto provocado; es decir, aquel aborto que se produce con voluntad del que lo realiza y consentimiento de la gestante, por medio de agentes idóneos. El aborto espontáneo puede ser debido a causas naturales o a causas accidentales. Causas naturales son las producidas por razones patológicas de la madre o del feto, independientes entre sí; accidentales son las causas producidas por efectos traumáticos, generalmente accidentes ocurridos a la madre.

Respecto de los abortos provocados, tanto desde un punto de vista médico como médico-legal y ético, se distinguen cuatro grandes tipos de abortos:

a) El aborto terapéutico, que es aquel provocado cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la mujer gestante. Hoy en día, dados los avances médicos, esta situación es muy excepcional. En este tipo de situaciones, pueden citarse algunas en que el embarazo pone en peligro la vida de la madre, como por ej., el cáncer hormonodependiente, el púrpura, las nefropatías acompañadas por hipertensión; también habría que aludir al embarazo ectópico, cuando el nuevo ser se desarrolla fuera del útero, ya en las trompas o en las cercanías de los ovarios.

b) Otro aborto provocado es el preventivo, también conocido como aborto eugenésico; es el realizado cuando existe el riesgo, e incluso la certeza, de que el nuevo ser porta anomalías o malformaciones congénitas. Tal sería el caso,

Copyrighted material

por ej., de un feto anencefálico, esto es, sin cerebro. Fundamentalmente dos técnicas médicas permiten realizar este diagnóstico prenatal: una es la amniocentesis, que consiste en extraer mediante punción una pequeña cantidad de líquido amniótico, que permite diagnosticar las llamadas "enfermedades cromosómicas"; la segunda técnica es la ecografía: mediante ultrasonidos pueden visualizarse tanto el feto como la placenta y órganos anexos. Con ella pueden diagnosticarse malformaciones importantes, como hidrocefalia, microcefalia e incluso malformaciones renales o cardíacas.

c) El aborto *honoris causae*, conocido también como aborto "por razones humanitarias"; es el provocado cuando el embarazo es consecuencia de un acto delictivo, como sucedería con una violación o relación incestuosa; también es llamado aborto sentimental. Algunos autores estiman que debe ser considerado dentro de este tipo aquel que se provoca para eliminar el producto de relaciones sexuales extramatrimoniales (A. Fernández).

d) El aborto psicosocial o económico-social, que es la causa más frecuente del número de abortos provocados que se realizan en el mundo. Detrás de este calificativo, existen circunstancias de diversa índole, como problemas económicos y de vivienda, embarazo de mujeres solteras, embarazo por relaciones extraconyugales, razones psicológicas de la mujer, planificación familiar, etc.

Dentro de este tipo, se ha llegado a justificar el aborto por el hecho de que el producto concebido no es del sexo deseado por los padres.

En otra clasificación, los abortos provocados se dividen en: aborto lícito y aborto ilícito o criminal. Es lícito cuando la ley así lo permite expresamente; ilícito es propiamente el aborto criminal, o sea el que el Código Penal se encarga de castigar. Podríamos decir que en el aborto lícito, el agente actúa intencionalmente, pero sin malicia; en el ilícito actúa dolosamente, con evidente ánimo delictivo. Con la derogación del art. 119 del Código Sanitario, que consignaba la licitud del aborto terapéutico en base al condicionamiento que allí se establecía, nuestra legislación, en la actualidad, no acepta el aborto bajo ninguna circunstancia. Sólo podría aceptarse como consecuencia no querida en la intervención terapéutica de la madre por un hecho ajeno al embarazo. Para otras legislaciones, como la inglesa y la sueca, la alemana y la de algunos Estados de Norteamérica, se entienden como lícitos el aborto eugenésico y el aborto sentimental u *honoris causae*; también se acepta el aborto voluntario, pero dentro de ciertos plazos que la misma legislación se encarga de determinar, siendo diferentes en cada una de estas legislaciones (generalmente hasta los tres meses de gestación).

Desde otro punto de vista, podemos calificar el aborto provocado en: aborto directo, si el objetivo perseguido por la acción abortiva es precisamente causar el aborto; y aborto indirecto, si con dicha acción se busca un fin diferente, como, por ej., curar una enfermedad de la mujer, obteniéndose el resultado abortivo como cuestión secundaria al objetivo que se persigue. En este

Copyrighted material

último caso, la licitud moral del aborto es un derivado del principio de causalidad de doble efecto, ya que el aborto no es el tratamiento de la dolencia grave, sino el resultado del tratamiento para curarla (Pío XII: *Por la salvación de la Familia*, 1951, Nº 13).

Atendiendo a la situación o lugar en que se realiza el aborto provocado, lo dividimos en: interno, en el complejo anatómico femenino; esto es, dentro de un embarazo normal; y externo, cuando la instalación del nuevo ser es patológica, fuera del hábitat genético femenino. En este último caso se hablará de un aborto ectópico o de método terapéutico, médico o quirúrgico, el cual debe realizarse para evitar un proceso maligno. Hoy, debido al avance de las técnicas, podría practicarse un seudoaborto fuera del organismo de la mujer; es el llamado "aborto *in vitro*" (R. Castro), consistente en la destrucción de los embriones conseguidos en el laboratorio por la fecundación artificial.

Es necesario agregar que en toda conducta abortiva de interrupción del embarazo debe contarse con la eventual muerte del feto, salvo en el empleo de una acción indirecta y cuando exista un desarrollo suficiente del feto para su viabilidad. Esto lo sancionó el legislador penal al emplear el "maliciosamente" para sancionar el aborto; en esta forma manifestó la indudable intencionalidad de muerte para el feto, sin atinencia alguna a la forma o conducta elegida en la ejecución de las maniobras abortivas, como tampoco al período de evolución del nacedero. Cabe señalar que en esta opinión, compartida por la doctrina, "la calidad de un ser no puede ser establecida o determinada en relación a su medida o peso", no obstante que se entiende que aún no existe *in utero* (in fieri) una persona humana, con obligaciones y derechos que le entrega su personalidad legal en su nacimiento. En todo caso, si hay un principio natural de existencia que perdura hasta ese momento, con la separación completa de la madre y la vida de un instante siquiera, según se dispone. De ahí que algunas legislaciones, al aceptar el aborto terapéutico, lo determinan según objetivos específicos contemplados en su normativa cuando es procedente, a fin de justificar esta conducta que es evidentemente antijurídica. Por el contrario, en las opiniones proabortivas se argumenta en base al significado del aborto como hecho social que produce graves problemas en la mujer, y que son causa incluso de discriminación hacia ella. En otro caso, es el riesgo médico del aborto no clínico y, finalmente, el tan concebido del pluralismo de opciones que señala el movimiento feminista en el mundo. Es justificado, entonces, el temor a esta verdadera depreciación del valor "vida humana" que representa el aborto como conducta legalizada. Son incontables los ejemplos, cuando la legislación del aborto produce una multiplicación progresiva del mismo, que ha llegado incluso a atentar contra la vida propia del Estado como nación. Lo confirma en su obra C. Simonin cuando expresa: "Hay necesidad, en interés de la raza, de la patria y de la moral, de luchar resueltamente contra el aborto criminal, mal social del que puede sufrir gravemente nuestra natalidad".[25]

[25] C. Simonin: *Ob. cit.*, pág. 434.

Copyrighted material

3. DIAGNOSTICO MEDICO-LEGAL; COMPROBACION DE MANIOBRAS ABORTIVAS: IN VIVO Y POST MORTEM. METODOS ABORTIVOS

Los problemas médico-legales, en este caso, se refieren a la determinación de los elementos constitutivos del delito de aborto: investigación del embarazo o sospecha del mismo; utilización de medios artificiales abortivos; intención dolosa de la acción abortiva; tal es lo que señala por lo demás el art. 134 del Código de Procedimiento Penal. Se debe distinguir entre el diagnóstico médico-legal efectuado en la mujer viva y aquel realizado en el cadáver de una mujer.

En el caso de una mujer viva, debe distinguirse si el aborto fue precoz o es tardío. En el primer caso, se encontrarán coágulos de sangre, vellosidades coriales, hallándose a veces lesiones traumáticas como roturas o desgarros y otras debidas a cáusticos (formalina); también se observará la presencia de restos de instrumentos (sondas). En el aborto criminal, la infección uterina es frecuente por falta de asepsia de los instrumentos empleados. En el segundo caso, aborto tardío, se

Aborto como causa directa de muerte de la madre; peritaje de autopsia (S.M.L.)

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

reconoce y protege. Entender, con otros autores, que el sujeto pasivo es la propia madre que ocasiona o consiente el aborto, o en sentido genérico, la sociedad afectada por el delito causado contra el orden de la familia y la moralidad pública, nos parece errado, toda vez que existe un bien jurídico dañado: es la vida del que está por nacer. Por otra parte, la gestante no podría aprovecharse de su propio dolo para conservar la pasividad del papel de víctima, en el delito que ella misma comete (arts. 342 Nº 3º y 344). Es interesante señalar que el legislador determinó una atenuante especial en el caso del autoaborto, cuando éste se realiza "para ocultar su deshonra".

c) El aborto *honoris causae*, que es el que se realiza para proteger la honra de la gestante, esto es, para ocultar su deshonra. El art. 344, en este caso, también fija una pena inferior a la del aborto consensual, considerando la especial situación.

d) Por último, el aborto preterintencional (del art. 343), que si bien denota la falta de propósitos, supone su predecibilidad al señalarlo en la frase "con tal que el estado de embarazo de la mujer sea notorio".

Con la modificación al Código Sanitario, en el año 1989, se dejó sin efecto la disposición de su art. 119, que permitía el aborto terapéutico con el condicionamiento previo de la opinión de dos médicos cirujanos que lo habilitaran. Hoy, nuestra legislación prohíbe expresamente todo tipo de aborto. Así lo indica específicamente el art. 119 del Código Sanitario: "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto" (acción directa e intencional).

Por otra parte, el art. 345 del Código Penal impone las penas del aborto malicioso aumentadas en un grado "al facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él". El término facultativo debe extenderse a profesionales universitarios que ejercen la ciencia de curar; otros Códigos, como el español, los enumera. Podemos agregar que en cuanto a la cooperación según las reglas generales, esta figura resulta doblemente calificada; eleva a la calidad de autoría una participación que es realmente complicidad, y, además, eleva la pena en un grado de la autoría. Se requiere que los facultativos obren en su calidad de tales a fin de que se dé el "abuso de su oficio"; no sería la acción, por ej., en caso del médico que golpea a la gestante en una riña. Resulta lógico agregar que esta conducta no debe encontrarse justificada para el facultativo, lo que ocurriría cuando estamos enfrentados "a un estado de necesidad" que practica un facultativo en uso de su oficio. Basta la falta de consentimiento de la gestante para que se constituya el abuso requerido por la ley.

No existe en nuestro Derecho el cuasidelito de aborto, ya que el feto —según vimos— no es persona y no existe un precepto legal especial a este respecto. Así también son punibles en el aborto la tentativa y la frustración; no será objeto de sanción la tentativa inidónea, como en el caso del delito imposible anteriormente señalado.

El aborto seguido de muerte de la mujer gestante no fue considerado en la ley penal; por tal motivo, quedaría comprendido en la regla general: aplicándose la pena del delito mayor en su grado máximo, toda vez que la acción única nos da más de un resultado, es un concurso ideal de delitos. El actor debe

Copyrighted material

aceptar como contingencia posible al realizar las maniobras abortivas el resultado de muerte de la gestante. La doctrina nos indica que puede aceptarse un concurso entre un delito de aborto y un cuasidelito de homicidio. Por su parte, la jurisprudencia de nuestros tribunales ha indicado que "el aborto seguido de muerte, constituye un delito preterintencional, aplicando la pena al delito más grave (sentencia 1955). Por otro lado, ha dispuesto que "el aborto seguido de muerte, constituye además cuasidelito de homicidio" (sentencia 1941). "Las opiniones de la Comisión Redactora del Código señalan que se trata de un solo hecho con resultado múltiple; otras veces se da la multiplicidad de actos unificados en una sola acción por su finalidad, como en el aborto. En este caso se ha dado un doble resultado delictivo: el aborto y la muerte. Nos basta por tanto la previsibilidad de muerte de la gestante para afirmar la existencia de este dolo eventual; se requiere aceptación del resultado, en este caso el sujeto se encuentra en estado de culpa consciente con respecto a la muerte y no de dolo eventual, lo que daría un concurso ideal entre delito de aborto y cuasidelito de homicidio."[32]

El feticidio en la doctrina. Es necesario estudiar la posibilidad de crear el delito de feticidio, a fin de evitar las dudas que a este respecto existen al sancionar el delito de aborto. Describir la acción típica que involucra dicha conducta delictiva; definiendo en su contexto la ejecución del delito y su participación en cada caso. Es necesario suplir el silencio de la ley, en ese lapso crítico en que el feto es expulsado del claustro materno y aún no cumple el condicionamiento para ser considerado persona, donde obtiene su personalidad legal. Existe sanción en el tipo delictivo aborto; asimismo, existe sanción respecto del infanticidio. ¿Qué sanción deberá aplicarse para la muerte del feto que, separado ya totalmente de su madre, no vive el instante siquiera requerido por el legislador para ser persona? ¿Se deberá sancionar el caso como un aborto con resultado de muerte del feto con posterioridad al parto y expulsión consiguiente; o bien, se sancionará como infanticidio, en circunstancias que no se ha dado el condicionamiento cronológico que requiere la ley penal?

El feticidio además debemos distinguirlo de los abortos sin expulsión del feto y de la muerte del feto durante el parto y antes de su nacimiento; todos ellos son problemas médico-legales, que el perito deberá dilucidar en cada caso.

El infanticidio. Otra figura delictiva íntimamente relacionada con las dos anteriores ya analizadas, es el infanticidio, tipificado en el art. 394 del Código Penal, que reza: "Cometen infanticidio el padre, la madre o los demás ascendientes legítimos o ilegítimos que dentro de las cuarenta y ocho horas después del parto, matan al hijo o descendiente, y serán penados con presidio mayor en sus grados mínimo a medio".

Igual que en el homicidio, la acción en el infanticidio es "matar a otro".

---

[32] A. Etcheverry: *Ob. cit.*, pág. 104.

Copyrighted material

El bien jurídicamente tutelado, en consecuencia, es la vida. Desde el punto de vista médico-legal, corresponde a la Medicina establecer la vida de esa criatura antes de ser objeto del delito, ya que no es de importancia su viabilidad. La muerte, como sabemos, puede conseguirse por acción u omisión del nuevo ser. El sujeto activo de la acción son los progenitores y demás descendientes legítimos o ilegítimos indicados, el sujeto pasivo es el hijo o descendiente. Es interesante señalar que debe privarse de vida al producto dentro de las 48 horas después del parto, según lo consigna la disposición en análisis. El infanticidio es una figura privilegiada, cuya sanción es igual a la del homicidio simple, esto es, presidio mayor en sus grados mínimo a medio. Interesante resulta ver que el legislador no usa la palabra nacimiento, sino parto, lo cual podría inducir a error en la aplicación de la sanción y tipificación consiguiente del delito. El parto es el término del período de preñez y por lo tanto un concepto biológico; el nacimiento es un concepto legal, el cual dentro de la interpretación que le ha dado nuestra jurisprudencia, considera ciertos requisitos para que el mismo se produzca con respecto al recién nacido. Desde luego, la separación completa de la madre y el vivir un instante siquiera. Resulta por ende procedente preguntarse en qué momento el atentado contra la vida constituye aborto y en qué momento tipifica la figura del infanticidio; cuál es, en otras palabras, ese instante que separa la vida intrauterina de la extrauterina. Corolario de lo expuesto es manifestar que por consiguiente una criatura podría estar parida pero no nacida, agregando otro elemento de duda a este respecto.

En base a este análisis, podrían darse las siguientes situaciones: en el caso de muerte de una criatura durante el parto; el hecho no constituiría aborto, por estar terminado el proceso de embarazo; tampoco constituiría infanticidio, por ser requisito esencial que se cometa después del parto (nacido) y dentro del término establecido; tampoco sería homicidio, porque la criatura aún no es persona, por no haberse producido el nacimiento de acuerdo a nuestra legislación (arts. 55 y 74 C.C.). ¿Deberíamos concluir que en este caso no hay delito? Creemos que no es así.

En otra situación, si se da muerte a la criatura después del parto, pero antes del nacimiento. Si el hechor es un tercero, no sería aborto, ya que la criatura estaría parida aunque no nacida; no sería infanticidio, porque no reúne las calidades familiares requeridas para tal delito; no sería homicidio, ya que no es persona aún dicho producto. Solamente si es ascendiente sería infanticidio. Ahora bien, la criatura ha nacido y causa la muerte un ascendiente, estaríamos ante un infanticidio, siempre que se dé el plazo de 48 horas; de lo contrario, sería parricidio. Si es un tercero, el delito sería de homicidio.

Siguiendo las opiniones de Von Liszt, el eminente penalista alemán, "el momento que separa el delito de aborto del de infanticidio, es aquel en que cesa la respiración del feto por intermedio de la madre y comienza la pulmonar".[33] Antes de ese instante el atentado contra la vida constituiría un aborto.

---

[33] Von Liszt: *Derecho Penal*, tomo III, pág. 20.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

La embriotomía. La embriotomía es definida como la destrucción del feto asistido por un instrumento llamado "embriótomo". La embriotomía se practica en los casos en que la madre se encuentra en imposibilidad de dar a luz al feto; o bien cuando el feto ha muerto *in utero* o en el traslado del parto. En esta forma, mediante este instrumento, se destruye el feto por partes, haciendo posible su expulsión por secciones, dadas las dificultades anteriormente indicadas. Innecesario resulta señalar que la embriotomía practicada con fines terapéuticos no constituye un acto ilícito; por el contrario, cuando se realiza maliciosamente, con fines abortivos, queda comprendido en el marco de este delito o en la doctrina de los feticidios.

Copyrighted material

CAPITULO CUARTO

EL MATRIMONIO. SUS REQUISITOS DE EXISTENCIA Y VALIDEZ EN LA MEDICINA LEGAL

1. CONCEPTO LEGAL. REQUISITOS GENERALES; DE EXISTENCIA Y DE VALIDEZ

El matrimonio es base de la familia y tiene por objeto la legítima unión de los sexos y la procreación y crianza de hijos sanos. Etimológicamente, "matrimonio" significa "oficio de madre", concepto ya justificado en las Leyes de Las Partidas. En algunas legislaciones puede cumplirse sin un examen médico previo; también con él, como se exigió en décadas pasadas en nuestro país. En ciertos casos, no puede ser anulado o disuelto, sin una peritación médico-legal. Al decir de J.A. Gisbert, "el matrimonio reúne en sí simultáneamente dos cualidades: la de ser vínculo sacramental y la de dar nacimiento a un estado civil. Como vínculo sacramental, está regulado jurídicamente por el Codex Juris Canonici (Código Canónico); como estado, está regido por el Código Civil".[34]

En nuestro Derecho, el matrimonio está definido por el Código Civil, que en su art. 102 expresa que "es un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen actual e indisolublemente, y por toda la vida, con el fin de vivir juntos, de procrear, y de auxiliarse mutuamente". De las finalidades señaladas, sin lugar a dudas la más importante es la procreación; de lo cual se deriva que dicho contrato solemne debe ser celebrado entre personas de diferente sexo. Además, cada "parte" puede ser sólo "una persona". Sus efectos son "actuales, permanentes y perpetuos", fundamental diferencia del matrimonio con los demás contratos; genera sus efectos siempre desde su celebración y por "toda la vida". No obstante, dicha finalidad puede no llegar a cumplirse, como sucede en el caso de matrimonios de avanzada edad, y también aquellos que se realizan por causa de muerte. Aquí observamos que no existe tal finalidad, toda vez que será imposible cumplirla por razones biológicas o de enfermedad. La falta de cumplimiento de estos objetivos tiene en nuestra legislación diversas

[34] J.A. Gisbert: *Ob. cit.*, pág. 371.

Copyrighted material

sanciones, las que acarrean la nulidad del matrimonio celebrado o la resolución de divorcio —temporal o perpetuo— dictada por un tribunal. Resuelta la nulidad de un matrimonio, se entiende que éste jamás ha existido, creándose la institución del matrimonio putativo para el caso de los hijos y de los bienes adquiridos durante ese matrimonio declarado nulo. Por el contrario, el divorcio en nuestra legislación significa solamente la separación de cuerpos sin ruptura del vínculo matrimonial (que no disuelve).

Atendida la importancia que tiene el análisis médico-legal en la regulación jurídica del matrimonio, especialmente referente a sus requisitos e impedimentos, contenidos tanto en el Código Civil como en la Ley de Matrimonio Civil, a la cual haremos referencia más adelante, es necesario su estudio desde esta perspectiva.

Los requisitos generales para contraer matrimonio se clasifican en: requisitos de existencia y de validez. La omisión de los requisitos de existencia impide que el matrimonio genere sus efectos ordinarios y naturales, aun cuando el mismo no haya sido objeto de una declaración de nulidad. El incumplimiento de los requisitos de validez produce la ineficacia del matrimonio: se constituye pero viciado; en otras palabras, existe y produce efectos hasta tanto no se declare la nulidad del mismo.

Los requisitos de existencia son: la diferencia de sexos (aunque no todos los tratadistas concuerdan en ello); falta de consentimiento de los contrayentes, y omisión de la presencia del oficial del Registro Civil competente. Desde nuestro enfoque médico-legal, sólo nos preocupa el primero de estos requisitos, que exige que el matrimonio sea celebrado entre un hombre y una mujer.

La diferencia de sexos es evidentemente una de las condiciones esenciales de la existencia del matrimonio; el matrimonio será válido mientras el sexo sea diferente y pueda ser reconocido en uno y otro de los contrayentes. Por tal motivo, ciertas anomalías "genitourinarias" no podrían servir de pretexto para obtener la nulidad del matrimonio; así, la criptorquidia, la esterilidad o la impotencia resultantes, el hipospadias moderado. En otros casos, y respecto de la función, la debilidad de las funciones sexuales producto de una conformación viciosa o de la mutilación de órganos genitales; en los casos en referencia, el perito deberá constatar el sexo, prescindiendo de toda cuestión de potencia o conformación genital.

Para otros autores la determinación del sexo se hace difícil en los seudohermafroditas, designándose bajo esta denominación la coexistencia en un mismo individuo de ciertos caracteres sexuales masculinos y femeninos. Se presentaría el problema por la indefinición del sexo, toda vez que en estos casos hay a menudo un individuo. De ahí que hoy día se hable de intersexualidad para este tipo de casos. A juicio de S.Gajardo, en el caso de matrimonio con un hermafrodita (seudo), procedería pedir la nulidad en virtud del art. 1454 del Código Civil por haber un error "sobre una cualidad esencial como es la normalidad del sexo".[35]

[35] S. Gajardo: *Medicina Legal*, tomo II, pág. 287.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

que existe también un concepto de adulterio en la legislación civil; cuando se impone a ambos cónyuges la obligación de "guardarse fe", y, por otra parte, cuando expresamente lo señala el art. 21 de la Ley de Matrimonio Civil al referirse "al adulterio de la mujer o del marido". La tendencia en la actualidad es a no considerar el delito de adulterio como tal. Más bien, las actuales corrientes doctrinarias observan como una infracción a una obligación del matrimonio: el deber de fidelidad entre los cónyuges; esto emanaría de un contrato civil y debe por tanto ser sancionado conforme a las normas de ese derecho.

b) *Malos tratos graves y repetidos de obra.* Es lo que se entiende por sevicia atroz; su acreditación será mediante peritaje de lesiones y su calificación corresponderá al juez.

c) *Ser uno de los cónyuges autor, instigador o cómplice de delito contra la vida del otro cónyuge.* La Medicina Legal contribuirá en este supuesto no sólo con la determinación del homicidio o lesiones, en su caso, sino también con el señalamiento de los mecanismos de acción indispensables para la prueba del delito.

d) *Tentativa del marido para prostituir a su mujer.* La prostitución es conocida como el ejercicio del comercio sexual público con interés o fines de lucro. Algunos tratadistas sostienen que esta provisión determinada por el legislador debe entenderse en el sentido amplio de perversión sexual y no del específico anteriormente señalado; por ej., en el caso de actos contra natura o actos sexuales practicados, además, con terceros. Bastará con la "tentativa" del marido para la ejecución de dichos actos; de difícil prueba resultará la comprobación de ella.

e) *Vicio arraigado de juego, embriaguez o disipación.* Tanto la embriaguez habitual como la disipación, en su acepción de vida licenciosa, podrán ser demostradas mediante peritaje médico-legal, según dependan de un estado patológico del cónyuge.

f) *Enfermedad grave, incurable y contagiosa.* Condiciones señaladas por el legislador son evidentemente copulativas. Hoy podemos encontrar como evidente y dramático ejemplo de ella el SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Otro ejemplo lo encontraríamos en la lepra. Desgraciadamente, ambas enfermedades sólo son descubiertas después de varios años de ser portadas en el organismo de una persona, con las consecuencias que son del caso imaginar.

g) *Resistencia a cumplir las obligaciones conyugales sin causa justificada.* Observamos la importancia de esta causal, si tenemos en consideración que entre estas obligaciones de los cónyuges está la sexual. Su resistencia sólo podría estar justificada si con su cumplimiento se causara un daño, o bien un sufrimiento de tal magnitud, que prácticamente la relación sexual fuera una verdadera tortura para el participante en ella. Ello podrá acreditarse, en su caso mediante el peritaje médico-legal.

h) *Malos tratos inferidos a los hijos, si pusieran en peligro su vida.* También en este caso, el peritaje de lesiones deberá determinar y calificar la magnitud de las mismas, a fin de que el juez pueda a su vez resolver si la causal efectivamente se ha configurado.

Copyrighted material

4. SISTEMAS MATRIMONIALES. DISOLUCION DEL MATRIMONIO; ACCION DE NULIDAD

Además del sistema matrimonial que consagra nuestra legislación, existen otros sistemas que, dentro de la casi infinita imaginación del hombre, ocupan la amplia gama que va desde el matrimonio libre, como una unión absolutamente sin vínculo alguno, hasta el matrimonio a prueba con condición suspensiva. En otros casos, el matrimonio es multipersonal; esto es, el hombre puede contraer el vínculo con más de una mujer (poligamia); antiguamente también sucedía lo contrario, la mujer podía tener varios maridos (poliandria).

Podemos concluir, respecto del matrimonio, que si bien el art. 102 del Código Civil le da calificación de contrato, es necesario considerar esta expresión en un sentido amplio, vale decir, "como acto nacido de la voluntad de dos personas y reglamentado por la ley civil".[37]

Disolución del matrimonio. La disolución del matrimonio sólo se produce por la concurrencia de alguna de las causales enumeradas en los arts. 37 y 38 de la Ley de Matrimonio Civil. Interesan a la Medicina Legal, causales sobre muerte natural de alguno de los cónyuges; donde sólo el hecho de la muerte produce su disolución, sin necesidad de declaración o inscripción de ninguna especie, corroborando la muerte de acuerdo a la reglamentación vigente. Es allí donde, en caso de duda, deberá actuar el perito médico-legal, acreditando la muerte del cónyuge o de ambos cónyuges. También se disuelve por la declaración de nulidad pronunciada por autoridad competente. La nulidad sólo puede declararse en virtud de: existencia de cualquier impedimento dirimente: incompetencia del oficial de Registro Civil; falta o inhabilidad de los testigos y vicios del consentimiento. Estudiamos los impedimentos dirimentes que preocupaban a nuestra ciencia; nos remitimos a ellos. Se debe agregar que para que el impedimento sea causal de nulidad, debe haber existido al tiempo de su celebración (art. 30 Ley de Matrimonio Civil). Debe recordarse que la acción para pedir la nulidad del matrimonio no prescribe por el tiempo. Otros efectos y circunstancias son materia del Derecho Civil; nos remitimos, en consecuencia, al Código Civil en estas materias.

[37] E. Rossel: *Derecho de la Familia*, pág. 27.

Copyrighted material

CAPITULO QUINTO

CARACTERES HEREDITARIOS. LA HERENCIA GENETICA

1. PATRIMONIO HEREDITARIO DEL HOMBRE; NOCIONES DE GENETICA

No siempre la genética ocupó un papel tan claro y preponderante como el que ocupa en la actualidad. Al decir de algunos autores de la especialidad, "desempeña un papel crucial en la estructura conceptual de la biología y está ya madurando sus frutos en la teoría y la práctica de la Medicina" (Lederberg, 1959). Se pensaba antes que esta ciencia sólo decía relación con la herencia de ciertos caracteres, triviales o superficiales, excepcionalmente raros; no se había comprendido el papel fundamental de los genes en los procesos básicos de la vida del ser humano.

El descubrimiento de los principios de la herencia por el abate Juan Gregorio Mendel, monje agustino, en el año 1865, atisba sobre la importancia de la genética y especialmente sobre la transmisión de los caracteres hereditarios en el hombre. En realidad el trabajo científico de Mendel pasa inadvertido durante más de tres decenios —35 años para ser precisos—, desconociéndose esta verdadera piedra angular de la ciencia genética, deducida de las experiencias practicadas por este monje en la investigación de arvejas de diferentes tipos. Anteriormente a esa época, se creyó que los caracteres de los progenitores se mezclaban o fundían en sus descendientes, lo que más tarde se comprobó que no era así; sólo ciertos caracteres de cada uno de los progenitores pasan a sus descendientes configurando verdaderas normas que con posterioridad estudiaremos.

Atendidas las circunstancias señaladas, deberíamos decir que la herencia es un fenómeno biológico en virtud del cual se transmiten genéticamente, de padres a hijos, ciertos caracteres portados por los progenitores. Dichos caracteres hereditarios son: morfológicos, cromáticos, fisiológicos, sanguíneos, psíquicos, y también, algunas veces, patológicos. La herencia por tanto estudia el patrimonio hereditario del hombre, su bagaje hereditario. Sus genes, contenidos en los cromosomas, son el soporte de factores determinantes de la herencia. En otro aspecto, en general, podríamos afirmar que la herencia es asimismo seme-

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

par restante; son distintos en varones y hembras y tienen importancia primordial en la determinación del sexo. En el varón, los miembros del par de cromosomas sexuales difieren mutuamente, uno es un X, idéntico a los X de la hembra, en tanto que el otro, denominado cromosoma Y, es más pequeño que el X y no parece ser homólogo con éste, excepto posiblemente con respecto a unos cuantos genes. En las hembras se presenta un XX, sus células reproductoras contienen todas sus cromosomas X; en cambio, los varones son XY y producen espermios portadores de cromosomas X y de Y en números aproximadamente iguales. De ahí que las hembras sean consideradas sexo homogamético, mientras que los varones son considerados sexo heterogamético. No en todas las especies se da esta característica, según vimos.

Características de los genes. Un carácter hereditario puede estar ligado a la acción de una sola pareja de genes, de tal manera que si los genes de origen paterno y materno son partículas idénticas, tenemos como resultado un individuo de raza pura u "homocigoto" (genotipo AA). Por el contrario, si los genes son diferentes, obtenemos un individuo híbrido o "heterocigoto" (genotipo AB). El genotipo es la constitución real en ese carácter y el fenotipo es la constitución aparente del mismo; por esto, si la constitución aparente se confunde con la constitución real, se dice que un carácter ejerce dominancia, es decir es "carácter dominante hereditario"; por ej.: si el genotipo es AB y A es dominante, su fenotipo será AA y B será recesivo; si ambos caracteres A y B son dominantes, tanto el genotipo como el fenotipo serán AB.

De lo señalado podemos concluir que los caracteres hereditarios dependientes de una sola pareja de genes, responden a las leyes de Mendel y se transmiten de acuerdo a otras leyes hereditarias denominadas de los Grandes Números; por ej.: si padres AB x AB, sus gametos derivados serán A/B x A/B, y la descendencia será igual a: AA + 2AB + BB. En consecuencia, posibilidades con una pareja de genes son cuatro, según estas leyes; así tendremos:

"Padres:	AA x AA	AA x BB	AA x AB	AB x AB
Gametos:	A x A	A x B	A x B o A	A o B x A o B
Descendencia:	4A	4B	2AA x 2AB	AA + 2AB + BB".[42]

Se denominan "alelomorfos" los genes que transmiten dos aspectos diferentes de un solo carácter y se intercambian en el genotipo; "polialelia" es la transmisión de caracteres hereditarios por series de estos genes alelomorfos; se dice que son tipos múltiples. Se denomina "polimería" la transmisión de caracteres hereditarios por series distintas de alelomorfos en acción combinada de varios genes. La complejidad de los fenómenos hereditarios da nacimiento en nuestra era a una nueva ciencia, la ingeniería genética.

Con el nacimiento de la ingeniería biológica en la segunda mitad del siglo XX, se produce lo que se ha llamado la más grande revolución en la historia de la

[42] C. Simonin: *Ob. cit.*, pág. 487.

Copyrighted material

humanidad. En la última década los avances en el campo de la bioingeniería han sido notables. Así, por ej., en 1978, utilizando un gene sintético para producir insulina humana, científicos de California lograron convertir bacterias ordinarias en minúsculas fábricas productoras de insulina, lo que se convirtió en una noticia esperanzadora para muchos diabéticos y para aquellos que en el futuro pudieran verse afectados por esta enfermedad. La epopeya de estos nuevos genios, trabajadores de un universo infinitamente pequeño, comenzó hace aproximadamente 30 años, cuando los biólogos James Watson y Francis Creeck, que ganaron el Premio Nobel por estos descubrimientos, interpretaron el significado de una larga molécula de ácido desoxirribonucleico (D.N.A) que, según lo expresamos, es el que contiene todo el código que rige el funcionamiento de las células; así también, todos los caracteres hereditarios del individuo.

La cirugía genética nació cuando los biólogos encontraron por fin un bisturí que les permitiera cortar el D.N.A.; dichos bisturíes consistieron en ciertas enzimas llamadas "enzimas de restricción", que permiten cortar la cinta de D.N.A. También descubrieron lo que se llamaron "sondas radioactivas", que han permitido marcar un gene con un cuerpo radioactivo, con el fin de poder seleccionarlo y así poder estudiarlo. En esta forma se está estructurando una verdadera cartografía de las enfermedades y taras hereditarias, que los especialistas estiman tener ubicadas en los próximos años.

Los tipos de caracteres hereditarios transmisibles. Difícil resulta en la especie humana el estudio de los caracteres hereditarios: la imposibilidad de encontrar individuos puros respecto de ciertos caracteres; la lenta reproducción del ser humano, 20 años para completar una generación, extenso lapso si se compara con los dos meses que requiere un ratón, las dos semanas de la mosca de la fruta o los 20 minutos de un simple microorganismo. Tiene además poca descendencia, cuatro o cinco hijos como máximo, lo que hace difícil poder aplicar las leyes de los Grandes Números; en fin, la imposibilidad de celebrar uniones entre parientes cercanos (incesto). Sin embargo, la observación constante de ciertas genealogías, como así también la comparación entre formas hereditarias de plantas y animales, han llevado a señalar que en el hombre se aprecian caracteres hereditarios morfológicos, cromáticos, fisiológicos, sanguíneos, psíquicos y patológicos.

Los caracteres morfológicos, también llamados antropomórficos, responden a las características del retrato hablado de Bertillon (sobre ojos, nariz, mentón, boca, etc.); consisten en la relación de semejanza entre padres e hijos, también la probabilidad de que ella sea atávica. No se ha descubierto fórmula genotípica que los determinen, son polímeros. La herencia de los dibujos papilares aún no ha sido dilucidada; por tanto, no sirven para obtener la filiación de un individuo.

De estos caracteres no es posible deducir una fórmula genotípica utilizable que sirva a la investigación de paternidad. Al decir de C. Simonin, "los datos interesantes se resumen en el dominio de las formas extremas, representadas por pequeño o grande, corto o largo, ancho o estrecho".[43]

---

[43] C. Simonin: *Ob. cit.*, pág. 36.

Copyrighted material

Distinguimos en los caracteres cromáticos, el predominio de los ojos azules en relación a los ojos castaños claros (en forma recesiva); los ojos castaños negros son dominantes. La pigmentación de un mechón blanco domina la coloración uniforme de los cabellos. Dominancia del pelo áspero en relación al cabello liso; predominio del prognatismo; dominio de la fosita nabicular y de su prolongación en el lóbulo de la oreja.

Los caracteres fisiológicos se refieren a las aptitudes dominantes para o en relación a substancias determinadas; también sobre el funcionamiento de órganos o producción de hormonas; por ej.: percibir el sabor amargo de substancias químicas (la feniltiocarbamida); otros datos, como las menstruaciones dolorosas; el tono de la voz; el embarazo gemelar; en fin, las aptitudes para ciertas artes como la pintura o la música. Se consideran dentro de este tipo de caracteres hereditarios, los caracteres antropokinéticos, que dicen relación con los gestos y mímicas, aun cuando son aparentes en períodos de la vida del sujeto, compartidos entre padres e hijos.

4. TRANSMISION DE CARACTERES PATOLOGICOS DOMINANTES, RECESIVOS Y UNIDOS AL SEXO

Los caracteres patológicos dicen relación con las enfermedades hereditarias, las cuales pueden clasificarse en: dominantes, recesivas y unidas al sexo. En las dominantes, los factores mórbidos hereditarios se transmiten en general por las leyes de los Grandes Números; este carácter se conoce como "P", en oposición a "N", que señala el carácter sano y normal. Estos caracteres obedecen aproximadamente a las leyes de Mendel. Las combinaciones factibles de acuerdo a estas leyes proporcionan estos postulados:

a) Si un conjunto progenitor es tarado puro, todos los vástagos son tarados híbridos;

b) Si un conjunto progenitor es tarado híbrido la mitad de vástagos es sana y la otra mitad híbrida;

c) Si ambos conjuntos son tarados híbridos, los vástagos son un cuarto tarados puros, un medio tarados híbridos y un cuarto sanos puros.

Corolario de estos postulados son:

a) Los sujetos tarados pueden ser puros o híbridos;

b) Los descendientes sanos son siempre puros y no transmiten la enfermedad.

Los caracteres patológicos hereditarios pueden ser presunción fundada de paternidad respecto de los progenitores. Entre las taras derivadas de estos caracteres encontramos: morfológicas (polidáctiles), orgánicas (fragilidad ósea), humorales (diabetes), neuropsíquicas (psicosis maníaco-depresiva).

En cuanto a las patologías recesivas, el carácter es conocido como "p" y se puede afirmar a su respecto que: los conjuntos tarados son siempre puros; en cambio, los sujetos normales o aparentemente normales pueden ser puros o híbridos tarados.

Las consecuencias de estos principios nos señalan que las uniones consan-

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

CAPITULO SEXTO

LA FILIACION; VINCULO DE UNION DEL HIJO Y SUS PROGENITORES

1. CONCEPTO JURIDICO Y MEDICO-LEGAL DE FILIACION; REQUISITOS Y DIFERENCIAS. PATERNIDAD Y MATERNIDAD

De acuerdo a un criterio exclusivamente legal, podemos definir la filiación como "el lazo que une a un hijo a su padre y a su madre" (Luis Claro Solar). Consiste en la relación de parentesco establecido por la ley entre un ascendiente y su inmediato descendiente. Sin embargo, el concepto biológico de filiación difiere de su concepto jurídico. Desde un punto de vista biológico, la filiación es una relación de sangre entre el hijo y sus progenitores; cuestión esta relacionada directamente con el comienzo de existencia de las personas y su causa inmediata: la fecundación. De ahí que la filiación sea considerada un hecho natural "en virtud del cual un individuo es hijo de determinados padres que lo han engendrado, y que se inicia con las relaciones sexuales fecundas entre dos personas de distinto sexo, sigue con la vida intrauterina y termina con el parto".[44] De los conceptos señalados, surgen notorias diferencias; desde un punto de vista legal, la filiación puede modificarse, toda vez que consiste en la relación de parentesco establecida por la ley entre ascendientes y descendientes. Basado en su naturaleza de hecho jurídico, puede o no existir; es decir, legalmente una persona puede carecer de padres, o bien sólo poseer un padre o una madre. Consecuencia de lo expuesto es que esta filiación jurídica o legal puede ser modificada por circunstancias sobrevinientes, como por ej.: reconocimiento de hijo, legitimación, o también por la impugnación del hijo nacido. Desde el punto de vista biológico, la filiación es inalterable; no puede modificarse por causa alguna. Es inherente a la persona humana, nace con ella y siempre existirá, hasta su muerte. Que la filiación biológica sea ignorada, no significa que ella no exista.

Unificando ambos criterios en una relación normal biológica y jurídica, se podrá aceptar la definición que de ella hace N. Rojas: "Filiación es la relación de sangre y de derecho que tiene una persona con sus padres".[45]

---

[44] A. Fernández: *Ob. cit.*, pág. 95.
[45] N. Rojas: *Ob. cit.*, pág. 213.

Copyrighted material

Los problemas que pueden suscitarse como consecuencia de la certidumbre o incertidumbre de una filiación, son relativos a:

a) Determinación de la madre o del padre de un niño; debiendo investigarse la maternidad o paternidad de la criatura; y

b) Impugnación del estado o calidad de madre y del estado o calidad de padre, que sustenta uno u otro respecto del supuesto hijo. En estos casos se deberá impugnar la maternidad o paternidad sustentada.

En la actualidad, debido al sistema de grandes hospitales y clínicas donde se atiende muchas veces simultáneamente a varias parturientas, se producen problemas de filiación materna por el error con el cambio de hijos. En relación a la filiación paterna, hecho este incierto generalmente —además de difícil prueba—, las legislaciones han establecido presunciones de paternidad, creándose en esta consecuencia dos clases de hijos:

a) Los que están amparados por la presunción de paternidad, y

b) Los que no están protegidos por tal presunción.

Podríamos agregar que los descubrimientos científicos de los últimos tiempos (fertilización *in vitro*) afectan el derecho de la filiación en sus fundamentos teóricos como en su aplicación práctica y remecen en su inicio las nociones de paternidad y de maternidad. No obstante, las pruebas científicas de la paternidad ponen en evidencia el rol de la verdad biológica en el establecimiento de la filiación.

El legislador, por estas razones, se ha preocupado de dar certidumbre a la filiación, ya que de ella se desprenden graves consecuencias jurídicas (derechos y obligaciones). En relación a la Medicina Legal y desde su punto de vista, podemos señalar la filiación como un fenómeno jurídico que tiene como fundamento un hecho biológico, la procreación. Constituye la filiación un estado civil, por tanto otorga una posición jurídica permanente e indeleble, como lo observamos; una excepción a lo expuesto la encontramos cuando ella es modificada por declaración de voluntad del padre y/o del hijo (ilegítimo o natural). Además, es fuente de nacionalidad y de parentesco. Aun en el momento de la concepción (fecundación) puede ser legítima o ilegítima; además, por acto de voluntad y resolución judicial, puede ser adoptiva simplemente o de legitimación adoptiva.

Los elementos que determinan la filiación son: el matrimonio de los padres (art. 102 C.C.); la concepción dentro del matrimonio de los padres (arts. 76 y 180 C.C.); la maternidad de la cónyuge (falso parto o suplantación de hijo); la paternidad del cónyuge (art. 76 C.C.). En esta relación, nuestra legislación determina como hijos legítimos a los siguientes: a los concebidos durante el matrimonio verdadero de sus padres; a los concebidos en el matrimonio putativo de sus padres e, incluso, a aquellos concebidos durante matrimonios declarados con posterioridad nulos, cuando la causa de nulidad sea la incompetencia del oficial del Registro Civil, la omisión de testigos o falta de idoneidad de los mismos (arts. 35, 122 y 179 C.C.); a los hijos legitimados por matrimonio posterior de sus padres (naturales o simplemente ilegítimos), entendiéndose por tal el posterior a la concepción de dicho hijo.

Copyrighted material

2. INVESTIGACION DE LA FILIACION; SU METODOLOGIA

Atendidos los elementos analizados: matrimonio de padres, concepción dentro del matrimonio, paternidad y maternidad, el hijo debe ser legítimo. Los problemas médico-legales a este respecto, inciden sobre su impugnación y la investigación de filiación.

Impugnación de filiación legítima. Tiene por objeto dejar sin efecto una supuesta filiación que determina un falso estado civil del cual se está gozando; con este fin se trata de destruir cada uno de los elementos en que está fundamentada dicha filiación. En un ordenamiento temático, se tratará de destruir: el matrimonio de los padres, contrato solemne que se acredita mediante la partida de matrimonio respectiva y los medios supletorios de prueba establecidos en los arts. 305 y siguientes del Código Civil; la concepción dentro del matrimonio, lo que se acredita —según vimos— de acuerdo a las presunciones de derecho que contemplan los arts. 76 y 180 inciso 1º, ambos del Código Civil; la paternidad, que el marido sea el padre del hijo; la maternidad, al decir del art. 293 del Código Civil: "el hecho de ser una mujer la verdadera madre del hijo que pasa por suyo". Es necesario analizar detenidamente estos dos últimos elementos.

Impugnación de la paternidad legítima. A este respecto analizaremos los siguientes casos:

a) Hijo concebido y nacido dentro del matrimonio; este hijo está amparado por la presunción *pater ist est*, establecida en el art. 180 del Código Civil, que dispone al efecto: "El hijo que nace después de expirados los ciento ochenta días subsiguientes al matrimonio, se reputa concebido en él y tiene por padre al marido". Descansa este precepto en la suposición de que después del matrimonio, los cónyuges han tenido relaciones sexuales legítimas y que la mujer fue fecundada por su marido. Deberán en consecuencia desvirtuarse estos hechos para que pueda impugnarse la paternidad; deberá por tanto probarse la imposibilidad física de acceso a la mujer en el período en que según el art. 76 del Código Civil pudo o pudiera presumirse la concepción. Tal es lo preceptuado en la disposición indicada en su inciso 2º. De esta manera, deberá probarse impotencia o ausencia del cónyuge, ya que el adulterio de la mujer (comprobado) no es suficiente para la impugnación de la paternidad, pudiendo admitirse la prueba de cualesquiera otros hechos conducentes a justificar al marido que él no es el padre (art. 181 C.C.). En esta forma se ataca la cohabitación que debió existir entre los cónyuges y, consecuencialmente, la fidelidad de la mujer.

De la redacción del art. 181 citado se desprende que, probado el adulterio en la época de la concepción, y sumada esta prueba a otras conducentes a fin de justificar "que el marido no es el padre", puede justificarse y establecerse esta falsa paternidad, impugnándola. Para otros autores, no sería necesaria la prueba del adulterio, toda vez que hoy en día los medios y métodos científicos —decisivos en el establecimiento de la paternidad— pueden excluir esta última independientemente a la prueba de aquél; sin embargo, la disposición civil lo

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Así también, la sangre humana posee normalmente propiedades "aglutinógenas", que se manifiestan *in vitro* (durante la experimentación), mediante el fenómeno denominado de la "isohemoaglutinación". Debido a este fenómeno, ciertas categorías de hematíes, puestas en presencia de aglutininas específicas, se aglutinan en forma visible al ojo desnudo, produciendo la denominada coagulación de la sangre. Estas propiedades aglutinógenas de la sangre se manifiestan ya entre el cuarto y quinto mes de la vida intrauterina, y tienen las siguientes propiedades: son estables, inmutables y hereditarias (se transmiten a través de los genes). Las propiedades aglutinógenas de la sangre son descubiertas por Landsteiner (1901), quien logra individualizar y separar las propiedades conocidas como A y B, quien destaca que los glóbulos rojos ante la presencia de ciertas aglutininas, según expresamos, contenidas en otro plasma, producen este fenómeno. Las propiedades aglutinógenas están contenidas en los glóbulos rojos de la sangre (antígenos), y las propiedades aglutinantes de la sangre están contenidas en el plasma (anticuerpos). Por el fenómeno de la "isohemoaglutinación" la substancia aglutinógena (contenida en hematíes) se fija mediante la aglutinación respectiva (isoanticuerpos). Estas propiedades, además, se encuentran en general en humores y exudados del cuerpo humano; es por esto que en la determinación *post mortem* del grupo o propiedad aglutinógena, sirven al perito los líquidos pulmonares, la suspensión de órganos y los sueros test.

Propiedades hereditarias de la sangre. Estas propiedades de la sangre están bajo la dependencia de tres genes alelomorfos en el genotipo: A, B y 0; A y B son dominantes y 0 es recesivo; responden a las leyes de la herencia señaladas por Mendel, y también a la ley de Von Dungern y Hirszfeld, que dice: "Ningún aglutinógeno puede aparecer en el niño si no está presente en el padre o en la madre". Lo que trae consigo como corolario que "un aglutinógeno presente en el niño, pero no en la madre, procede necesariamente del padre. Si este aglutinógeno está ausente en el padre, el lazo de filiación sanguínea no existe y la paternidad debe ser formalmente excluida".

En la combinación de estos genes, el grupo sanguíneo (propiedad) es producto de dos genes, uno proveniente del padre y otro de la madre, en el genotipo, que se combinan en tres propiedades fundamentales: A, B y 0. La consecuencia de lo expuesto es la siguiente: es posible prever seis genotipos diferentes: tres homocigotos: AA-BB-00; y tres heterocigotos: AB-A0-B0. En los heterocigotos (híbridos) A0 y B0, el carácter 0 (cero) no puede en la actualidad ser puesto en evidencia por prácticas serológicas; de este modo, los seis genotipos no pueden corresponder en la práctica más que a cuatro fenotipos diferentes e identificables: A-B-AB y 0.

De esta manera, podemos concluir que si bien existen seis genotipos: AA, A0, BB, B0, AB y 00; solamente existen cuatro fenotipos correspondientes: A, B, AB y 0, toda vez que en los genotipos donde figura 0, éste no es identificable en el fenotipo. Otros autores prefieren usar la fórmula con números romanos I, II, III y IV, para referirse a estos mismos cuatro grupos fenotípicos.

A cada tipo de aglutinógeno corresponde un determinado tipo de aglutini-

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

ANTIGENOS DEL SISTEMA AB0[49]

Niño		*Madre*		*Padre imposible*	
Fenotipo	*Genotipo*	*Fenotipo*	*Genotipo*	*Fenotipo*	*Genotipo*
A	A0	B	B0	B o 0	BB o B0 o 00
A	A0	0	00	B o 0	BB o B0 o 00
B	B0	A	A0	A o 0	AA o A0 o 00
B	B0	0	00	A o 0	AA o A0 o 00
AB	AB	A	AA o A0	A o 0	AA o A0 o 00
AB	AB	B	BB o B0	B o 0	BB o B0 o 00
AB	AB	AB	AB	0	00
0	00	A	A0	AB	AB(*)
0	00	B	B0	AB	AB(*)
0	00	0	00	AB	AB(*)

(*) Padres AA o BB son imposibles por no ser distinguibles de A0 o BO (fenotipo A o B).

Niño	*Padre*	*Madre imposible*
AB	desconocido	0
0	desconocido	AB

El estudio de este cuadro da lugar a las conclusiones siguientes:

Primera: Padres del grupo 0 no pueden tener más que hijos del grupo 0;

Segunda: Padres AB no pueden tener hijos del grupo 0;

Tercera: Combinación A x B es la única susceptible de dar nacimiento a hijos que puedan pertenecer a los cuatro grupos, con la condición de que los padres sean heterocigotos.

Como corolario de estas conclusiones, y siguiendo las opiniones vertidas por la mayoría de los autores, como Mata, Dawood, Dhar, entre otros, podemos concluir que en algunos casos existen ciertas filiaciones maternas que son biológicamente imposibles; así observamos que la madre de un niño AB no puede ser 0 (cualquiera sea el padre), e inversamente, "puesto que por lo menos uno de los antígenos globulares del niño debe encontrarse en cada padre". En esta forma, la confrontación de los fenotipos, y de ser posible de los genotipos sanguíneos de padres e hijos, permite llegar a la exclusión de cierto número de filiaciones sanguíneas. No se podrá afirmar por tanto una filiación determinada; se manifestará solamente que es imposible. Por tanto, un niño B nacido de una madre A puede tener por padre a todo sujeto AB o B, y no a determinado sujeto B o AB en particular; al decir de los autores: "puede y no debe ser el padre".

[49] C. Simonin: *Ob. cit.*, pág. 495.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

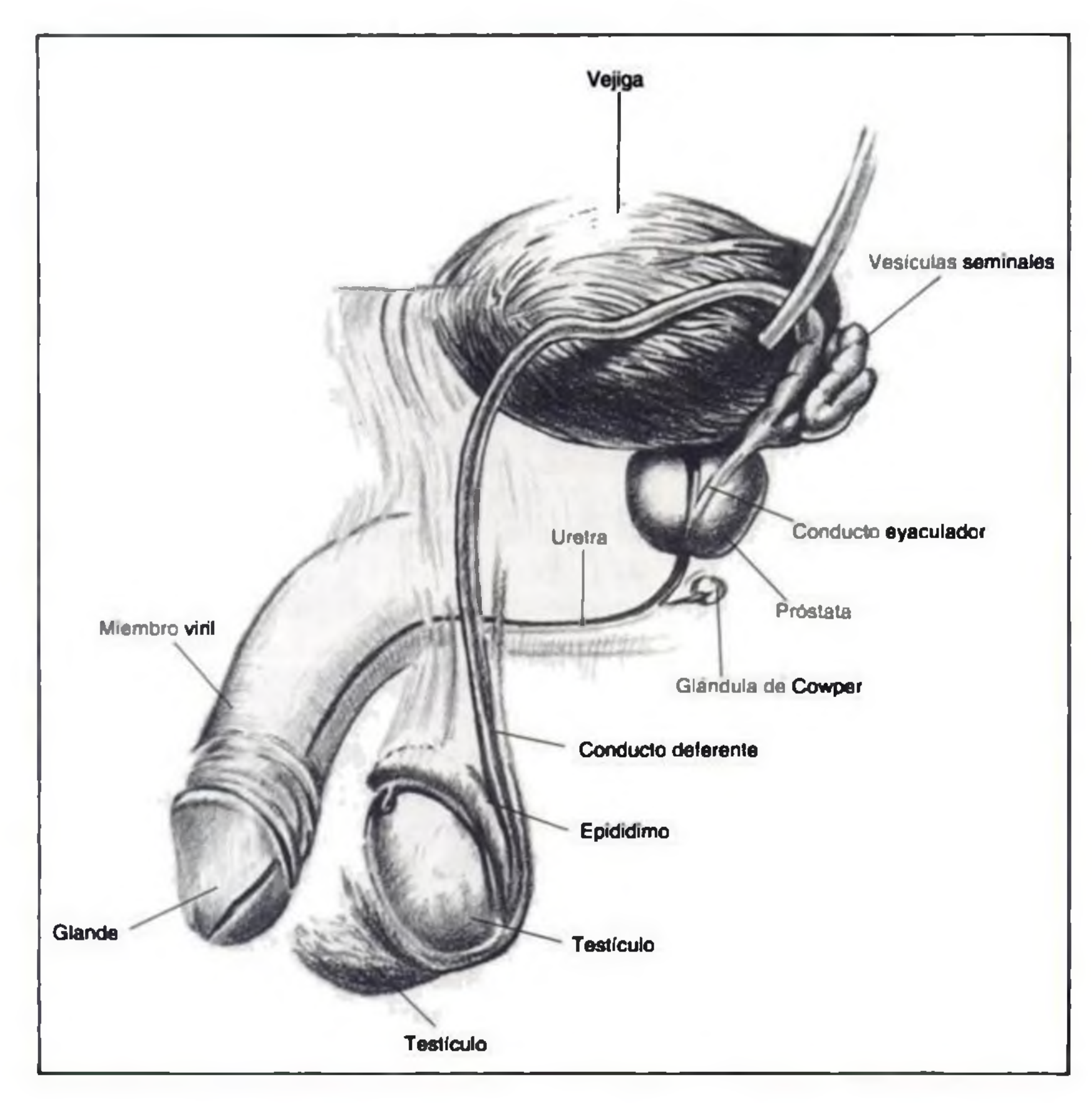
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

DOCUMENTOS MEDICO-LEGALES

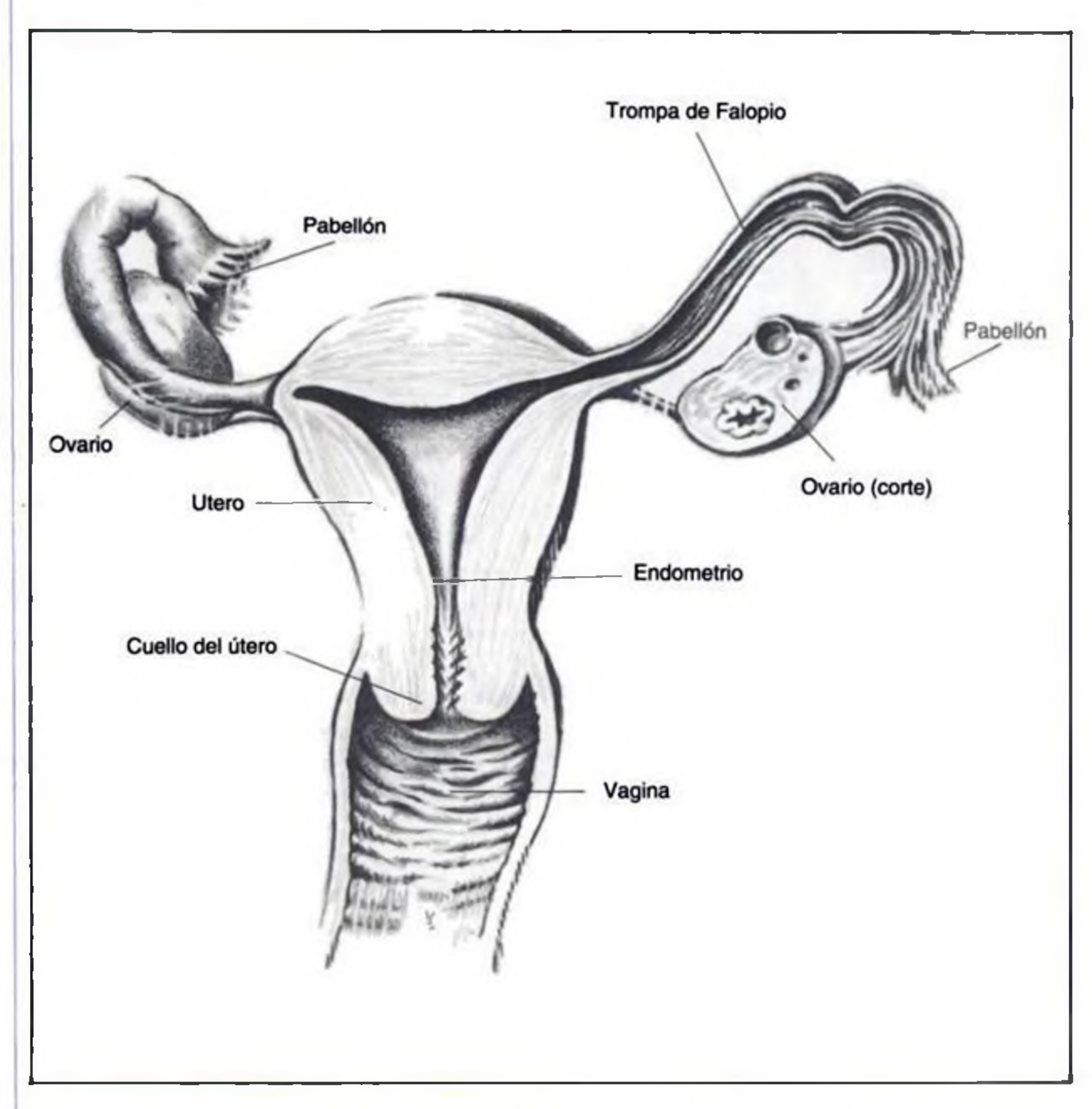
1. LAMINA (EN CORTE TRANSVERSAL) DE ORGANOS SEXUALES MASCULINOS



Copyrighted material

2. Lamina (en corte transversal) de organos sexuales femeninos

Utero, trompa de Falopio y ovario (corte transversal)



Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

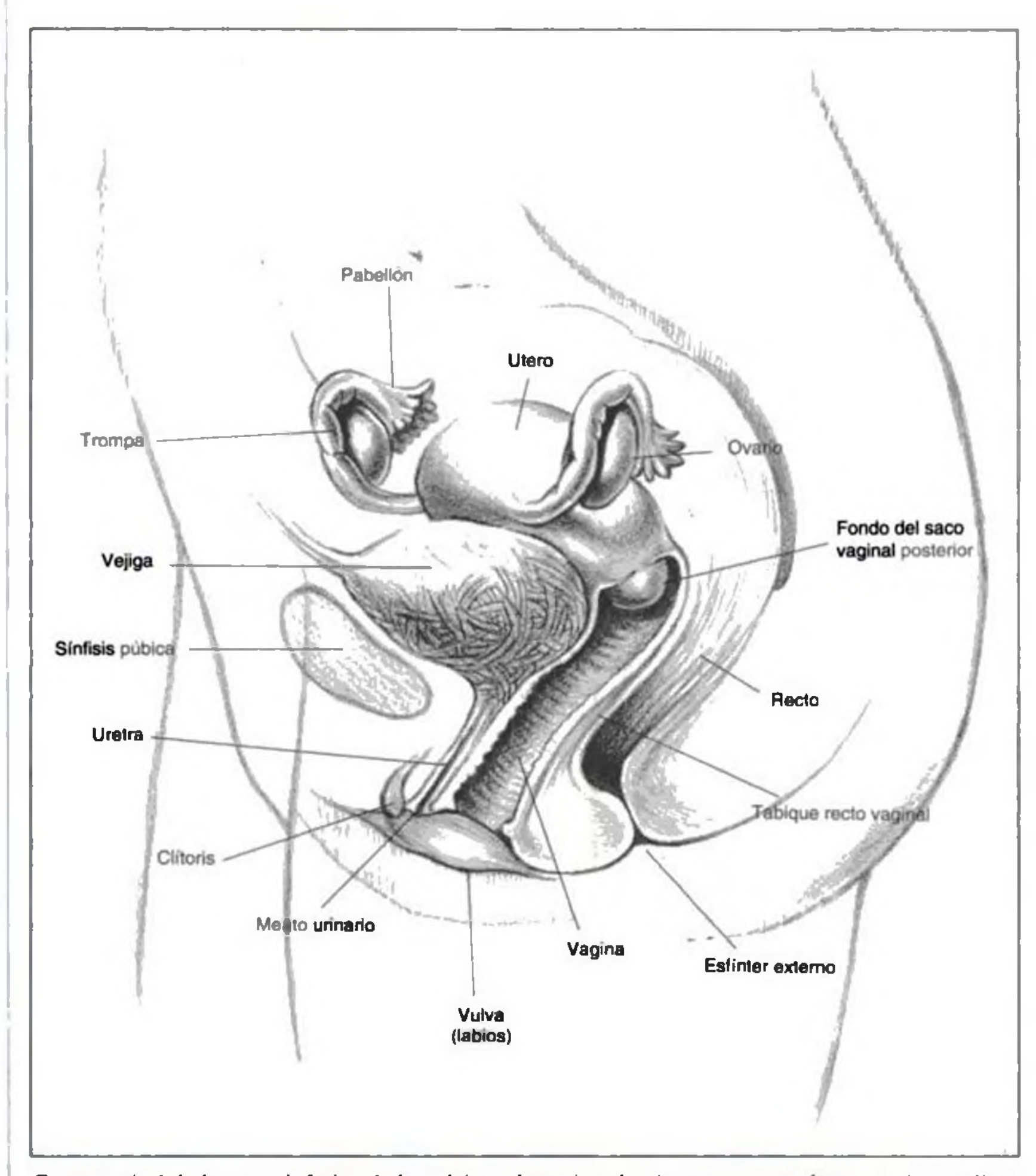
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

10. ORGANOS PELVIANOS FEMENINOS (EN CORTE)



Corte sagital de la parte inferior de la pelvis en la mujer, donde se muestran útero, vagina, vejiga.

Copyrighted material

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1) 2) 4) 20) 21) 40) 41) J. S. THOMPSON Y M. W. THOMPSON: *Genética Médica.*

3) A. PONSOLD: *Manual de Medicina Legal.*

5) 22) 24) 25) 42) 43) 48) 49) 50) C. SIMONIN: *Medicina Legal Judicial.*

6) 7) J. E. MORLEY: *La Impotencia.*

8) 23) 45) N. ROJAS: *Medicina Legal.*

34) 9) 18) J. A. GISBERT CALABUIG: *Métodos Artificiales de Fecundación.*

10) J. ANSELMO: *Inseminación Artificial y Banco de Semen.*

11) 39) 44) 46) 51) A. FERNÁNDEZ: *Antropología Jurídica.*

12) 30) B. PIÑAR: *El Derecho a Vivir.*

13) O. ROMO: *Problemática de la Fertilización Artificial en la Organización Jurídica Chilena.*

14) Congregación para la Doctrina de la Fe: Instrucción sobre el Respeto de la Vida Humana Naciente y la Dignidad de la Procreación.

15) 16) J. A. GISBERT, H. PUPPO Y L. J. LENCIONI: *Fecundación In Vitro, Inseminación Artificial, Adopción.*

17) 26) T. TOBAR: Apuntes de Clases, *Curso de Medicina Legal.*

27) V. BALTHAZARD: *Manual de Medicina Legal.*

28) 29) J. GAFO: *El Aborto ante la Conciencia y la Ley.*

31) 32) A. ETCHEBERRY: *Derecho Penal.*

33) F. VON LISZT: *Derecho Penal.*

35) S. GAJARDO: *Medicina Legal.*

37) E. ROSSEL: *Derecho de Familia.*

38) A. LACASSAGNE: *Précis de Médicine Légale.*

52) 47) L. COUSIÑO: *Manual de Medicina Legal.*

Copyrighted material

TERCERA PARTE

LA PERSONALIDAD LEGAL. ANTECEDENTES DE LA EVOLUCION FISICA DEL SER HUMANO

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

una teoría de la separación material y otra de la separación fisiológica. Los seguidores de la primera se basan en el tenor literal del art. 7º del Código Civil; no debe existir ningún vínculo de orden material entre la madre y el hijo; ni siquiera se acepta el cordón umbilical, sea porque ha sido cortado, sea porque ha sido expulsado conjuntamente con la placenta y membranas. Para ellos, si la criatura permanece unida a su madre por el cordón umbilical, pese a que el recién nacido observe manifestaciones de vida (grito, llanto, respiración, movimiento), el nuevo ser "no ha nacido" y por tanto no tiene existencia legal. La base jurídica de su tesis la encuentran los partidarios de la teoría de la separación material en lo dispuesto en el art. 19 del Código Civil, que señala: "Cuando el sentido de la ley es claro, no se desatenderá su tenor literal, a pretexto de consultar su espíritu". Creemos que el sentido de la ley en este caso no es claro, y si bien el tenor literal parece ajustarse a la opinión de la separación material, no podría desdeñarse la vida de un recién nacido, manifestada por funciones vitales como la circulatoria y la respiratoria, mediante el simple expediente de un incordio literal de la disposición en estudio.

Otros argumentos que se han esgrimido en rechazo de esta tesis, se sustentan en que la integridad del cordón no significa propiamente unión de los dos cuerpos, ya que dicho lazo es un anexo que no pertenece ni al cuerpo del niño ni a su madre; además, se señala que en este condicionamiento, el nacimiento no sería un acto puramente natural, sino que quedaría entregado a la gestión artificial de corte del cordón umbilical. Finalmente, se indica que es riesgosa además esta tesis, ya que podrían decidir los padres (o un tercero) el principio de la existencia de una persona.

La separación total es aquella en que nada debe faltar para que se estime completa; ése es el significado del Diccionario de la Lengua; sin embargo, entendemos que esta misma razón que sustenta la tesis materialista, a su vez la contradice, ya que en todo caso el legislador debe propender a la vida del que está por nacer, lo que en consecuencia produce su defensa en cualquier forma. La separación total deberá entenderse, en consecuencia, que es en beneficio del producto de la concepción, del que está por nacer, y no en su perjuicio; como sucedería al rechazarse el nacimiento fisiológico, esto es, al considerar respiración, circulación, etc...

Teoría de la separación fisiológica. Entienden los seguidores de esta teoría que la separación total se verifica en el momento en que la criatura adquiere vida autónoma, vale decir, vida independiente de su madre, esté o no ligada por el cordón umbilical a la placenta. Desde ese momento, tanto el cordón como la placenta no desempeñan función alguna respecto del recién nacido, como así tampoco forman parte de la madre, aun cuando no esté expulsado del claustro materno. Se hace preciso señalar que la vida propia de la criatura se manifiesta por sus funciones vitales superiores a través del proceso respiratorio y circulatorio. Esta tesis tiene la ventaja de adecuarse a la realidad del proceso biológico de nacimiento y de impedir, en el decir de Puga Borne, "que se transforme un acto natural, como es el nacimiento, en un acto puramente artificial".

Interesante resulta el argumento dado por el Prof. A. Fernández en la obra

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

La jurisprudencia, por su parte, ha rechazado esta tesis que considera el contagio venéreo como un delito de lesiones; tal vez porque estima que dicho contagio, generalmente, proviene de un acto natural y normal, cual es la cópula, el que no está sometido a legislación específica alguna que lo penalice. Otro argumento esgrimido a este respecto se encuentra en la dificultad de proporcionar la prueba de la contaminación, cuya carga incumbe al querellante o a la querellante. No es lógico considerar, además, el contagio venéreo exclusivamente como delito, existiendo otras enfermedades tan graves como la tuberculosis, la hepatitis y otras de igual o mayor trascendencia y gravedad que las enfermedades venéreas, y que quedarían fuera de esta calificación delictual. Por esto concordamos con numerosos autores que estiman que debe legislarse sobre "el delito de contagio en general", y no exclusivamente respecto del delito de contagio venéreo y nutricio.

Al decir del Prof. Cousiño, no se ve diferencia entre el contagio que transmite una prostituta, que aquel otro de la familia tuberculosa que lo transmite en su casa a pensionistas, o del padre que permite que su hijo menor de edad transmita el contagio de una escarlatina, por no observar la cuarentena.

Otro punto en discusión en la doctrina es su naturaleza: si este delito debe ser considerado como "delito de lesión o de daño", consumándose así con el contagio a la víctima; o si, por el contrario, debe ser penalizado como "delito de peligro", por el solo hecho del riesgo de transmisión del mal a sabiendas, aun y pese a que el acto sexual no transmita la enfermedad.

Nos parece más acorde en nuestro ordenamiento esta segunda postura jurídica, la que está más en relación con su naturaleza, por lo que debe ser tipificado este peligro objetivo y futuro que dicho contagio involucra. Encontramos la solución en la creación de un tipo penal específico, que en su estructura contemple en un lenguaje biológico normativo la transgresión y su contenido, de tal forma que sin coartar el principio de la libertad sexual de cada individuo, dé la protección a la víctima y el resguardo a la comunidad.

2. INVESTIGACION MEDICO-LEGAL. IMPRUDENCIA O NEGLIGENCIA SANITARIA; RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

La investigación del delito, en su conceptualidad médico-legal, debe radicar en los siguientes hechos efectivos:

a) Que el inculpado o inculpada ha tenido relaciones sexuales normales con el o la querellante;

b) Que esta contaminación ha sido extravenérea;

c) Que la contaminación sólo puede haberla proporcionado el inculpado;

d) Que el inculpado no ignoraba su estado contagioso.

Si bien la determinación del contagio venéreo hoy día se ve facilitada por la investigación y pruebas de laboratorio que las nuevas tecnologías aportan, no podemos decir lo mismo respecto de la determinación cronológica en la producción de estos contagios. La antigüedad y encadenamiento etiológico, a fin de poder determinar la conclusión de causa-efecto para establecer responsa-

Copyrighted material

bilidad, no pueden ser establecidos con toda certeza, sólo con altos porcentajes de error en tales conclusiones. La dificultad en la producción de la prueba, y la falta de ella en numerosos casos, ha determinado que en ciertos países (Alemania, Suecia, etc.) se reprima el hecho de poder contaminar, con el resultado de que se persigue no al contaminador ignorante de su enfermedad, sino al contaminador eventual que, conociéndola, continúa manteniendo relaciones sexuales; o sea, crea un peligro sanitario a la comunidad con su conducta. Es lo que se ha denominado "delito o contravención de imprudencia sanitaria". Así por ejemplo en Francia, por Decreto Ley de 1939, se aplica "una pena correccional a la nodriza que, sabiéndose afectada de sífilis, alimenta a pecho a un niño que no sea el suyo; o a la persona que, conscientemente, da de mamar a un niño sifilítico" (art. 7º D.L. 29 de noviembre de 1939, Francia).

La responsabilidad penal del inculpado se establecerá al probarse: las relaciones sexuales con el afectado; el porte de una enfermedad venérea contagiosa, y el conocimiento de esa enfermedad por el inculpado. De no concurrir esta trilogía de circunstancias, donde se detecta el dolo directo o eventual, estaremos en presencia de un contagio con simple culpa; esto, cuando el inculpado, por ignorancia o errada calificación de medios o actos, no sopese con realidad el riesgo; estaremos ante un contagio denominado "inocente" cuando el enfermo ignora su estado y posibilidad de contagio. En este último caso encontramos las llamadas contaminaciones extravenéreas, producto de gestiones curativas o quirúrgicas debidas a un médico, odontólogo, nodriza, lactante, pedicuro, manicura (colocación de uñas postizas), que pueden dar lugar a complejas intervenciones judiciales. La incorporación del SIDA a la reglamentación sobre enfermedades de transmisión sexual ha puesto de relieve la gravedad de su contagio, que generalmente tendrá como fin último la muerte. El peligro de este contagio ha producido numerosas modificaciones reglamentarias tanto en los procedimientos médicos hospitalarios como de manejo de enfermos contagiados con el mal.

La responsabilidad de terceros en el contagio de enfermedades venéreas queda de manifiesto cuando no se da cumplimiento a las disposiciones legales que rigen estas materias: la falta de denuncia oportuna a la autoridad sanitaria por parte de los facultativos que hayan atendido al enfermo venéreo, como también su falta por laboratorios que no dan cumplimiento a estas notificaciones y normas técnicas ordenadas por el Ministerio de Salud, y, por último, la omisión cometida por personal sanitario que deba cumplir con labores de sanidad y prevención en los respectivos establecimientos hospitalarios, laboratorios o policlínicas. Existirá asimismo responsabilidad del dueño o regente de prostíbulos o casas de tolerancia, destinadas al comercio sexual, por el solo hecho de tener conocimiento de que existen asiladas en el mismo contagiadas por una enfermedad venérea (ETS).

Se requiere de una acción educativa de prevención, que deje como última instancia la legislación penalizadora. No sin razón Simonin, parafraseando a Lacassagne, afirma: "La sociedad tiene los venéreos que merece".

Copyrighted material

DOCUMENTOS MEDICO-LEGALES

1. Decreto Nº 362, de 28 de Septiembre de 1983, que aprueba Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)

DECRETO Nº 362, DE 28 DE SEPTIEMBRE DE 1983

Aprueba Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual; deroga el decreto 169, de 13 de mayo de 1966, de Salud Pública

(Publicado en el "Diario Oficial" Nº 31.864, de 7 de mayo de 1984)

Núm. 362. Santiago, 28 de septiembre de 1983.— Visto: Lo dispuesto en los artículos 2º, 9º letra c), 51º y 53º; en el Párrafo II del Título II del Libro Primero, en el Título X del Código Sanitario aprobado por el decreto con fuerza de ley 725, de 1968, del Ministerio de Salud y las facultades que me confiere el artículo 32º Nº 8 de la Constitución Política del Estado.

DECRETO:

Apruébase el siguiente Reglamento sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual.

TITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un grupo de enfermedades transmisibles que se caracterizan porque su principal modalidad de contagio es el acto sexual.

Artículo 2º. Son enfermedades de transmisión sexual, para los efectos del presente reglamento, la sífilis, la gonorrea, el linfogranuloma venéreo, el chancro blando y la uretritis no gonocócica.

TITULO II

De la acción antivenérea

Artículo 3º El Ministerio de Salud, a través de los organismos que integran el

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

5. Oficio aclaratorio del Departamento Jurídico del Servicio de Registro Civil e Identificación a Servicio Médico Legal, de 19 de Abril de 1989, sobre el estado de nacidos vivos.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE JUSTICIA
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL
E IDENTIFICACION
DEPARTAMENTO JURIDICO
REF.: 098 / 0498

DJ. ORD. Nº 098 / 0498.
ANT.: Ord. Nº 915, de fecha 24 de enero de 1989.
MAT.: INFORMA.
SANTIAGO, 19 abril 1989

DE: JEFE DEPARTAMENTO JURIDICO
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

A: SR. ASESOR JURIDICO
SERVICIO MEDICO LEGAL

Me refiero a su consulta del rubro antecedentes, relativa a las dificultades que tiene ese Servicio para inhumar los cadáveres de recién nacidos que no son reclamados por sus padres o familiares.

De las autopsias practicadas a estos niños, se llega a establecer que nacen vivos, por tanto, tienen existencia legal.

Hasta ahora ese Servicio se ha encargado de requerir las inscripciones de nacimiento y de defunción, comprobando estos hechos con la declaración de los funcionarios, los cuales deben indicar algún nombre y apellido para el recién nacido, supuestos, ya que se desconoce su verdadera identidad.

Esta situación podría ocasionar a ese Servicio, serios inconvenientes por lo cual se solicita informar cuál debe ser el procedimiento a seguir.

Sobre el particular informo a Ud., lo siguiente:

I. Es necesario en esta materia tener presente las normas que exigen que se efectúe la inscripción de nacimiento de un párvulo, que ha fallecido y cuya inscripción de defunción se está solicitando.

Dichas normas están reglamentadas en el artículo 45 de la Ley Nº 4.808 de 1930, y en el artículo 176 del D.F.L. Nº 2128 de 1930, Reglamento Orgánico del Registro Civil que dispone: que si se trata del fallecimiento de un párvulo, el Oficial del Registro Civil indagará si el nacimiento ha sido inscrito previamente y si no lo estuviese, procederá a efectuar también esta inscripción.

Los mencionados preceptos deben armonizarse, con los artículos 28 al 33 de la Ley Nº 4.808 y las contenidas en el Título V, del Capítulo II del Reglamento recién citado, que reglan la forma, plazos y requisitos que deben contener una inscripción de nacimiento y además las personas que deben o pueden solicitarla.

Cabe destacar de entre ellas:

a) el artículo 33 de la citada Ley dispone: "Son requisitos esenciales de la inscripción de un nacimiento, la fecha de éste y el nombre, apellido y sexo del recién nacido".

b) el artículo 128 del Reglamento, establece en esta materia que, "Respecto a los recién nacidos abandonados o expósitos, se expresará la hora, día, mes y año en que

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

CUARTA PARTE

LA SEXUALIDAD EN EL SER HUMANO

Copyrighted material

CAPITULO PRIMERO

INSTINTO SEXUAL Y CARACTERES SEXUALES EN EL SER HUMANO

1. INSTINTO SEXUAL; LA LIBIDO Y LA CONDUCTA SEXUAL; EL APETITO SEXUAL. EL SISTEMA SEXUAL. ANATOMIA Y FISIOLOGIA SEXUALES

Para algunos autores, los instintos son disposición heredada del ser humano, esto es, transportada genéticamente, la que determina su comportamiento procurando la conservación de su vida y la reproducción de su especie. El Diccionario de la Lengua Española define como instinto "el impulso interior que mueve a los animales a su protección y reproducción"; así también se ha señalado por otros como instinto "la tendencia innata a la realización de ciertos actos sin aprendizaje previo". Generalmente, se establecen como instintos básicos el de supervivencia individual, el erótico de supervivencia o reproducción de la especie, y el tanático o de muerte. Son, pues, una verdadera experiencia que ha ido sedimentándose a través de millones de generaciones sucesivas, estructurando conductas que concluyen en verdaderos programas propios de la especie. El ser humano, por tanto, no puede desconocer o simplemente suprimir sus instintos; solamente podrá refrenarlos o reprimirlos y en algunos casos modificarlos temporal o parcialmente, según las circunstancias que determina la costumbre social o el entorno de una sociedad. Es por esto que un autor señala que "la educación logra refrenarlos y encauzarlos en cierta medida; unos milenios de culturización no pueden borrar millones de años de experiencia vital incorporada a los genes".[1]

Observan los especialistas que los instintos reúnen ciertos requisitos, como el de existir sin aprendizaje, manifestarse como universales a la especie, tener otros paralelos en especies similares y contar con estructuras anatomofisiológicas para realizarse en su comportamiento. Sin lugar a dudas, uno de los instintos fundamentales del hombre, que lo mueve en sus conductas y acciones, es el instinto sexual. Es precisamente este instinto, cuando es exacerbado o es des-

[1] O. Quijada: *Diccionario Integrado de Sexología*, pág. 209.

Copyrighted material

viado por cualquier causa de base patológica, el que da origen a la sexualidad mórbida que generalmente estructura y genera la conducta delictiva que tipifica delitos de esta especie. Es la conducta sexual desviada —mórbida— la causa que determinará la acción del victimario en este tipo de delitos. Siendo en los animales una necesidad de carácter inconsciente (instinto-tendencia), tal como se manifiesta en el niño, se hace consciente con el advenimiento de la pubertad en el ser humano, etapa en que la esfera del erotismo se complica y se convierte en un fin en sí mismo, independizándose, especialmente en el macho, la función netamente reproductora.

El sistema sexual. Hoy en día los especialistas hablan de un sistema sexual; la sexualidad puede ser descrita en consecuencia en términos de un sistema, en una analogía con otros del cuerpo humano, como lo son el circulatorio o el respiratorio. En dicho sistema distinguimos un sexo biológico, representado por los cromosomas, hormonas, caracteres sexuales primarios y secundarios; una identidad sexual, denominada en sexología "identidad genérica subjetiva", cual es el sentimiento de masculinidad o femineidad de una determinada persona a lo largo de toda su vida, identidad genérica que representa el papel masculino o femenino de la persona, y finalmente una conducta sexual, motivada por el deseo del placer sexual y orgasmo en el caso del sexo físico; se agregan a ella connotaciones conductuales masculinas o femeninas. Así tenemos que la libido es la fuerza instintiva que induce al individuo a satisfacer la necesidad sexual, de la misma suerte que el hambre es la que induce al individuo a satisfacer la necesidad de alimentarse. Se podría agregar que es una energía específica que se produce por un proceso químico de irrupción en la sangre de las secreciones internas elaboradas en el ovario o en el testículo, "las que actúan sobre el sistema nervioso dando lugar a una multitud de fenómenos de orden vegetativo, medular, hipotalámico y cerebral que elaboran, a su vez, la conciencia de la atracción y la conducta sexual propiamente tal".

Autores de la talla de A. Freedman y de H. Kaplan advierten, respecto del sexo biológico, que "las características básicas de un organismo son el resultado de la interacción entre el ambiente y el código genético transmitido por los padres. El entorno fetal puede ser en sí mismo altamente significativo en el modelado del desarrollo y diferenciación sexuales".[2] En cuanto a la identidad sexual primitiva, no es más que el antecedente o prefijo de la identidad sexual genérica. Este sentimiento de masculinidad o femineidad se verá más o menos reforzado por el modo de actuación del entorno de ese ser humano y, especialmente, de su entorno familiar representado por sus padres. Es el llamado "sexo de asignación", que desempeña un papel importantísimo de tal magnitud, que ha sido igualado al papel de "los mismos andrógenos fetales en la organización cerebral que determinará la futura conducta masculina (andrógenos suficientes) o femenina (andrógenos deficitarios)". Lo normal será que el sexo sea experimentado con la correspondiente diferenciación sexual sin problemas de identi-

[2] A. Freedman, H. Kaplan y B. Sadock: *Tratado de Psiquiatría* pág. 1501.

Copyrighted material

dad; la excepción estará representada por la ambigüedad sexual en cuanto a morfología o en cuanto a educación no discriminada a su respecto. La identidad genérica en nuestra cultura debe estar definida a los tres años; serán las variaciones conductuales generadas por dudas o conflictos sobre masculinidad o femineidad las que producirán los trastornos graves que generalmente desembocan en desviaciones sexuales. La conducta típicamente sexual o la conducta genérica sobre el papel masculino o femenino, es más bien de tipo analítico y de estudio, ya que en la práctica el sexo genérico y la conducta sexual están en íntima conexión. En la etapa prenatal se conforman sexo cromosómico y sexo morfológico (órganos sexuales internos y externos); nacido el nuevo ser, se va configurando el sexo de asignación tras determinar finalmente su identificación sexual. Lo normal es que estos aspectos coincidan en la mayoría de las personas; en otras palabras, el sexo de asignación responde al sexo morfológico, el cual debe su conformación y coincide con la fórmula genética cromosómica heredada. No obstante, el sexo de asignación tendrá una influencia decisiva en la manera en que el individuo aprende y desempeña su papel sexual, que, a su vez, dice relación directa con su identificación sexual. En la interacción de todos estos factores biológicos, hereditarios y socioculturales, donde se incluyen instrucción, educación y medio ambiente, encontraremos el producto sexual final obtenido. Se debe agregar que este análisis no considera las diferencias sociales, culturales, técnicas y de otro tipo que también influyen en el desarrollo de la sexualidad. Los grupos de instintos-tendencias (sexualidad, valoración egocéntrica y sociabilidad) que entran en juego para esta elaboración como material hereditario, sufren sus variaciones durante la vida del individuo de acuerdo con las variaciones de los estímulos concomitantes ambientales. "De ahí, entonces, que podamos distinguir entre: sexo cromosómico, sexo morfológico o anatómico y sexo social, que dice relación con el sentimiento subjetivo de ser hombre o mujer de una persona con una conducta sexual encaminada al intercambio específicamente sexual en la conducta genérica; la primera basada en el deseo de alcanzar el placer sexual cuya cúspide es el orgasmo; la segunda, en una serie de repertorios conductuales a los que se les asigna una connotación masculina o femenina."[3] Finalmente, se han caracterizado estos instintos sexuales como: primarios, los que dicen relación directa con la reproducción; secundarios, ligados a los caracteres sexuales secundarios del hombre y de la mujer; terciarios, dependientes del complejo conductual que une a progenitores e hijos; y cuaternarios, que dan marco y materializan el exceso de libido que se vierte en la lujuria en algunos casos, en la criminalidad en otros, o también en la creatividad (artística especialmente).

El apetito sexual. No podríamos concebir por tanto el instinto sexual como un sinónimo de apetito sexual, el que podríamos decir es más bien disposición y goce con la sexualidad, e incluso más, con la unión afectiva sensual destinada a obtener el placer de base genital. De ahí que el apetito sexual queda subsumi-

[3] A. Freedman, H. Kaplan y B. Sadock: *Ob. cit.*, pág. 1502.

Copyrighted material

do en el instinto sexual del ser humano, el cual, según vimos, representa un verdadero sistema en cuanto a la sexualidad que el mismo determina. Podrá faltar por ende el apetito sexual aun cuando exista en el individuo dicho instinto.

Anatomía y fisiología sexuales. En la sexualidad humana están implicados tanto factores neurológicos como hormonales; el sexo gonadal está determinado cromosómicamente desde el momento de la fecundación, y la "cromatina sexual", o bien su carencia, constituye un indicador del sexo genético en los cuerpos celulares de todo el organismo. Se sabe desde comienzos de este siglo que las células masculinas difieren de las femeninas normales por su complemento de cromosomas sexuales; pero sólo hasta 1949 se establece una real diferencia entre ambas células. En el análisis se observó la existencia de una pequeña masa de cromatina reconocida anteriormente que se situaba en el núcleo de algunas células nerviosas. Esta masa era frecuente en las mujeres, rara en los hombres; hoy día se le conoce con el nombre de cromatina sexual o "cuerpo de Barr". Más tarde se identificó que esta cromatina sexual se encuentra en la mayoría de los tejidos de las hembras de muchas especies, incluyendo la especie humana; actualmente se afirma que esta cromatina sexual sólo está presente en la hembra.

A la cuarta semana del embrión pueden ser reconocibles las estructuras gonadales; sin embargo, sólo hasta la séptima semana podrá apreciarse la característica morfológica masculina o femenina que éste adopte. Se ha descubierto que las células germinales primigenias emigran desde la pared del intestino primitivo al área gonadal; estas células germinales, al parecer, tienen un efecto inductor que influye en la diferenciación gonadal. Para B. Sadock, "las glándulas sexuales están unidas a la superficie del eptitelio por sus respectivos cordones, y las diferencias entre un sexo y otro todavía no son manifiestas". Agrega este autor que "además de las gónadas indiferenciadas, el feto, sea varón o hembra, tiene túbulos genitales idénticos; el desarrollo testicular permite que los túbulos femeninos se retraigan en el feto varón; del mismo modo, el desarrollo del ovario determina la desaparición de los túbulos masculinos en el feto hembra". Así podremos diferenciar más adelante: en el varón, el conducto de Wolff, que originará en definitiva el conducto deferente, las vesículas seminales y el conducto epididimario o epidídimo; en la hembra, el conducto de Müller surge a partir de una invaginación epitelial en el pliegue urogenital, que formará en definitiva las trompas uterinas y el útero propiamente dicho. Se entiende que la vagina se estructura en base a las evaginaciones del seno urogenital que une los conductos de Müller fusionados. En esta forma, llegada la sexta u octava semana de desarrollo, se produce tanto en el hombre como en la mujer una serie de transformaciones en los cordones sexuales primitivos, donde en algunos casos ellos proliferan, y en otros se anastomosan o desaparecen. En los últimos estudios de endocrinología de la sexualidad humana, efectuados por R. Greenblatt y V. MacNamara, la identidad sexual y la conducta futura emergen a partir de una combinación de factores físicos y fisiológicos; dependiendo la caracterización individual de una serie de factores, como son:

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

de socialización".[8] Para este autor, la sociedad, cuando encauza el movimiento sexual instintivo, está más bien facilitando su satisfacción al interrelacionar los factores biológicos, psicológicos y los modelos socioculturales vigentes.

Estadios sexuales. No podría hablarse de sexualidad o de estadios sexuales en el ser humano, sin recordar la obra de Freud tal como se le definió, como un incitador, un aportador de temas y un descubridor de horizontes; es decir, un verdadero creador de humanas preocupaciones. Comienza su trabajo en el marco intelectual de la Europa victoriana, casi como una respuesta a la visión errada y desnaturalizada de todo lo sexual, creada por autores como Kraft-Ebing (1840-1902), que enfocaba la sexualidad, al decir de un autor, "como una colección de nauseabundas enfermedades"; éste, autor de *Psychopatia Sexualis*, al presentar espeluznantes historias o conductas sexuales anormales, trató de hacer imperar un espíritu de rechazo a lo sexual detallando los pormenores de los más negros asesinatos, a fin de obtener un sentimiento de repulsa generalizado a todo lo que no respondiera a esa tipicidad sexual que él avalaba. Posteriormente, la honestidad intelectual de Freud, el coraje de sus claros y convincentes trabajos, comenzaron a influir en la comunidad científica, inaugurando en definitiva una nueva era en la comprensión de la conducta sexual humana como hoy se conoce. Es así que la tradición sentada por Freud ha servido para clarificar a lo largo de los años muchas de las actitudes sexuales del ser humano y aun cuando también algunos de sus postulados, actualmente, sufren transformaciones que indican la inexistencia de patologías en relación a ciertas conductas sexuales.

En estas etapas del desarrollo sexual del hombre podemos distinguir: un primer período, de la infancia, en la que los autores determinan una primera infancia y una segunda infancia; un segundo período, de la adolescencia, donde también se distingue entre una primera adolescencia y una segunda adolescencia; un tercer período, de juventud, y un cuarto período, de edad adulta, donde también se distingue entre primera edad adulta, vida adulta media y vida adulta tardía; finalmente, donde la curva vital desciende y se vuelve atrás, es el período de la senectud.

Primera y segunda infancia. No obstante carecer de precisión los intentos de definir entre la primera y la segunda infancia, es dable reconocer que allí se intercambian e interrelacionan importantes procesos de crecimiento y desarrollo. En esta etapa su aparato sexual no está todavía biológicamente desarrollado en totalidad; estos años son cruciales para que en la pubertad tengamos sexo definido, tanto en lo anatómico como en lo psicológico-social. Concordamos con ciertos autores que señalan más bien un patrón de crecimiento para dividir estas etapas en una época de crecimiento rápido y otra de crecimiento lento pero relativamente constante; sólo después de los 18 meses aproximadamente, con el desarrollo del lenguaje y la adquisición de la auto-

[8] L. Fuentealba: *Sociología y Estudio de la Sexualidad*, monografía, pág. 6.

Copyrighted material

nomía motora, a lo que se agrega la eliminación urinaria de hormonas o el crecimiento de las glándulas endocrinas; por otra parte, las variaciones principales durante este período, especialmente en relación con los progresos de los primeros años de vida, corren a cargo de los procesos de crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central y del sistema nervioso vegetativo. Aquí el niño incluirá, guardando sus vivencias, sus experiencias precoces, sus asociaciones y costumbres, ello hasta los 5 ó 6 años de edad. Puede anotarse que en el curso de estos procesos se manifiestan características sexuales previas a la función genital propiamente dicha, o sea, las de tipo primario, advirtiéndose ya decididamente lo masculino o femenino en ellos. Es por esto que una educación poco sensitiva acerca de estos aspectos primigenios del ser humano relativos a sus primeras sensaciones eróticas, interfieren en ella en forma traumática, pudiendo crearles futuros conflictos en el plano emocional a este respecto.

Después de esta edad, con la superación del complejo de Edipo, se inician los juegos con conducta sexual entre niños y niñas. La curiosidad normal del niño que busca codificar la nueva experiencia en estos aspectos, no tiene otro carácter que el de ser episódica. Aparecen en sus sueños con frecuencia extraordinaria imágenes y síntomas de carácter sexual, y es así que la libido, esparcida por todo el cuerpo del niño en su primera edad, va estableciendo una especie de especialización y jerarquía en los centros que son capaces de satisfacerla. Se vinculan a ella ciertas regiones del cuerpo que quizás por su constitución anatómica son las adecuadas, como por ej.: los genitales, la zona anal, etc. Así se ha podido distinguir comenzando con una fase oral del desarrollo de la libido, una fase anal y finalmente una fase uretral, que desarrolla una tercera zona de placer libidinoso en ella. En esta edad, el niño es ya partícipe del mundo sexual adulto; y si bien su curiosidad erótica lo lleva al conocimiento de cierta información sexual, no obstante, significados cognoscitivos y afectivos de su simbología no son perfectamente entendidos, acumulando muchas veces información falseada o errónea.

Para Freud, la libido es "como una fuerza cuantitativa que mide la intensidad del impulso sexual"; según su teoría, la libido es aplicable también a los niños, lo que llamó "sexualidad infantil". Esta sexualidad sería cuantitativamente diferente a la del adulto, ya que los sentimientos de sexualidad existen, pero tienen un significado diferente. Las tres características esenciales que advierte en la sexualidad infantil son: "1) en sus orígenes, constituye en sí misma una función somática vital; 2) es autoerótica y carece todavía de objeto sexual; 3) el objetivo sexual se va modificando secuencialmente en función de las diversas zonas erógenas". No sin razón se ha afirmado que las etapas más importantes del desarrollo humano corresponden a su vida extrauterina; en estos aspectos se destaca con claridad la arriesgada dependencia del niño con respecto a su madre, el riesgo que supone su situación inicial en el mundo. Recordemos a Portman, quien afirmaba sobre "la prematuridad fisiológica del hombre", refiriéndose al hecho del prematuro momento del nacimiento, en relación a su estructura de ser natural de tan elevada organización.

Copyrighted material

La adolescencia o período de la pubertad. La pubertad, según los autores, es algo eminentemente corporal; se trata de la presentación de las características sexuales de tipo secundario y la maduración funcional, incretora y excretora de las gónadas. Por otra parte, el inicio de este período está referido a parámetros socioculturales, caracterizándose por una notable falta de especificidad. En general, podríamos decir que la aparición de la pubertad sobreviene en edades estándares entre los 11 y 15 años, para hombres y mujeres, aunque los elementos manifestantes de ella puedan sobrevenir con anticipación o posterioridad a estos límites, lo que no necesariamente implica patologías de algún tipo. En la pubertad, ante la aparición y reafirmación de los caracteres sexuales secundarios, existe una influencia directa intrínsecamente sexual; en esta primera adolescencia, que algunos autores limitan entre los 11 ó 12 y 15 años, se observa en los hombres un mayor desarrollo somático y aparece la capacidad para eyacular, lo que guarda íntima relación con la obtención del placer sexual. Solamente cuando es conocido el placer del orgasmo se inicia un hábito masturbatorio de particular intensidad, cuando no es posible la obtención de dicho placer en la actividad heterosexual. Tales prácticas van acompañadas generalmente de sentimientos de culpa y ansiedad; se procura el placer a partir de las zonas genitales y comienza el abandono del placer pregenital; todo ello explica la iniciativa del adolescente para encontrar su propia independencia sexual apartando la fantasía de la realidad.

En las niñas se acrecienta la telarquia o crecimiento de los senos, la vellosidad puberal, aparece la menarquia o primera menstruación. En las mujeres, la capacidad de reacción sexual no se halla en una relación tan aparente con el comienzo de la pubertad; la curva correspondiente a la presentación y frecuencia de la excitación sexual y el orgasmo, aumenta sólo ligeramente durante los años de la pubertad y alcanza su máximo hacia los 25 a 30 años. Todo ello demuestra que la vida sexual en la pubertad es manifestada con fenómenos más elementales en el hombre que en la mujer; el hombre adolescente está dispuesto a reaccionar ante cualquier estímulo sexual, no ocurre lo mismo con la mujer.

Durante la segunda adolescencia, tanto para hombres como para mujeres, la materialización de la sexualidad crea dificultades y produce conflictos por las presiones del medio ambiente y especialmente de los padres, parientes de la misma edad o sus compañeros. Dentro de esta segunda adolescencia se inicia un período de mayor autonomía del individuo; en este período la heterosexualidad se hace normativa, de acuerdo a normas culturales de la sociedad donde el individuo se desarrolla. En esta segunda fase puberal, según se le identifica "como campo de ejercicio", ocurre una especie de reparación de las disarmonías contempladas en el período anterior de la misma; "la expresión general masculina o femenina cada vez más acentuada y característica, como la maduración progresiva de los órganos de la generación hasta alcanzar su estado natural. En las niñas, el desarrollo y conformación especiales de la pelvis y caderas, acompañados del redondeamiento y maduración de las mamas. En los muchachos, la conquista del tipo masculino, el desarrollo de la musculatura, el oscurecimiento de la pigmentación general; todos estos signos constituyen características

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

CUADRO SINOPTICO DE CARACTERES SEXUALES ANATOMICOS Y FUNCIONALES (SIGUIENDO A MARAÑON)

CARACTERES SEXUALES	A) Anatómicos	a) Primarios (genitales)	—Hombre:	Organos genitales (testículo; epidídimo; glándulas; vesículas seminales; glande; etc.).
			—Mujer:	Organos genitales (ovarios; trompas; útero; vulva; glándulas; clítoris; etc.).
		b) Secundarios (sexuales)	—Hombre:	Desarrollo sistema escapular; sobre el pelviano; desarrollo muscular y locomotor; desarrollo sistema piloso; laringe más desarrollada; etc.
			—Mujer:	Desarrollo del sistema pelviano sobre el escapular; mayor desarrollo de masas grasas subcutáneas en ciertas zonas; menor desarrollo de la laringe; etc.
	B) Funcionales:	a) Primarios (genitales)	—Hombre:	Libido hacia la mujer; orgasmo rápido; aptitud fecundante; etc.
			—Mujer :	Libido hacia el hombre; aptitud concepcional; orgasmo lento; etc.
		b) Secundarios (sexuales)	—Hombre:	Instinto de defensa del hogar; menor sensibilidad; mayor resistencia; timbre de voz bajo; etc.
			—Mujer:	Instinto maternidad; mayor sensibilidad; voz de timbre agudo; etc.

a) En un breve análisis de los caracteres anatómicos, encontramos que los caracteres anatómicos genitales se refieren a las diferencias existentes de los órganos genitales tanto internos como externos del hombre y de la mujer; también al desarrollo de las mamas, donde es posible establecer una manifiesta diferencia entre uno y otro. En cuanto a los caracteres anatómicos sexuales, las diferencias se refieren al desarrollo pelviano y escapular relativo a su desarrollo y resistencia (en el hombre) y a su ubicación y morfología (en la mujer); así también, las diferencias que presenta el sistema locomotor con basamento en la estructura ósea del sistema muscular de cada uno de ellos; distribución de la grasa subcutánea, lo que da redondez a ciertas formas de la mujer, y el desarro-

Copyrighted material

llo del sistema piloso, especialmente en el hombre, donde abarca zonas cutáneas en la cara, extremidades inferiores y zona torácica; por el contrario, en la mujer sólo se apreciará en las zonas axilares y puberales. Otra diferencia manifiesta se observa en la laringe, donde en el hombre es mucho más desarrollada, detectándose en él la denominada "manzana de Adán", lo que dice relación directa con el volumen y tonalidad en la voz.

b) En lo que atañe a los caracteres funcionales, en cuanto a los genitales, éstos dicen relación con el instinto sexual y el enfoque psicobiológico del placer sexual, con diferencias que ya vimos son cuantitativas y cualitativas con respecto del hombre y de la mujer; orgasmo sexual rápido y aptitud fecundante es la representación de lo masculino; orgasmo sexual lento y aptitud concepcional es la representación de lo femenino en estos casos. Concernientes a los caracteres funcionales sexuales, están representados por conductas biopsicosociológicas, en cuanto a instinto de actuación social de defensa del hogar para el hombre y de maternidad y cuidado de la prole para la mujer; diferencia en la sensibilidad ante los estímulos afectivos y capacidad para la abstracción mental; existencia y aptitudes para el impulso motor, diferencia del timbre y tonalidad de la voz y otras circunstancias diferenciadoras del hombre y de la mujer respecto de tales características.

4. NORMALIDAD Y ANORMALIDAD SEXUAL. ESTADOS INTERSEXUALES: HERMAFRODITISMO Y SEUDOHERMAFRODITISMO. TRANSEXUALISMO

Hoy resulta más difícil el concepto de normalidad sexual o de vida sexual saludable; lo que la sociedad juzga como funcionamiento normal, ha variado desde un concepto del sexo reproductivo a otro de un sexo relacional; incluso, en la actualidad, se ven intentos para establecer un nuevo concepto: el de "sexo recreativo" (placer físico sin amor). A esto se agrega el descubrimiento de nuevas técnicas y el establecimiento de nuevos patrones sociales, que cambian actitudes y afectan el pensamiento de las personas. Para algunos, "la normalidad es un proceso, una dinámica, un intercambio de innovaciones, descubrimientos, informaciones, actitudes y conductas", por lo que definirla, a fin de establecer el concepto de normalidad en un proceso como el sexual, sólo podrá obtenerse mediante la correspondiente interacción de los nuevos elementos que juegan hoy día en nuestra sociedad. Hoy vemos que el aforismo freudiano por el cual se afirma que "la anatomía es el destino", debe ser revisado; al decir de H. Lief, "en estos últimos años hemos asistido a la búsqueda del orgasmo, y no cabe duda de que han ido consiguiéndose en mayor número y mejor calidad gracias a la importancia concedida a entender la respuesta sexual como un proceso y no como un resultado final".[15] ¿Qué dijo Freud acerca de esto? Podríamos manifestar por tanto que el concepto de sexualidad normal se ha

[15] A. Freedman, H. Kaplan y B. Sadock: *Ob. cit.*, pág. 1500.

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Trastornos afectivos

Trastornos afectivos episódicos

Codificar la intensidad del episodio en el 5.º dígito como sigue: 1 = moderado, 2 = marcado, 3 = grave, pero no psicótico, 4 = psicótico, 5 = en remisión completa, 0 = no especificado.

Trastorno maniaco

296.0x. Episodio único
296.1x. Recurrente

Trastorno depresivo mayor

296.2x. Episodio único
296.3x. Recurrente

Trastorno afectivo bipolar

296.4x. Maniaco
296.5x. Depresivo
296.6x. Mixto

Trastornos afectivos crónicos

301.11. Trastorno hipomaniaco crónico (personalidad hipomaniaca)
301.12. Trastorno crónico depresivo (personalidad depresiva)
301.13. Trastorno ciclotímico (personalidad ciclotímica)

Trastornos afectivos atípicos

296.81 Trastorno afectivo atípico
296.82. Trastorno depresivo atípico
296.70. Trastorno bipolar atípico.

Psicosis no clasificadas en otro lugar

295.40. Trastorno esquizofreniforme
298.80. Psicosis reactiva breve
298.90. Psicosis atípica

Trastornos de la ansiedad

Trastornos fóbicos

300.21. Agorafobia con ataques de pánico
300.22. Agorafobia sin ataque de pánico
300.23. Fobia social
300.29. Fobia simple
300.01. Trastorno del pánico
300.30. Trastorno obsesivo-compulsivo
300.02. Trastorno generalizado de la ansiedad
300.00. Trastorno atípico de la ansiedad

Trastornos por simulación

300.16. Enfermedad simulada con síntomas psicológicos
301.15. Enfermedad simulada crónica con síntomas físicos (síndrome de Munchausen)
300.18. Otras enfermedades simuladas con síntomas físicos

Copyrighted material

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

En los últimos años, como consecuencia directa del avance científico, de nuevas y revolucionarias técnicas aplicadas en el campo de la Biología y en especial de la Medicina, se puede apreciar la apertura a nuevas áreas de ejecución de la ciencia médico-legal; precisamente, su extraordinario desarrollo nace de la necesidad de normatizar postulados biológicos que, de alguna manera, inciden en la persona como sujeto de derechos y obligaciones, con lo que trascienden al grupo social donde ella se desenvuelve. Este libro persigue mostrar dicha evolución, explicando sus preceptos, en el amplio espectro que cubre la ciencia médico-legal, tanto desde el punto de vista aplicativo y práctico de sus postulados, como también señalando su enfoque doctrinario y teórico creador de la norma legal que los rige. Para una mejor comprensión de la compleja problemática que existe en estas materias, se agregan otros elementos de análisis que integran las ciencias forenses, para la obtención de sus objetivos como ciencia auxiliar del Derecho.

Editorial Jurídica de Chile

Copyrighted material