



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

EL MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

“Un perito médico en Puno”

GABRIEL ALONZO FÉLIX HUAMÁN

2020



Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

"CALIDAD EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN MÉDICA"

EL MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

"Un perito médico en Puno"

Dr. Ciro Maguiña Vargas	:	Director General
Dr. Jorge González Mendoza	:	Secretario
Dr. Alberto Zolezzi Francis	:	Miembro
Dr. Oscar Pamo Reyna	:	Miembro
Dr. Ricardo Álvarez Carrasco	:	Miembro
Dr. Félix Ayala Peralta	:	Miembro invitado

© EL MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

"Un perito médico en Puno"

Autor-Editor: Gabriel Alonzo Félix Huamán

Co-autora: Naldy Lidia Barriga Triviños.

Dirección: , Lima - Perú.

Primera Edición: Noviembre 2020. Todos los derechos reservados.

Esta publicación no podrá ser reproducida en su totalidad ni parcialmente sin autorización previa del Editor.

Tampoco está permitido el tratamiento informático de este libro, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o fotocopiado, sin el permiso previo y por escrito del Editor.

El contenido de esta publicación solo compromete al Editor y no refleja necesariamente la opinión de las organizaciones auspiciadoras. Estas tampoco son responsables de la utilización que se pueda dar a la publicación.

Derechos de Autor registrados de acuerdo a Ley

Impreso en Perú.

Lima, Noviembre 2020.

Tiraje:

Revisión de estilo: Beatriz Gonzales La Rosa

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2020

Diseño, diagramación e impresión:

LOGARGRAF S.A.C.

RUC: 20600504101

Av. Argentina 144 - Int. 3235 - Lima

Tel: 795 1792 Cel.: 998 079 051

E-mail: logargraf@gmail.com

EL MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

“Un perito médico en Puno”

EL MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

“Un perito médico en Puno”

Autor: GABRIEL ALONZO FÉLIX HUAMÁN
Co-autora: NALDY LIDIA BARRIGA TRIVIÑOS

2020

PRESENTACIÓN DEL CMP

El Comité Directivo del **FONDO EDITORIAL COMUNICACIONAL - FEC**, ha decidido auspiciar y financiar la primera edición de este importante libro: **EL MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL “Un perito médico en Puno”**, Autor: **Gabriel Alonzo Félix Huamán**, Co-autora: **Naldy Lidia Barriga Triviños**, quienes no sólo cumplen con los requisitos de calidad, pertinencia, oportunidad, equidad y respeto que consagran nuestro reglamento, sino que abordan un tema de gran interés en el quehacer médico diario, vivencias y otros aspectos de la salud.

Esta primera edición del libro tiene 330 páginas.

El Decano y el Director General del FEC / CMP, felicitan a los autores por la claridad y calidad del contenido de los temas presentados. Con esta nueva publicación, el CMP cumple con el deber histórico de colaborar a la difusión del conocimiento, en la era que estamos viviendo, difusión que es fundamental para el desarrollo del individuo y de la sociedad.

Miraflores, Noviembre 2020



Dr. Miguel Palacios Celi
Decano Nacional del CMP
2020 - 2022



Dr. Ciro Maguiña Vargas
Vicedecano Nacional del CMP
2020 - 2022

CARTA DE LA DRA. JUDITH M. CONTRERAS VARGAS

CARTA DE LA DRA. JUDITH M. CONTRERAS VARGAS FISCAL SUPERIOR DE PUNO

El texto revisado contiene no solo la experiencia de un destacado, honesto y comprometido profesional del Instituto de Medicina Legal de Puno, sino fundamentalmente, aborda el trabajo pericial desde un enfoque doctrinario y científico, analizando el cambio que significa dicha labor bajo el nuevo enfoque del Código Procesal Penal.

Resalta el aspecto ético moral de tan noble función que no solo aporta científicamente en el descubrimiento de la verdad legal, sino sirve como garantía para una adecuada administración de justicia en el Perú.

Con este aporte no solo reivindica la labor del perito forense del Instituto de Medicina Legal del Perú, no conocido aún en su plenitud, sino fundamentalmente, contribuirá en la formación de los nuevos profesionales médicos en tan importante especialidad como es la Medicina Legal, además de fortalecer a los que ya abrazan dicha especialidad tan necesaria para la resolución de los problemas que plantea el Derecho.

Expreso a nombre de los integrantes del Ministerio Público y en nombre propio, mi agradecimiento y reconocimiento por tan meticulosa obra, de palpitante actualidad y utilidad práctica en la investigación penal.

Judith M. Contreras Vargas

Fiscal Superior de Puno

ÍNDICE

Capítulo Primero	17
EL PERITO MÉDICO EN PUNO	17
- La historia de Guillermo	17
- Primeros peritos médicos en Puno.	28
- Trabajador más antiguo de la sede forense de Puno.	30
- Primer médico legista de Puno.	33
- Transferencia al Ministerio Público.	37
- Sede forense de San Román, Juliaca.	39
- Uniendo testimonio de la labor forense en Puno.	41
- ¡Ojalá! Mi memoria recuerde a todos	43
Capítulo Segundo	48
PERITO MÉDICO Y EL PROCESO COMÚN CON EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL	48
- Guillermo decide seguir adelante.	48
- El delito o la acusación ¿Cómo se inicia el Nuevo Código Procesal Penal?	50
- Desarrollo de las etapas del proceso penal común.	52
- Preparación para el debate.	91
- Desarrollo del Juicio Oral.	92
o La actuación Probatoria	93
o Acreditación del perito.	98
- ¿Qué sucede si un perito no acude a declarar?	100
- Los alegatos finales.	100
- El caso pendiente	105
Capítulo Tercero	103
EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL Y EL PERITO MÉDICO	103
- Guillermo en un caso médico legal.	104
- Nombramiento de perito médico.	108
- Impedimento para ser considerado como perito médico.	109
- La solicitud, inicio de la labor pericial.	112
- Trámite administrativo, la visión del perito médico en el NCPP.	116
- El titular del ejercicio de la acción penal.	122
- El juramento del perito.	123
- El informe pericial.	125

- Notificación del perito a juicio oral.	132
- Debate pericial.	133
Capítulo Cuarto	138
EL LENGUAJE FORENSE EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL,	
VIDA COTIDIANA DE UN PERITO MÉDICO	138
- La vida cotidiana forma al perito Guillermo.	138
- La vida cotidiana de un perito.	141
- Oralidad Judicial.	143
- El conocimiento médico en el lenguaje popular.	144
- Vida cotidiana de un perito médico	146
Capítulo Quinto	152
EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL Y LA ÉTICA MÉDICA PERICIAL	152
- Ética médica para Guillermo.	152
- La ética médica en el Nuevo Código Procesal Penal.	156
- La ética del perito médico y el acto médico.	161
- Corrupción al peritar ¿Una realidad?	166
- Episodios.	171
Capítulo Sexto	177
EL ROL DEL PERITO MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL	177
- La función preventiva del perito médico.	177
- El perito médico en el Nuevo Código Procesal Penal.	180
- La prueba pericial.	181
- Peritajes médico legales con el NCPP.	184
Capítulo Séptimo	229
LA APLICACIÓN DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA	
CON EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL	229
- Perito no especialista.	229
- Medicina Basada en evidencia y el Nuevo Código Procesal Penal	232
- Detractores de la Medicina Basada en Evidencia.	237
- Utilidad de guías médicas en la labor forense.	243
- Señor Perito ¿Qué guía aplicamos? ¿Guía Nacional o Internacional?	248
- Las guías médicas ¿Son una herramienta para la defensa o para la acusación?	255
- La medicina basada en evidencia en Puno.	267
- El Perito Médico y los niveles de evidencia.	283

Dedicada:

A Dios por la vida.

A nuestros amados y respetados padres:

- Jorge Félix Lévano y Nancy Huamán Guzmán.
- Teresa Triviños Quispe y Gelber Barrigas Mestas.

A nuestros queridos hijos: Luciana y Paolo.

A nuestros hermanos, por su apoyo incondicional.

ABREVIATURAS

NCPP: Nuevo Código Procesal Penal.

MP: Ministerio Público.

PJ: Poder Judicial.

PNP: Policía Nacional del Perú.

PN: Policía Nacional.

DML-II-Puno: División Médico Legal II de Puno

DML: División Médico Legal.

MINSA: Ministerio de Salud.

ESSALUD: Seguro Social de Salud

DML-I-SRJ: División Médico Legal I de San Román Juliaca.

IML: Instituto de Medicina Legal.

DNI: Documento de Identidad Nacional.

SUNAT: Superintendencia Nacional Tributaria.

INFOCORP: Información de Riesgo Crediticio en el Mercado Peruano.

CMP: Colegio Médico del Perú.

INPE: Instituto Penitenciario del Perú

Capítulo Primero

EL PERITO MÉDICO EN PUNO

SUMARIO

1. La historia de Guillermo. 2. Primeros peritos médicos en Puno. 3. Trabajador más antiguo de la sede forense de Puno. 4. Primer médico legista de Puno. 5. Transferencia al Ministerio Público. 6. Sede forense de San Román, Juliaca. 7. Uniendo testimonio de la labor forense en Puno. 8. ¡Ojalá! mi memoria recuerde a todos y todas.

1. La historia de Guillermo

Corrían los primeros días de julio del año 2007, cuando en un pequeño recuadro de la cuarta página, borde inferior izquierdo de un diario nacional se leía en letras mayúsculas y con negrita “*Se requiere cuatro médicos cirujanos para el Ministerio Público*”, seguido de letra más pequeñas “[...] *Institución del estado demanda de profesionales médicos, para cumplir funciones en el Instituto de Medicina Legal del Perú, los interesados inscribirse por la web institucional [...]*”. Esa misma tarde Guillermo, médico cirujano con dos años laborando para una clínica privada de su ciudad, decide tomar esta oportunidad de trabajo, que bien vendría para la economía familiar.

Por la noche, ingresa sus datos y currículum vitae quedando a la espera de ser considerado apto para continuar con los exámenes de conocimiento y competencia profesional.

La relación de los profesionales médicos aptos, que fue publicada después de dos días, indicaba que muchos tenían las mismas expectativas de trabajo, eran tiempos de pocas oportunidades laborales y desaprovechar la actual sería un desánimo personal, por lo que Guillermo decidió arriesgar. Llamemos vaticinio o quizás ganas de tener alguna ilusión, pero intuía que esta decisión cambiaría el rumbo de su vida. Por su parte, su padre, de personalidad respetuosa y bondadosa, rezaba para que la providencia ilumine el destino que pudiera tomar su hijo.

La lluvia golpeaba intensamente la ventana del cuarto donde Guillermo terminaba de acomodar su única maleta. Su hermano mayor, de manera cautelosa, desde la puerta del ambiente continuo lo observaba de reojo, mientras recordaba melancólicamente las palabras que su madre pronunció en su lecho de muerte “*Guillermo tiene que ser médico [...]*”.

Al salir del cuarto, Guillermo fue interceptado en el pasadizo por su hermano mayor, quien con un par de palmadas en la espalda le dijo “[...] *te vas a cumplir un objetivo más, mucha suerte hermano*”. No fue necesario un abrazo, ni más palabras, los ojos expresaban la nostalgia de aquel momento. Sobre la cama, la maleta abierta dejaba visualizar, además de ropas, un libro, en cuya cubierta se leía “*Medicina Legal*”, era el nuevo rumbo que Guillermo estaba decidido a seguir, dejando un pequeño espacio para el ensueño junto al buen presentimiento familiar.

Con la maleta ordenada y la licencia aceptada para ausentarse de su centro laboral por los días del concurso, Guillermo compra el pasaje para su viaje por vía terrestre. El boleto mostraba un destino, mientras que el asiento elegido no daba importancia a un número cabalístico, esta vez dejaría que Dios haga su voluntad; además, estaba preparado para lo que pudiera venir, entendía que con dedicación llegaría a romper cualquier evento negativo.

El norte del Perú fue el lugar elegido por la institución para la realización del concurso, era momento de experimentar la privilegiada reputación climática de las tierras norteñas, el buen clima, la hermosa ciudad junto a la amabilidad de su gente,

se agregaban como variables intervinientes para la presente experiencia laboral, ya no era importante recordar las 25 horas de ruta que debía recorrer el bus.

Nuestro amigo se había memorizado los requisitos establecidos para dicho concurso público, uno a uno hacía recuerdo al momento de ordenar su currículum vitae que, si bien no era ostentoso, para él era su valioso tesoro donde se acoplaban el esfuerzo y la dedicación.

Entre los principales requisitos estaban: a) contar con título de médico cirujano; b) experiencia laboral mínima de dos años; c) no tener antecedentes penales, policiales, ni judiciales; d) estar habilitado en el ejercicio de la profesión médica; e) contar con certificaciones de ponencias y/o asistencias a cursos o congresos, con antigüedad no mayor a cinco años; f) los diplomados, la especialidad médica, y maestrías daban un alto puntaje.

La denominación de médico legista no le era familiar a Guillermo, porque de medicina legal solo poseía los conocimientos adquiridos en las pocas semanas de prácticas realizada en la morgue de su ciudad, esto en los años de universidad. Su poca experiencia en medicina legal no lo amilanó, por el contrario, durante el viaje logró leer por completo el libro que llevaba, le pareció un tema interesante, pero desafortunadamente no muy valorado durante su etapa de estudiante. Una vez concluido los capítulos del libro consiguió entender, con mayor claridad, lecturas expuestas en la página web del Instituto de Medicina Legal (IML) del Perú, ahora sabía plenamente el rol que cumpliría si alcanzara a ganar una de las plazas ofrecidas.

En tierras norteñas fue recibido por familiares que jamás había visto, la relación con ellos se manifestaba por escasas llamadas telefónicas en saludos por navidad, motivo por lo que él los llamaba “los lejanos”. A su llegada, un letrado con su nombre lo guiaba hacia ellos, al estar cerca el ambiente se llenó de una emoción mutua, desde los primeros instantes lo hicieron sentir como en casa, todos muy alegres y querendones, como toda gente norteña. Si bien sus parientes se mostraban buenos y amables, el enfoque de su llegada no cambió, por eso decidió establecerse en un

hotel a pesar del ofrecimiento de quedarse en casa de don Aurelio, nombre de su tío, el patriarca de la familia norteña. No fue un menosprecio, así lo comprendió el viejo, quien en el hotel le susurró al oído “[...] *de seguro después celebraremos sobrino [...]*”, para luego despedirse con los brazos levantados.

Con la noche establecida y al estar agotado por el largo viaje, decidió dormir, mentalizándose en el examen que se llevaría a cabo las primeras horas del día siguiente. Gracias a don Aurelio, quien ubicó un hotel cercano al auditorio donde se llevaría el proceso, Guillermo pudo dormir tranquilo, pues era casi imposible llegar a deshora. Con la mañana llegó un soplo de ansiedad, el desayuno austero fue suficiente para el poco apetito que llevaba; además ya era momento de salir para enfrentar el destino.

Al recibir las hojas del examen dio un vistazo de los temas preguntados, algunos muy simples siendo contestados al momento de la primera leída, para el resto les daban un tiempo límite de un minuto por pregunta, si le era imposible responder lo dejaba de lado para ser analizadas y respondidas en la tercera leída. Al finalizar el examen estuvo muy optimista y convencido que tenía oportunidad, aunque de seguro no con la máxima perfección. Cuatro horas después publicaron los resultados, había ocupado un lugar muy aceptable siendo considerado para la entrevista personal que se daría al día siguiente.

Al salir del auditorio, decide que antes de ir al hotel visitaría a su tío don Aurelio, un hombre de edad cuyos cabellos blancos y sonrisa amable, configuraban un rostro de gentil persona. “[...] *si pudieran mirarlo a los ojos, de seguro serían capaces de contarles sus más tristes penas [...]*”, decía Guillermo. La confianza que transmitía era tan grande que la experiencia en su rancho no fue en vano, pudo conocer la nobleza de su alma y la alegría de su persona para afrontar cualquier eventualidad áspera para la vida.

Sentados en un viejo sillón lograron conversar sobre una gran historia familiar, cuya conclusión final fue que la vejez había llegado tan rápido que no recordaba en qué momento no pudo cabalgar a su mejor caballo, en qué instante dejó de limpiar la

sala de su casa, luego melancólicamente terminó diciendo que, “[...] *la pérdida de su primer y vital canino no importaba tanto como el alejamiento de la estresante juventud [...]*”. Antes de despedirse, el viejo sale sigilosamente del cuarto mientras con sus manos le daba a entender que no se moviera, que lo esperara. Al regresar con una rápida maniobra toma el brazo de Guillermo, entregándole un periódico susurrando “*para que leas algo en el hotel sobrino [...], este periódico es algo mágico, no lo pierdas [...]*”. Después de un breve saludo al resto de la familia Guillermo se despide de todos.

Al estar acostado sobre la cama del hotel, con la mirada en el techo, Guillermo empieza a recordar los tiempos de su infancia, el momento actual proporcionaba una realidad distinta a lo vivido en ellos. Le causaba nostalgia recordar circunstancias en las que pasó por muchas carencias, poco lujo, pero gran y sana diversión. Cómo no recordar a los buenos amigos, los pequeños rostros de felicidad al jugar con lo mejor que brindaba la naturaleza, teniendo en mano la libertad de elegir adónde ir a soñar, alucinando un gran juego.

Siempre mencionaba su inolvidable pueblo, nos decía que el atardecer y el tenue reflejo lunar, permitía observar su hogar, denominado por los lugareños como “*la gran casona*”. Se trataba de una casa hacienda llena de fantasiosas historias, vivienda que, si bien no contaba con luz eléctrica, agua potable ni desagüe, era un lugar fascinante, visible a cualquier extraño visitante, incluso desde el cielo, y si por tierra iban, la misma carretera los llevaba hasta la puerta principal. Muchos se encariñaban con el lugar, la huerta llena de frutas y arbustos de tiempos de los conquistadores, contrastaban con la arquitectura de la casa, no por nada es ahora patrimonio cultural de la nación.

Por aquellos tiempos, con la llegada de la noche se encendía un farol de fuego en la hacienda, se trataba de la cocina a leña, cuya luz amarillenta rojiza era acompañada por el resplandor de una lámpara de kerosene encendida. De seguro Guillermo, en compañía de sus padres y hermanos, gozaba de una de las mejores infancias que el hombre podía obtener de esta vida, y así lo hacía saber, “[...] *mi*

infancia es el reflejo del espejo de una sociedad en donde los viejos enseñaban con el ejemplo y las tonterías de los jóvenes se evitaban al conversar con ellos”.

Su madre, siempre pendiente de la familia se fue tempranamente, siendo su padre quien igualó los criterios de formación hacia un modelo que indudablemente fue un pilar en su vida, sin olvidar nada de su pasado, forjador de su personalidad. Para él, fue un inicio privilegiado para educar su fantasear.

Al despertar con el cantar de un cercano gallo, se iniciaba un crucial segundo día. Bajando las escaleras del hotel presentía que al finalizar el día no tendría porqué arrepentirse de haber viajado de tan lejos por una oportunidad laboral. El día empezaba con una soleada mañana, lo consideraba como un expectante escenario que ya quería alcanzar. En la calle, aceleró la marcha, las horas del reloj no perdonaban, si bien estaba a tiempo, se había retrasado un poco. Al ingresar a la sala de espera fue saludado por los pocos colegas que se encontraban en el recinto, algunos de ellos mostraban nerviosismo en sus rostros, otros adoptaban diferentes posiciones al momento de intentar aparentar estar tranquilos.

Después de un tiempo prudente de espera, una voz femenina le hizo el llamado para ingresar al ambiente de la entrevista. Arreglándose la corbata camina por unos peldaños previos al lugar, eleva su mirada al mismo tiempo que expresa mentalmente, *“ya estoy acá, que sea lo que Dios quiera”*, para luego cambiar el rostro de preocupación por una amplia sonrisa. Me comentó que, en aquel instante se sentía confiado porque el destino le había enviado señales de éxito, como los consejos de expertos para realizar correctamente una entrevista laboral publicada en el periódico que le obsequió su anciano tío.

En la entrevista, saludó de derecha a izquierda, iniciando con la única dama presente, luego le indicaron sentarse. La primera pregunta fue sobre su edad, siempre aparentó una juventud menor a la de su fecha de nacimiento. La segunda abarcó conocimiento de medicina legal, signos de desfloración reciente y antigua, no eran lo mismo que himen complaciente, pero el libro leído lo ayudó para no responder ninguna idiotez. La tercera fue de perspectiva laboral, contestando que,

“[...] viajar desde tan lejos a un concurso nacional es aprovechar las oportunidades que da la vida, no es que no exista trabajo solo es cuestión de buscarlo y arriesgarse”. Para la última pregunta, estaba menos ansioso, se sentía en confianza con los presentes. La joven dama presente, que había mencionado su nombre al momento del llamado, sentada en el borde derecho de la mesa, en cada respuesta levantaba la mirada para luego realizar apuntes, mientras que el presidente del jurado, sentado en el medio de todos, con voz gruesa y rasposa preguntó *¿Por qué el Ministerio Público (MP)?* Para contestar la interrogante, Guillermo recordó las palabras de su hermano, *“[...] es una institución estatal seria, a cargo de fiscales, que ojalá te otorgue estabilidad laboral”*, tal vez no fue lo que quisieron escuchar, pero repetir todo un concepto descrito en la página institucional no era su estilo.

Al final del concurso, si bien no fue ganador de una de las plazas, quedó como elegible con posibilidad de ser tomado en cuenta si existiera alguna plaza libre, regresando sin celebración alguna a su ciudad natal. De seguro el resultado no fue como lo esperaba, por el momento tendría que seguir con su salario mensual de 600 soles, lo cual era mucho más de lo que percibía en su anterior trabajo. Si bien dicho pago no era el suficiente para la labor que realizaba, por el momento le permitía desplegar algunas capacitaciones en la ciudad capital, además, lo mejor de dicho empleo era la historia sentimental que se venía formando. Había conocido a una dama cuyo designio similar daba la impresión de ser parte de un episodio que no corresponde a este libro, entendiendo que siempre hay algo que descubrir, porque nada es sin una razón, si el motivo principal eres tú mismo.

Pasaron algunas semanas de su regreso, cuando un buen día recibe un llamado telefónico: *“[...] Guillermo, te saluda el jefe nacional del IML del Perú, hace unas semanas atrás postulaste a una plaza de Medicina Legal, al estar dentro de los postulantes que quedaron elegibles tienes hasta mañana para escoger una de las siguientes opciones para que puedas trabajar con nosotros, Tumbes, Loreto, Trujillo o Puno, claro si todavía estás interesado [...]”.* La llamada lo sorprendió, aquel día terminaba con una gran noticia. *“¡Por supuesto, definitivamente me interesa...!”* respondió, concluyendo la llamada, quedando pendiente la toma de una decisión.

Los primeros días del mes de agosto se pasaban rápido, Guillermo, como todo médico del Perú, años atrás había culminado el Servicio Rural y Marginal de Salud (SERUMS), etapa que le permitió conocer gran parte de la serranía de uno de los lugares más pobres del país. La necesidad de los pueblos por donde caminó, contrastaba con la belleza de sus paisajes, combinación perfecta para la gentileza de su gente y la armonía de la naturaleza. Emocionado, siempre decía *“la sierra peruana es un lugar fascinante e inolvidable [...]”*, experiencia que de seguro conmovió su espíritu, haciéndole recordar las palabras de su abuelo sobre su ciudad natal *“nada es malo, lo malo no existe si mi casa es tu casa, esta tierra es parte mía y tuya también”*.

Por la noche, empezó a analizar las opciones ofrecidas, la cercanía de Puno y la presencia de universidades fueron los principales motivos para dirigir su elección hacia dichas tierras. Si bien estaba maravillado por la serranía peruana, jamás omitió decir que hubiera deseado trabajar en su ciudad de origen, siendo un objetivo próximo el poder regresar. De esta manera la ciudad de Puno se convertiría en el punto inicial de las experiencias de un nuevo perito médico.

La llegada a Puno: Al llegar a la ciudad de Puno, durmió la primera noche en un hotel, al día siguiente se presentó con el médico Guido Cruz Tagle, responsable de la División Médico Legal (DML) de la ciudad, quien al verlo le dio la bienvenida para luego presentarlo al personal de turno. Para aquel entonces, la sede forense de Puno no contaba con mucho personal, estaban presentes el psicólogo Abel Jara, personal administrativo César Roca, Hugo Masco, Waldor Llerena y el técnico necropsiador Ignacio Inquilla. Las primeras palabras del jefe fueron: *“[...] me hubiese gustado tener un médico que hable quechua; sin embargo, hay potencial en ti”*. Sin más preámbulos, ni previas explicaciones o capacitaciones el primer día de trabajo se inauguró con una necropsia de ley. Gracias al señor Inquilla, quien lo acompañó y orientó, la primera experiencia como perito no fue muy perturbadora.

Se trataba de un cadáver de sexo masculino, de 45 años de edad, fallecido por accidente de tránsito. Presentaba múltiples lesiones distribuidas por todo el cuerpo;

sin embargo, las más graves, de características mortales estaban en la cabeza. El rostro irreconocible por estar cubierto de sangre, el cráneo con múltiples fracturas exponía gran parte de la masa encefálica. El impacto craneal indicaba que fue por no llevar puesto el cinturón de seguridad. Al lavar el rostro, el cadáver mostraba una expresión de desesperación, tenía ojos sobresalientes, como si hubiera visualizado la muerte segundos previos a ella. Guillermo se debe haber preguntado “¿*Realmente me gusta esto?*”, pero ya era demasiado tarde para echarse atrás. Luego nos comentó que más que un gusto empezaba a tomarlo como un nuevo reto que debía concluir.

Al transcurrir los días su labor pericial se fue afianzando más, como diría su padre “*ningún trabajo es fácil, pero hace madurar hasta al más veterano*”. Las necropsias eran procedimientos de casi de todos los días, siendo más frecuentes y de atención diaria los casos por violencia familiar. Los procesos por agresiones por terceros eran menos frecuentes, pero solían ser de gravedad, tan igual como los accidentes de tránsito. Por las noches, se hacían frecuentes los levantamientos de cadáveres, y al mes era rara la solicitud para alguna exhumación. Sobre los casos delicados por agresión sexual, Guillermo consideró al inicio más seguro analizarlos entre dos peritos. Los días transcurrían muy rápido, entre informes y diligencias periciales, en las cuales estaban las ratificaciones solicitadas por el Poder Judicial (PJ). Al concluir el turno, las pichanguitas de fútbol se hicieron necesarias, dos equipos siempre en la cancha, Medicina Legal vs Ministerio Público, haciendo de la tarde puneña un entretenimiento que pocos podrían rechazar.

La rutina del trabajo encendía algunas noches de diversión, entre cervezas y conversaciones sin ningún sentido, además del ambiente de jolgorio, daban la impresión de haber llegado al lugar y trabajo perfecto.

Acontecía el año 2008 cuando la racha de casos delicados se hizo presente, se trataban de muertes sin causa aparente, agresiones sexuales con hímenes complacientes que hacían dudar el diagnóstico, al mismo tiempo empezaron a llegar los primeros abogados al consultorio de Guillermo. Algunos conversaban sobre

dudas presentes en el informe pericial, pero otros solicitaban fastidiosas y absurdas peticiones. Los fiscales no se quedaban atrás, deseaban resultados más precisos con menor tiempo de espera, incluso algunos sembraban dudas hacia la labor pericial, engendrando murmuraciones con ligero tinte desacreditador en la población, casi todo era soportable hasta que Guillermo tuvo que afrontar su primer debate pericial.

Un colega de mayor antigüedad, trabajador también de medicina legal, pero de sede distinta, contradecía su opinión. A pesar de considerar estar en lo correcto, pudo notar que el peritaje era un universo con distintos episodios, y sin una adecuada defensa pericial es simplemente nada. La experiencia era tan importante, como la malicia, parte indispensable de algunas preguntas. Si bien el colega de mayor antigüedad era conocedor de sus erradas conclusiones, la defensa que hizo hasta el final fue increíble por su audacia para el debate, incluso sembrando por un momento dudas en Guillermo, quien se preguntaba: *“¿Será que me equivoqué al realizar el examen?, pero lo que vi era muy evidente”*.

Aquel debate concluyó con una discordancia entre los peritos presentes, el juez ordena nueva pericia con participación de los mismos. La ruptura himeneal no era pequeña, evidente para cualquier perito experimentado.

¿Doctor y esa lesión?, preguntó Guillermo, pero el colega astuto y viejo, mirando al fiscal, quien se voltea, atinó a decir *¡no es nada...!*

Guillermo, sin experiencia en debates periciales de este tipo, decide a nuestro parecer mal:

“[...] colega, usted en la institución es más antiguo, por eso respeto su opinión, me uniré a su criterio, no porque lo comparta, es por el hecho de ser peritos de la misma institución y este problema se ha hecho mediático [...]”.

Al salir del consultorio, la prensa los aguardaba, Guillermo evita declarar, retirándose sigilosamente. Una vez en su habitación se pregunta *¿Habré hecho*

bien?, pero decide no cuestionarse más, no era el momento, el cansancio cerraba sus ojos, como intentando que dejara de pensar en lo sucedido.

Los noticieros del día siguiente daban la noticia en primera plana *“Error pericial”*, el viejo perito, dotado de pura charlatanería y nada de ética, había declarado a la prensa *“[...] la falta de experiencia del médico legista hace que esto suceda [...]”*. Guillermo consideró este acto como un golpe bajo, motivo de una caída que fue el punto inicial en lo que tenía que trabajar para mejorar. Nuestro amigo estaba lacerado, se autoconsideró un perito médico débil, porque nunca debió declinar su parecer pericial. Con el tiempo tenía que levantar una reputación personal y también institucional, la sede había quedado, con maldad, en cierto modo desprestigiada.

Las noches no volverían a ser las mismas, por un largo tiempo no dejaba de lamentarse al recordar el turbulento suceso, para él fue una experiencia desagradable que se podría dar en otras oportunidades, por lo que debería estar preparado para afrontarla con mayor experiencia y confianza. De ahora y para siempre decidió no confiar en nadie, no firmaría ningún documento si la duda apremia. Decidió adquirir conocimiento como fundamento de su experiencia, sus capacitaciones serían más constantes, mientras que la lectura de bibliografías actualizadas sería el motor para la obtención de ventaja en debates periciales. De los antiguos peritos médicos obtenía experiencia, pero eso no lo era todo, entendía que, *“si hubiera conocido la palabra perito dirimente, de seguro lo hubiera solicitado”*, sin más lamentos decidió que dicho evento negativo se convertiría en su cero pericial.

Al poco tiempo los abogados de la parte del presunto violador visitaron a Guillermo, solicitaban indemnización, ¡qué cobardía!, *“[...] no se preocupen señores, hagan su pedido legalmente, así me darán la oportunidad para solicitar un perito dirimente, porque la única lesión descrita en ambos peritajes jamás se borrará y veamos si es lesión o escotadura congénita, estaré esperando mi citación judicial”*. Nunca más volvieron, y como por arte de un encantamiento los noticieros dejaron de hablar del hecho.

A los meses siguientes, con más conocimiento y experiencia pericial, Guillermo fue requerido para una pericia similar, esta vez no se amilanó. Se preparó tan bien que con una sola diapositiva defendió contundentemente su pericia, terminando el debate pericial sin aplausos, ni reporteros en el exterior del PJ. Su juventud ahora se acoplaba con la experiencia y el conocimiento pericial, necesarios para una buena labor como perito médico.

A inicios del 2009, circulan en los ambientes de la sede forense de Puno rumores de la aplicación del Nuevo Código Procesal Penal (NCPP), reforma procesal poco conocida para entonces. En la búsqueda de información, lo sorprendente fue descubrir que en Puno no existía relato o documento sobre la parte pericial regional, había un vacío de información, desconocimiento que se podía aprovechar para aportar a la realidad forense regional. Con esta primicia, Guillermo inicia su investigación, cuyo relato escrito por él es parte del presente libro que responde las siguientes interrogantes: a) ¿Quién fue el primer perito médico legista en Puno y su historia pericial?; b) ¿Qué es el NCPP?; c) ¿Por qué su colega, de mayor antigüedad, no respetó la ética médica pericial?; d) ¿Por qué un lenguaje forense es importante en la vida pericial?; e) ¿Cuál es el rol del perito médico en el NCPP?; f) ¿Cómo interviene el perito médico en las etapas del NCPP?; g) ¿Qué conocimiento se debe aplicar en esta nueva etapa procesal?; y h) ¿Qué es el proceso común y como interviene el perito médico en ella?

2. Primeros peritos médicos en Puno

Guillermo supuso que los primeros médicos cirujanos que se dedicaron a la labor forense en Puno fueron los médicos legistas, denominados también peritos oficiales, que laboran en el IML del Perú, ente rector y centro de referencia de la labor forense nacional; brazo y apoyo forense para la administración de justicia del MP. Los primeros médicos legistas del país fueron los médicos de la Policía Nacional del Perú (PNP) que luego fueron incorporados al PJ.

En la ciudad de San Carlos de Puno se encuentra la sede forense departamental denominada División Médico Legal II de Puno (DML-II-Puno), siendo la primera

sede que se estableció en la región. Por sus instalaciones caminaron los primeros peritos médicos del departamento altiplánico, siendo parte de la historia y formación de la medicina legal regional. Con el pasar de los años varios dejaron la labor forense para dedicarse a otras ramas de la medicina humana, las cuales de una u otra forma se encuentran conectadas con la labor forense, porque pueden ser requeridos para brindar apoyo judicial.

Algunos, como médicos especialistas se encuentran laborando en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social del Perú (ESSALUD), clínicas privadas de la región, u otra parte del país. Otros aún se hallan conectados a la labor forense nacional, ya sea como perito oficial o de parte; ojalá todos, si la vida les da aliento al leer estas líneas, logren recordar algún pasaje de la historia como experiencia única de haber sido los primeros peritos médicos de Puno.

La segunda sede forense creada en la región fue la División Médico Legal I de San Román, Juliaca (DML-SRJ), actualmente considerada como una de las sedes más importantes del departamento. Tiene gran afluencia de pacientes, en su estadística posee casos médicos legales complejos, de relevancia regional e incluso nacional. Lamentablemente, algunos de estos se encuentran enclaustrados en carpetas fiscales o archivados en la sede forense, sin ser analizados, ni dados a conocer a la comunidad científica. En tal sentido, es considerada una sede no menos importante a la de Puno, superándola estadísticamente en algunas circunstancias.

En octubre del 2009 se instaló el NCPP en Puno, se establecieron sedes forenses en cada capital de provincia, nuevos peritos médicos se incorporaron a dichas sedes con la responsabilidad de brindar desarrollo forense regional y nacional. Si bien se ha iniciado una lucha por la dignidad, reconocimiento y valoración del médico legista, a ellos les corresponde escribir la problemática de cada sede como experiencia individual, probablemente tendría una gran repercusión en el diagnóstico situacional de la labor forense local y regional.

No obstante, el fin de este primer capítulo no es dar a conocer las instalaciones forenses del IML regional, tampoco establecer problemática alguna. El MP, como

ente rector de la legalidad nacional, tiene en sus manos las riendas de la Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, sin soltarla por completo elige al jefe nacional, quien depende completamente de su máximo representante, el Fiscal de la Nación, por ende, la labor forense recae en manos del sujeto acusador de todo delito.

3. Trabajador más antiguo de la sede forense de Puno

Guillermo, en su búsqueda de información, contó con el mejor testigo de la labor forense en Puno, don Ignacio Inquilla Gonzáles, quien laboró en la DML – II-Puno desde el año 1974. Fue testigo en gran parte de la labor forense desarrollada en la región de Puno. “Maestro”, como es y será recordado por la mayoría de sus compañeros, se catalogaba como un admirador del presente sin tener ningún ánimo de dejar el pasado, entendiendo casi ciegamente que todo buen pasado es el enlace de un presente afortunado, siendo el presente la mejor oportunidad para un mejor futuro.

Según mencionó, nació un 10 de enero de 1942 en la comunidad de Ccopamaya, ubicada en el distrito puneño de Acora. Su padre Martín Inquilla Jinchuña y su madre



Sr. Ignacio Inquilla Gonzales

Feliciana Gonzáles Mamani, al igual que sus abuelos, fueron respetados agricultores, ganaderos y artesanos de su localidad.

Su infancia la llevó bajo la divinidad del apu¹ más alto y ceremonial de la comunidad, el Winuya.

“[...] Se asume generalmente que la veneración de montañas forma parte de un núcleo de creencias religiosas y concepciones cosmológicas tradicionales de las sociedades andinas que tendría sus raíces en tiempos muy anteriores a los incas” (Leoni, 2005).

Su educación primaria se realiza en la “Escuela Adventista” de su comunidad y en el Núcleo Escolar Marca Esqueña del Centro Poblado de Thunuhuaya. La secundaria se efectúa inicialmente en el colegio Mariano Zevallos Gonzales de llave, siendo culminado en el más antiguo e importante de Puno, hoy denominado Institución Educativa Emblemática Secundaria “Glorioso Colegio Nacional de San Carlos” de Puno.

El 16 de julio de 1961, contrae matrimonio con doña Antonia Mamani Quispe, pareja sentimental y esposa de toda la vida, siendo ella quien en la actualidad lo cuida y protege en su domicilio ubicado en Chanu Chanu de la ciudad de Puno. Guillermo conoce a don Ignacio Inquilla en octubre de 2007, al ingresar a laborar en DML-II-Puno. Después de unos años de amistad, a iniciativa de Guillermo, deciden realizar una remembranza de la vida forense de la región, basado casi íntegramente en vivencias del “Maestro”, sin ningún fin lucrativo.

Considerando que la labor forense en Puno debe tener un inicio, siendo las vivencias del señor Inquilla un buen comienzo, Guillermo empieza sus escritos con relatos narrados espontáneamente por él, sin la intención de enmudecer a otros que pudieran existir, lamentablemente aún no escritos, pero mientras permanezcan en

¹ Montaña o cerro, cuyo significado en quechua es señor “a”, ligadas a los espíritus de las montañas, que como dioses requieren de rituales, a fin de obtener protección y buena cosecha.

el silencio, considero que el génesis de la labor pericial en Puno será y estará grabado en estas líneas.

Por los pasillos del local forense una voz recorre entre los cadáveres mal olientes de la morgue, “[...] son las horas del señor, la mañana y los meses van quedando atrás, el año nuevo se acerca, de seguro también quedará en el olvido igual que tú, si decides no iniciar algo nuevo pronto”, Guillermo se había quedado dormido por un breve instante en la morgue, al despertar estaba solo.

Nervioso y algo asustado corre de inmediato donde el señor Inquilla, que estaba en el ambiente contiguo preparando el instrumental para una necropsia de ley. Siempre con una sonrisa, el “maestro” le pregunta “¿Cuándo empieza a escribir el libro?”, a lo que Guillermo atina a decir “[...] puede ser ahora”. Desdoblando un papel, con sentimientos nostálgicos, sin llegar a las lágrimas, el señor Inquilla da inicio al siguiente relato:

- *Parte de mi vivencia simplemente refleja el cariño a mi pasado, sin perder la esperanza en el futuro, reconozco estar a puertas de salir de esta institución, sin dejar de ser parte de ella y de su historia.*
- *La historia forense de Puno no se inicia conmigo, pero daremos el punto inicial a la presente decisión, punto inicial para el desarrollo de nuevas investigaciones. Puedo contar cómo ingresé a laborar en Medicina Legal en Puno, mi memoria intentará recordar cada perito médico que conocí en esta institución desde que empecé a formar parte de ella.*
- *El señor Tiburcio Sosa Mamani, quien trabajaba en la sede forense de Puno como cortador de cadáveres², me comentó de la existencia de una plaza para trabajar con él como cortador de cadáveres. Me emocionó la oportunidad porque estaba necesitado de trabajo, recuerdo que tomé mi currículum y mis cosas para emprender el viaje a la ciudad de Lima, donde se llevaría a cabo la elección del personal para dicho puesto. El viaje fue muy agotador, el*

² Denominación que se le daba al personal técnico de la DML-Puno que realizaba los cortes del cuerpo en las necropsias de ley.

trayecto Puno – Arequipa, por el mal estado de la carretera de trocha se convirtió en toda una travesía. Fuimos tres postulantes por la plaza, los representantes del Ministerio de Justicia me eligieron como ganador del mismo.

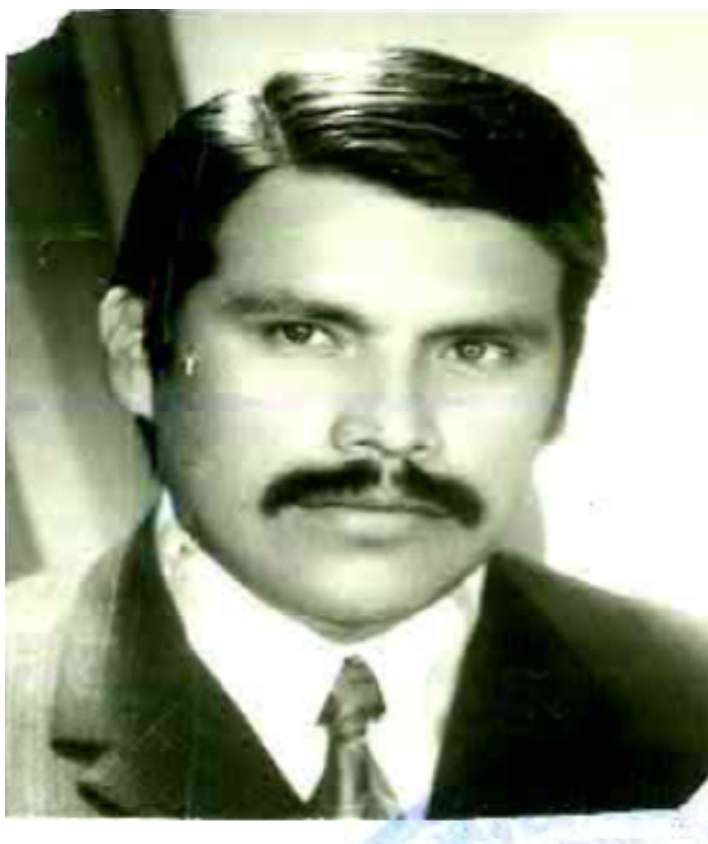
- *La DML-II-Puno por aquel entonces se denominaba Oficina Médico Legal y Morgue de Puno, y los técnicos necropsiadores eran los “alguaciles”, entonces, cuando ingreso a laborar un 25 de enero de 1974, en mi contrato tenía el cargo de “alguacil de la oficina Médico Legal y Morgue de Puno”.*
- *En mi primer día de trabajo encontré como médico legista al doctor Eleuterio Apaza Mamani y como alguacil al señor Tiburcio Mamani Sosa, quien al poco tiempo fallece en la ciudad de Arequipa, de manera repentina.*
- *La Oficina Médico Legal y Morgue de Puno estaba en un pequeño ambiente del interior del Palacio de Justicia de Puno. No teníamos comodidad, era frígido, poco iluminado, literalmente se trataba de una “oficina médico legal”. Instalamos dos escritorios, el médico atendía en una y en la otra los alguaciles. Nuestra labor, como alguacil, consistía en apoyar en la necropsia de ley, cortábamos los cadáveres además de realizar labor administrativa como transcribir peritajes, oficios, y todo documento requerido por el médico, para lo cual utilizábamos como herramienta de trabajo la desaparecida máquina de escribir. Los documentos descritos, sin errores ortográficos, limpios y con un buen orden, pasaban a mano del exigente médico legista quien los firmaba para luego ser remitidos, porque desde siempre el médico ocupó la jefatura de la sede forense. Para ser considerado como médico legista se requería ser nombrado con resolución del Ministerio de Justicia de la ciudad de Lima.*

4. Primer médico legista de Puno.

Del relato del señor Inquilla surgió el nombre del médico Eleuterio Apaza Mamani, quien según la página del Colegio Médico tiene como número de colegiatura 7419. Actualmente radica en Puno y en fecha 07 de febrero del 2012 nos concede una

entrevista extendiendo la información sobre la labor forense en Puno, lo transmitido se plasma en las siguientes líneas.

- *Espero no equivocarme, pero al parecer fui el primer médico legista de la ciudad de Puno, porque antes que ingresara a trabajar como perito nadie ocupaba dicha designación.*
- *Mis estudios de medicina se realizaron en Bolivia, al regresar al Perú ingreso a laborar en medicina legal Puno primeramente ad honoren, esto fue a fines de 1971. Por aquel entonces la oficina médico legal pertenecía al Ministerio de Justicia. Después de dos meses de trabajar ad honoren, del Ministerio de Justicia de Lima me remitieron una resolución donde se me designa como médico legista de Puno, recibiendo una remuneración a partir de la fecha. Lamentablemente ¿Dónde estará dicha resolución?*



**Doctor Eleuterio Apaza
Mamani**

- *Cuando empecé a trabajar como médico legista no existía un local para el servicio forense, iniciando mis funciones en un consultorio fuera del poder judicial, donde también atendía consultas particulares. Este local estaba ubicado en una esquina de la Plaza de Armas de Puno.*
- *No existían formatos, ni protocolos de pericias, en aquellos tiempos se recibían solicitudes para examen médico legal de jueces, porque todavía no existían los fiscales.*
- *Laboré entre tres y cuatro años como médico legista, tuve que renunciar para continuar mis estudios en el país sureño de Chile, quedando en mi reemplazo el doctor Hugo Barriga Rivera. Al regresar, me propusieron nuevamente la plaza de médico legista, pero no la acepté.*
- *Doctor - ¿De qué ciudad proviene usted? - preguntó el Dr. Eleuterio.*
- *Guillermo respondió - De Arequipa - sospechando que se venía algún cuestionamiento continuó escuchando.*
- *Yo soy puneño, he tenido la oportunidad de quedarme como médico en Bolivia o Chile. He sido testigo que la cultura de las personas en estos países es muy distinta a la peruana, tenemos mucho por mejorar, sobre todo nosotros como puneños, para ser una región digna de un buen nombre.*
- *Como médico legista he vivido muchas anécdotas, como aquel día cuando un paciente con lesiones acudió al consultorio con una anotación del abogado más influyente de aquel entonces. Se trataba de una recomendación para que mi persona pudiera favorecer a su patrocinado. Tuve que examinarlo exhaustivamente, presentando lesiones mínimas, otorgándole solamente tres días de incapacidad médico legal. Al poco tiempo me gané los gritos, amenazas del señor abogado, quien me decía que no sabía con quién me había metido y pronto lo iba a conocer.*
- *No pasó mucho tiempo para que me notificaran por la existencia de una denuncia penal en mi contra, no recuerdo exactamente el fundamento legal, pero dicha acusación me produjo gastos y pérdida de tiempo. Al final el poder judicial me dio la razón y el influyente abogado, por intermedio de otra*

persona me pidió disculpas, solicitando que no continúe con la contradenuncia que estaba a mi favor.

- *Considero que el código de ética médica debe enmarcar valores, no se debe recibir ni dar soborno, no es correcto y nada permisible en un médico.*
- *Otro episodio, como médico legista, fue el día que mi vida estuvo en peligro. Recuerdo que estaba regresando de un distrito de Puno, a donde había acudido para una diligencia, eran aproximadamente las seis de la tarde cuando al pasar por un puente, la camioneta que me trasladaba recibió un impacto de bala. El proyectil pasó entre el conductor y mi persona, si bien no hicimos lo correcto al detener y bajar de la camioneta, pero tuvimos mucho valor al hacerlo, revisamos los alrededores sin encontrar ni visualizar a nadie. Desde aquel entonces tuve un poco de temor al trabajar como perito médico del Estado, miedo que no se convirtió en terror, supongo que por eso me gané el respeto de los magistrados del poder judicial, quienes en los juicios me daban prioridad al momento de sustentar mis pericias – sonriendo - incluso me hacían sentir cómodo, invitándome un café o algo de beber mientras esperaba. Presumo que ahora es el mismo trato no solamente porque seamos médicos, sino porque toda persona merece respeto.*
- *En el año de 1974, no recuerdo bien la fecha, se nos otorga un pequeño ambiente en el Palacio de Justicia, por aquel entonces laboraba conmigo el Sr. Tiburcio Mamani, quien era el cortador de cadáveres, luego ingresa el señor Ignacio Inquilla, con la misma función. No tengo conocimiento si en Juliaca existía algún médico legista, me parece que por aquel entonces las necropsias y reconocimientos médico legales se realizaban en el hospital Monge Medrano, pero no había médico con dicha denominación.*
- *Para concluir, le comento que las autopsias se realizaban en la morgue del hospital Manuel Núñez Butrón, con respecto a los levantamientos de cadáveres nunca acudí a uno, porque era función del juez.*
- *Tengo como última anécdota que en una noche fría, al señor juez le solicitaron acudir a un levantamiento de cadáver, se trataba de una persona joven que había sido hallada muerta en las vías del tren. El juez pospuso la*

diligencia para las primeras horas del día siguiente, al acudir grande fue su sorpresa al darse cuenta que el occiso era su hijo, un estudiante universitario de Arequipa, quien falleció al intentar subir al tren en movimiento. Doctor Guillermo, nos preguntamos qué hubiese pasado si el juez, desde un inicio supiera que se trataba de su hijo, de seguro hubiese acudido de manera inmediata, quizás solicitando apoyo de algunos conocidos. Mi consejo es que siempre se debe cumplir con la labor que se nos designa, sin distinción de personas, porque por eso recibimos un sueldo y es parte de ser médico.

5. Transferencia al Ministerio Publico

Al poco tiempo el señor Ignacio Inquilla pierde a uno de sus hijos, dolor que merma su estado de salud, lográndose reponer con esfuerzo y apoyo de sus familiares. De regreso a su labor diaria la nostalgia lo invade nuevamente, se había enterado que estaba en camino la resolución que daba fin a una larga trayectoria de labor institucional, el cese y pase al retiro llegarían con una jubilación que no deseaba. Para beneficio de los que lo conocíamos, el ánimo todavía no lo perdía, estaba pensando en cumplir una función desde otra perspectiva, aquella donde la experiencia del viejo es apoyo y guía para los más jóvenes. Lamentablemente para el Estado Peruano, el jubilado no tiene otra opción que irse a su casa para descansar, perdiendo tanta historia en dicha vida, un recorrido que recién los jóvenes iniciarán, quizás con errores prevenibles si recibieran enseñanzas de gente como el “maestro” Inquilla.

Guillermo, al llegar a las instalaciones forenses de Puno observa al señor Inquilla recostado sobre una baranda de un balcón, sube las gradas acercándose lentamente, con intención de sorprenderlo, pero el ruido de los zapatos hace voltear al anciano que sonriendo pregunta:

- *¿En qué nos quedamos, doctor?*
- *Con el doctor Eleuterio Apaza - respondió Guillermo.*

- *¡Ah, claro! Después de la renuncia del doctor Eleuterio Apaza, el siguiente perito médico legista fue el doctor Hugo Barriga Rivera, quien a los ocho meses aproximadamente, renuncia por motivos personales dejando nuevamente libre la plaza que fue ocupada esporádicamente por médicos de diferentes hospitales e incluso por médicos que laboraban de manera independiente. La mayoría trabajaron ad honorem con el objetivo de obtener el certificado de médico legista, que por aquel entonces era muy valorado como currículum.*
- *En la etapa de transferencia de la Oficina Médico Legal y Morgue de Puno al Ministerio Público, bajo el patrocinio del Instituto de Medicina Legal³, se encontraba como perito médico oficial el doctor Federico Yáñez Ananías Sotelo.*
- *Nuestra llegada al Ministerio Público fue abrupta, otorgándonos un nuevo local que también era pequeño. Tuvimos que acomodarnos como podíamos para trabajar de la mejor manera.*
- *Me cambiaron la designación de “alguacil” por el de “Técnico de Laboratorio I de la DML-II-Puno”, designación con la que me voy a jubilar. El MP nos recibe sin aplausos, ni ceremonia, parecía un día de desalojo y búsqueda de nuevo hogar, la semejanza era la de un nacimiento huérfano porque para ellos (Ministerio Público) fue un hecho, tal vez, sin ninguna importancia histórica, mientras que para nosotros fue un tormentoso día de mudanza.*
- *Con la renuncia del doctor Ananías, quien laboraba también ad honorem, ingresa a trabajar el doctor Eugenio Maquera Flores, hecho que sucede aproximadamente en junio de 1993. La llegada del nuevo médico fue con resolución del MP, que le otorga la designación de médico legista de Puno.*
- *Por enfermedad, me ausenté tres meses del trabajo y al reincorporarme estaba laborando en Puno el señor Hugo Masco Borda, trabajador administrativo de la sede forense de Juliaca.*

³ Por Decreto Ley No. 25993 del 24 de diciembre de 1992, el Instituto de Medicina Legal pasa a formar parte del Ministerio Público.

6. La sede forense de San Román Juliaca

La sede forense de San Román Juliaca (DML-I-SRJ), es una de las más importantes del departamento de Puno, fue creada en 1994 estando como responsable el médico legista Wilber Eyzaguirre Frisancho.

El señor Hugo Masco Borda, personal administrativo que ingresa a laborar en dicha sede en el año 1996, fue transferido a la DML-II-Puno como auxiliar administrativo un 11 de agosto de 1997, él nos comentó lo siguiente:



Sr, Hugo Masco Borda

- *En la sede de Juliaca laboré con el médico legista Wilber Eyzaguirre Frisancho, quien había ingresado a laborar el 11 de noviembre de 1994.*
- *Por necesidad se requiere incrementar el personal forense, iniciándose nuevas contrataciones, como las de los señores Raúl Juárez Ticona y Fredy Paredes Calvo, quienes ingresaron a laborar el 01 de octubre de 1997 y 12 de septiembre del 2001, respectivamente, ambos técnicos necropsiadores.*
- *Por licencia del señor Inquilla, en marzo del año 2000, el médico legista Eugenio Maquera, jefe de la sede de Puno, solicita mi traslado por necesidad de servicio, desde entonces permanezco en la DML-II-Puno. En junio del mismo año ingresa a trabajar como médico legista de Puno el doctor Guido Armando Cruz Tagle.*
- *En el 2001 son contratados el perito psicólogo Abel Jara Macedo y el asistente médico legal César Roca Feril. Para el año 2003, el señor Waldor Llerena Torres, ingresa como auxiliar administrativo.*
- *Le comento que la DML-II-Puno nunca contó con un local propio, lo cual ha sido causa para que no se haya beneficiado de muchas reformas y presupuestos, como cuando se instaló el NCPP, en donde se perdió el presupuesto para la construcción de un nuevo local con una moderna morgue. El actual local de jirón Ramis, es un centro comercial de la municipalidad de Puno, y de seguro pronto será otro.*



Local ubicado en Jr. Ramis.

7. Uniendo testimonios de la labor forense en Puno

Guillermo también tuvo la oportunidad de conocer y conversar, en una tarde del año 2012 con el señor Cesar Roca Férril, personal administrativo de la DML-II-Puno, quien agregó lo siguiente:

- *Además de los mencionados, en Puno laboraron como peritos médico legistas los médicos Fredy Wilson Sucasaca Gonzales, Sandra Leonor Apaza Tosocahua, quienes trabajaron en la sede de Juliaca, pero algunas veces apoyaron en la DML-II-Puno. Después ingresa a trabajar, en la sede forense de Puno, la doctora Santos Pedraza Manchego y el doctor José Teodomiro Quispe Ricci.*



Sr. Cesar Roca Feril

- *Con respecto al señor Inquilla, siempre será recordado porque hemos sido testigos de su gran labor cuando el personal era muy escaso.*
- *Antes de la instalación del NCPP en Puno, al no existir sedes en provincias, los médicos legistas de Puno y Juliaca eran responsables de realizar las pericias en dichas zonas, repartiéndose por cercanía las provincias de la zona norte y sur. El perito de Puno realizaba necropsias y otras pericias en las provincias de Desaguadero, Ilave, Yunguyo, Juli, y el de Juliaca se encargaba de Azángaro, Carabaya, Huancané, Lampa, Melgar, Moho, Putina y Sandía.*
- *Si el médico legista de Juliaca se ausentaba, el perito de Puno cubría las emergencias en dicha sede y viceversa. Recuerdo que siempre para las necropsias de ley que realizaba el perito médico de Puno, lo acompañaba el señor Inquilla, razón por la que era muy conocido como técnico necropsiador en la región.*



De Der. a Izq.: Psico. Abel Jara, Dr. Guido Cruz, Sr. Waldor Llerena, Dra. Santos Pedraza, Sr. Cesar Roca, Sr. Hugo Masco, "luchín" personal de limpieza.

8. ¡Ojalá! mi memoria recuerde a todos

El señor Inquilla siempre será un personaje emblemático para la DML-II-Puno, ha recibido múltiples reconocimientos institucionales, todos guardados con cariño. El 2012 fue el inicio de su jubilación, como un parpadear pasaron los años. La última vez que Guillermo vio al señor Inquilla fue cuando lo visitó en su casa, y le dio otro papel doblado diciéndole:

- *Como verá, doctor, por las instalaciones de esta institución forense han pasado muchos peritos médicos legistas, algunos "nombrados", otros "ad honorem", cada uno de ellos ha hecho algo por la medicina legal en Puno, se los voy a mencionar aunque ya no laboren como médico legista aquí, ¡Ojalá!, mi memoria no borre ninguno, intentaré recordar a todos pero si me olvido de alguien, comprenderá que no es intencional. Sin ningún orden mencionaré a: Rafael López Velásquez, Eleuterio Apaza Mamani, Teófilo Hugo Barriga Rivera, Lizardo Félix Martínez Ramos, Pilade Isidro Soto Terreros, Juan José Ramos R., José Saijas Mogrovejo, Percy Barriga Rivera,*

Hiltter Rosendo Vásquez Collado, Lourdes Martínez Ramos, Wilber Isidro Alemán Achata, Zoila Aurora Céspedes Murillo, Arturo Huamán Arias, Vilma Eliana Quispe Huanca, Federico Ananías Sotelo, Fredy Wilson Sucasaca Gonzales, Santos Dominga Pedraza Manchego, José Quispe Ricci, Inés Valdeiglesias, Fernando Salcedo, Naldy Barriga Triviños y Gabriel Félix Huamán.

- *La nostalgia de dónde estarán los mencionados embarga el alma, espero que puedan leer parte de su historia, desearía que atestiguen sobre lo escrito, corrijan si existiera algún error.*

Al alejarse de las instalaciones de medicina legal, Guillermo empieza a sentir una gran nostalgia, recuerda que han pasado más de tres años desde el primer día que llegó a la ciudad de Puno, tiene sentimientos encontrados pensando que su objetivo era regresar a su ciudad natal con su familia y seres queridos. A pesar de ser un vecino tranquilo, se alquiló un cuarto cuya ventana tiene una vista hacia una de las principales avenidas de la ciudad, de donde divisa el hospital Regional de Puno. Si lograste pasar por la vereda de su cuarto, te habrás percatado que siempre a partir de las tres de la mañana había una luz encendida reflejada en su ventana. Una vez le pregunté si tenía insomnio, contestando que a esa hora se siente una calma y un silencio prodigioso para la lectura.

Estaba empeñado en recabar información sobre el NCPP, cada día encontraba más apasionante esa tarea, era notoria su consolidación como perito médico. Sus expectativas en la vida comenzaron a abrir las puertas de la labor pericial, la consideraba como un mundo creado por el hombre para llevar la ciencia hacia una justicia terrenal, debiendo ser la más objetiva posible, noble derecho de toda sociedad.

El apasionamiento fue tan grande que empezó a dejar de lado al gran amor de su vida. La necesidad de hacer algo por el futuro pericial regional hizo que su día a día no fuera rutinario. Si bien para algunos las ciencias forenses no son tan importantes o pasan desapercibidas, él las consideraba trascendentes por su implicancia en la

justicia. En su afán de hacer un buen trabajo recorría las salas de justicia con señales de buena voluntad, agradeciendo la confianza depositada en cada solicitud de pericia que le dirigían, hecho que le granjeó algunos enemigos que se ocultaron en el anonimato.

Hasta el momento actual del relato te preguntarás ¿Quién escribe estas líneas? Soy un buen amigo de Guillermo quien un día sin previo aviso dejó un maletín oscuro en la puerta de mi oficina indicando que se iba de viaje por algunos días a visitar a su familia, *“en el compartimiento anterior encontrarás unos cuadernillos que me gustaría que leas”*, dejándome la potestad de poder transcribirlos y desarrollarlos para ser plasmados en un libro. Al leer uno de ellos encontré lo siguiente *“todo complemento al presente escrito es absolutamente bienvenido, sin duda existirán vacíos, espacios que solo pueden ser llenados por los que estuvieron sentados en algún lugar de la historia de la medicina legal de Puno. Comprendo que no somos eternos, la vida es corta, inmensamente llena de sorpresas e inquietantes frutos, para los que están haciendo la nueva historia es motivo de desempolvar los recuerdos, actuar y crear nuevas líneas, lo que se haga de ahora en adelante debería ser escrito. Atte. Guillermo”*.



(Der. - Izq.) Sr Inquilla, Psic. Abel Jara, Dr. Guido Cruz, Sr. Fredy Paredes
Dra. Sandra Apaza, Sr. Cesar Roca, Verónica Rosas, Dr. Wilber Eyzaguirre

“Con el NCPP se ha incrementado de manera considerable el número de peritos médicos en la región, la nueva historia recae sobre ellos, ahora es su tiempo, la nueva familia de peritos médicos y profesionales de las ciencias forenses de Puno tiene la gran responsabilidad de hacer historia regional que repercutirá en todo el Perú, con valores que brinden un ejemplo de ética, investigadores de nuevos conocimientos, profesionales de la salud que aporten a la labor médica con estímulo social, cultural y político. Serán el ejemplo para las nuevas generaciones, sin olvidar los errores y aciertos de aquella que va quedando atrás por una vejez que llega con una jubilación, pero que ha buscado enseñar con el ejemplo”.

BIBLIOGRAFÍA

Leoni, Juan B. (2005). La veneración de montañas en los andes preincaicos: el caso de Ñawinpukyo (Ayacucho, Perú) en el periodo intermedio temprano. *Chungará* (Arica), 37(2), 151-164.

Capítulo segundo

PERITO MÉDICO Y EL PROCESO COMÚN CON EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

SUMARIO

1. Guillermo decide seguir adelante. 2. El delito o la acusación ¿Cómo se inicia el Nuevo Código Procesal Penal? 3. Desarrollo de las etapas del proceso penal común. 4. Preparación para el debate. 5. Desarrollo del Juicio Oral. 6. Acreditación del perito. 7. ¿Qué sucede si un perito no acude a declarar? 8. Los alegatos finales. 9. El caso pendiente.

1) Guillermo decide seguir adelante

Dejando atrás los temas de índole administrativa, Guillermo, en su búsqueda del desagravio, se alejó del apasionamiento del derecho y se concentró en el desafío que se había propuesto alcanzar, sin dar importancia a memorandos que tenían un fondo destructivo, trabajando correcta y decentemente.

En su búsqueda de lograr un mejor entorno laboral y expectativa profesional, comenzó a estructurar adecuadamente su tiempo, se dedicó a la lectura para

informarse sobre el NCPP y los cambios que ocasionaría su pronta instalación en Puno.

Transcurrían los días finales del 2009 y si bien el MP otorgaba capacitaciones, casi todas estaban dirigidas para abogados y personal administrativo que se desenvolvía en el NCPP. Para el médico sin experiencia en situaciones legales, las diferencias entre el NCPP y el antiguo sistema eran de difícil entendimiento. Fueron tiempos en que la medicina legal en el Perú cursaba por un periodo entre la neblina de información pericial y la conformación del equipo forense especializado nacional. En dicho equipo forense sobresalía un antropólogo forense puneño (Roberto Parra Chinchilla), quien en sus conferencias mencionaba la importancia de la pericia médica para el desarrollo de la investigación criminal.

Para afrontar adecuadamente el NCPP el IML necesitaba acreditar su laboratorio mediante certificaciones internacionales de calidad. Fue entonces que se inició la remodelación y equipamiento de los diferentes laboratorios forenses nacionales ¿La sede forense de Puno estaría preparada para esta nueva etapa?

Guillermo me comentó que una mañana recibió una citación fiscal por una acusación en su contra, por un presunto mal actuar en un informe pericial. La demandante era una señora que no estuvo conforme con los días de incapacidad médico legal que se le habían otorgado. En su acusación aducía una presunta parcialización pericial con actos de corrupción. La queja había llegado hasta las oficinas de la Jefatura Nacional y Órganos de Control Interno del MP.

Un periodista de la región había tomado esa información como titular de portada de venta nacional. Cual delincuente con requisitoria, se mostraba el nombre de Guillermo tras el titular, “posibles actos de corrupción”, noticia que asombró a personas que lo conocían. Algunos lo llamaron con preocupación, otros con indignación, y los menos cercanos por mero chisme, aunque todos le otorgaban sus buenas voluntades.

Tuvo que rendir su declaración ante un fiscal, quien al verlo le dijo sonriendo “¿Usted, por acá? esta es únicamente la etapa preliminar, si no hay ninguna evidencia simplemente no procede y se archiva”.

Después de brindar su declaración, el fiscal le comentó, “[...] esto no tiene sentido, no hay nada que investigar, el informe médico legal que emitió está en lo correcto”, debido a que los días de incapacidad médico legal guardaban relación con las lesiones halladas.

Pasado ese mal momento, Guillermo, luego de un partido de fútbol observando cómo sus amigos continuaban el juego, consideró que debía prepararse mejor para el nuevo sistema, percibiendo que al ser relativamente un nuevo perito, era requisito indispensable profundizar más sus conocimientos sobre el NCPP. Los sucesos negativos en el trabajo, ocurridos desde su llegada, lo decidieron a abrirse un camino en la investigación de esta nueva etapa procesal.

Lo primero que intentaba entender era cuál era la diferencia entre la etapa que se dejaba atrás y la nueva por instalarse, conocer en qué consistía y cuál era la nueva función del médico eran una prioridad, de ahí la importancia de conocer este novedoso proceso penal.

2) El delito o la acusación ¿Cómo se inicia el Nuevo Código Procesal Penal?

Esta fue la primera pregunta que se realiza Guillermo. El NCPP, por ser un sistema acusador, garantista, brinda en todo el proceso equilibrio e igualdad de condiciones para ambas partes en conflicto. Tiene al perito médico como un actor importante en el transcurso del proceso. El MP, por medio de los fiscales, ejecuta con privilegios el ejercicio de la acción penal promoviendo la investigación, mediante el uso de un sistema legal integrado por la PNP y el IML, instituciones constituidas por peritos especializados en la obtención de evidencia.

Artículo 333 del NCPP: Coordinación interinstitucional de la Policía Nacional con el Ministerio Público.- Sin perjuicio de la organización policial establecida por la Ley y

de lo dispuesto en el artículo 69, la Policía Nacional instituirá un órgano especializado encargado de coordinar las funciones de investigación de dicha institución con el Ministerio Público, de establecer los mecanismos de comunicación con los órganos de gobierno del Ministerio Público y con las Fiscalías, de centralizar la información sobre la criminalidad violenta y organizada, de aportar su experiencia en la elaboración de los programas y acciones para la adecuada persecución del delito, y de desarrollar programas de protección y seguridad.

El perito médico legista actúa a solicitud y en auxilio de la acción fiscal, reúnen evidencia para que los administradores de justicia puedan catalogar y sustentar el delito. La parte acusada iguala esta brecha mediante la contratación del perito de parte, que constituye la parte científica de la defensa. Como es de deducir existe una diferencia entre ambas partes, mientras la parte acusadora recibe apoyo gratuitamente, mediante la acción fiscal y peritos del Estado, la parte denunciada usualmente contrata abogados y peritos para su defensa, salvo acepte el apoyo de un abogado defensor público.

La investigación nace con la denuncia, si es posible se sindicó al presunto autor, de lo contrario la búsqueda y hallazgo de evidencias proporcionará sospechosos. Toda duda hace fuerte la defensa, mientras que la verdad probabilista es presentada en diferentes escenarios. Con las declaraciones y los hallazgos periciales se manifiestan hipótesis, los hechos tienen dos realidades sujetas a la defensa o acusación, el juez con los diferentes criterios decidirá por el más convincente, aquella que sustente una sentencia.

El perito lleva la ciencia al alcance de la investigación, proporciona respuestas o dudas para que pueda existir un fallo lógico científico, por ende, totalmente demostrable.

La denuncia, sea justificada o no, es tomada por el fiscal quien decide iniciar investigación preliminar o el archivamiento (archivo liminar). La existencia de presunción del delito, o indicios que ameritan acción de oficio, impulsará las

siguientes etapas del NCPP. Sin embargo, hay presuntos delitos que nunca llegan a las oficinas fiscales o judiciales debido a que las partes, con la finalidad de evitarse el engorroso proceso judicial, con desgaste emocional, tiempo y dinero, deciden transar o se adhieren al principio de oportunidad, esta última es en presencia fiscal. Sin embargo, recordemos que la denuncia puede ser manifestada de manera escrita, verbal o por delito flagrante.

En el NCPP el juez actúa como un árbitro, protegiendo los derechos de ambas partes durante todo el proceso, vigilante en el cumplimiento de los plazos y los parámetros establecidos en esta nueva etapa procesal. Sus intervenciones son para instaurar un orden, brindando resoluciones que llevarán su criterio hacia una sentencia justa, en equilibrio de condiciones y oportunidades.

Con la apertura de la investigación preliminar se notifica para que ambas partes declaren, se ordena diligencias periciales para obtener elementos de prueba que sustenten la acusación fiscal, si no existen se desiste de la misma. El proceso penal tiene cinco etapas, el juez garantiza que ambas partes en conflicto las respeten, sin vulneración de los derechos de los intervinientes; es decir, en todas estas etapas se tiene presente el principio de igualdad procesal y la presunción de inocencia del imputado.

- Etapa de investigación preliminar.
- Etapa de investigación preparatoria.
- Etapa intermedia.
- Etapa de juzgamiento.
- Etapa de ejecución.

3) Desarrollo de las etapas del Proceso Penal Común

3.1. Etapa de Investigación Preliminar

Una vez reportado o tomado conocimiento de un presunto delito, sea por denuncia escrita, verbal o flagrancia, el fiscal actúa de oficio iniciando la investigación preliminar, considerada como el estudio de los presuntos hechos en el lugar del

delito. El fiscal ordena la realización de peritajes en la búsqueda de evidencias que prueben inicialmente la existencia del delito, para lo cual solicita declaraciones de las partes implicadas, además de los testigos. La defensa, con el debido sustento, puede solicitar la realización de nuevas pericias, objetar las que considere irrelevantes y solicitar nulidad de las acciones que sean inadecuadas por parte del fiscal, debiendo para tal fin participar en toda diligencia propuesta para esta etapa. El abogado defensor orienta el actuar de su patrocinado, vela por la no vulneración de sus derechos y por el cumplimiento de los plazos establecidos en el NCPP, valorando también si el presunto delito requiere de peritos médicos de parte.

Entre las pericias más solicitadas al perito médico como diligencias preliminares están: necropsias de ley, evaluación de lesiones, levantamiento de cadáver, exámenes de integridad sexual, tomas de muestras corporales e informes por presunta negligencia médica. Con los hallazgos, el perito establece hipótesis, emitidas en conclusiones, que deben ser analizadas y corroboradas, para lo cual, si fuera necesario, requerirá de exámenes adicionales como muestras biológicas o estudio de anatomía patológica. El perito médico, en su informe pericial no deberá emitir un juicio de culpabilidad, aunque se esté consciente de la misma. Las conclusiones finales del perito médico se basarán en los hallazgos obtenidos, sin presiones de ninguna índole, la ciencia mediante una secuencia lógica responderá inquietudes del solicitante.

Esta etapa, considerada también como el inicio de la investigación por la sospecha de un delito, está a cargo de un juez denominado “Juez de la Investigación Preparatoria”, quien puede ordenar detención preliminar mediante hallazgos de razones meritorias, siempre velando y garantizando los derechos fundamentales de ambas partes. También resuelve tutelas de derechos presentadas, establece las audiencias a realizarse, y resolverá los plazos de solicitudes de allanamiento.

Artículo 329°. 1, del NCPP: *“El Fiscal inicia los actos de investigación cuando tenga conocimiento de la sospecha de la comisión de un hecho que reviste los*

caracteres de delito. Promueve la investigación de oficio o a petición de los denunciantes”.

Artículo 261. 1, del NCPP: *“El Juez de la Investigación Preparatoria, a solicitud del Fiscal, sin trámite alguno y teniendo a la vista las actuaciones remitidas por aquél, dictará mandato de detención preliminar, cuando: a) No se presente un supuesto de flagrancia delictiva, pero existan razones plausibles para considerar que una persona ha cometido un delito sancionado con pena privativa de libertad superior a cuatro años y, por las circunstancias del caso, puede desprenderse cierta posibilidad de fuga. b) El sorprendido en flagrante delito logre evitar su detención. c) El detenido se fugare de un centro de detención preliminar [...]”*

La investigación preliminar es una etapa que se diferencia de la investigación preparatoria, que se verá posteriormente, porque en ella se realizan todas las diligencias de urgencias impostergables, necesarias para corroborar la fidelidad de una denuncia. Por ejemplo, si existiera una muerte por presunta negligencia médica la realización urgente de necropsia y la retención de la historia clínica sería una acción inaplazable.

Artículo 330. 2, del NCPP: *“Las Diligencias Preliminares tienen por finalidad inmediata realizar los actos urgentes o inaplazables destinados a determinar si han tenido lugar los hechos objeto de conocimiento y su delictuosidad, así como asegurar los elementos materiales de su comisión, individualizar a las personas involucradas en su comisión, incluyendo a los agraviados, y, dentro de los límites de la Ley, asegurarlas debidamente”.*

El hecho que el fiscal pueda iniciar una investigación preliminar, incluso con la sospecha del delito, no lo faculta a trasgredir la dignidad ni la presunción de inocencia del acusado. Le corresponde al juez de esta etapa, quien luego de evaluar los argumentos de ambas partes, declarar la culpabilidad o inocencia del mismo.

La Constitución establece, en el artículo 159°, inciso 1, que corresponde al MP la misión de promover de oficio, o a petición de parte, la acción judicial en defensa de la legalidad y de los intereses públicos tutelados por el derecho; asimismo, el inciso 5) del mismo artículo constitucional encarga al MP, el ejercicio de la acción penal de

oficio o a petición de parte. En ese sentido, corresponde a los fiscales – representantes del MP– hacer ejercicio de la titularidad de la acción penal pública y, una vez conocida la denuncia o noticia criminal, proceder a formalizarla ante el juez penal si lo estiman procedente, conforme a lo establecido por la Ley Orgánica del MP, aprobada por Decreto Legislativo N° 52.

El Estado está en la obligación de garantizar que las sentencias civiles y/o penales sean justas, respetando un tiempo prudente y plenamente ejecutables. El fiscal debe defender la legalidad de sus actos, mediante acciones que van acorde a lo establecido por el NCPP y las diversas herramientas legales.

Artículo 94º, numeral 2) de la Ley Orgánica del Ministerio Público, señala que el fiscal puede optar entre abrir investigación en el ámbito fiscal o formalizar la correspondiente denuncia penal en su calidad de titular de la acción penal.

Sin embargo, la apertura de investigación debe realizarse cuando considere que cuenta con los medios probatorios necesarios que sustenten su criterio. Si la parte acusada considera que el fiscal ha vulnerado algún derecho fundamental, tiene la libertad de realizar demandas en contra del representante del MP. La actividad probatoria y el grado de convicción al que arribe el fiscal en el transcurso de la investigación preliminar, está basado en lo que señala la doctrina, como afirma San Martín (2003):

Exp. N° 6167 – 2005-PHC/TC, del 28 de marzo del 2006. F. 27 y 28 (Tribunal Constitucional): “[...] *no se requiere que exista convicción plena en el fiscal ni que las actuaciones estén completas, sólo se necesita que las investigaciones arrojen un resultado probabilístico razonable, en orden a la realidad de un delito y de la vinculación delictiva del imputado o imputados*”, basado en decisión de Tribunal Constitucional.

La función acusadora del fiscal no se confina tras un escritorio, estará donde se produce el delito. Como representante del MP es el titular del ejercicio público, encargado de dirigir diligencias con la finalidad de obtener pruebas que confirmen el delito; es decir, conduce la investigación a fin de acreditar culpabilidad o inocencia.

Artículo 330°, 3 del NCPP. “[...] al tener conocimiento de un delito de ejercicio público de la acción penal, podrá constituirse inmediatamente en el lugar de los hechos con el personal y medios especializados necesarios y efectuar un examen con la finalidad de establecer la realidad de los hechos y, en su caso, impedir que el delito produzca consecuencias ulteriores y que se altere la escena del delito”.

Con respecto a presuntos delitos producidos en hospitales, el fiscal en compañía de los órganos de apoyo, como personal de la PNP y peritos del IML, ingresarán al nosocomio para realizar las investigaciones necesarias. Para el caso de la PNP se denomina el brazo operativo de pesquisa y ejerce la fuerza pública, los peritos del IML brindan apoyo científico a la búsqueda de evidencia, ambos actúan a solicitud fiscal.

Artículo 330, 1 del NCPP: “[...] bajo su dirección, requerir la intervención de la Policía o realizar por sí mismo diligencias preliminares de investigación para determinar si debe formalizar la Investigación Preparatoria”.

El médico, el principal trabajador de todo hospital, está bajo la atenta mirada de una sociedad que ambiciona el 100% de efectividad y éxito de los procedimientos que realiza, cualquier desliz o complicaciones propias del acto médico puede ser motivo de denuncia, abriendo las puertas a los señores del derecho quienes, con medalla en pecho, a fin de llegar a la verdad de una denuncia, iniciarán toda investigación y procedimientos legales. Sin preámbulo, pone en custodia al documento legal que une al binomio médico - paciente, la historia clínica.

El médico posiblemente intentará explicar un hecho incomprensible para la fiscalía y la familia presuntamente agraviada, el derecho al silencio en estas circunstancias suele ser la mejor decisión. El galeno acusado que hasta ese momento, probablemente era considerado como un profesional respetable, honorable, de reputación intachable, sin ninguna eventualidad similar, observa cómo se desmorona su trabajo de años en pocos minutos. El panorama es borroso, el médico aparece como cegado por las luces de reporteros, mientras parte de la prensa no evalúa el daño que puede ocasionar con ligeros titulares de portada. Algunos

colegas, comprendiendo que nadie está libre, le otorgan el derecho a la duda y el respeto a una credibilidad ganada por sus anteriores actos médicos. El perito oficial para analizar el hecho ¿Tendrá el grado y los criterios requeridos para realizar una pericia médico legal de alguna especialidad?

Él o la agraviada puede denunciar directamente a la PNP o Fiscalía, ya sea de manera escrita o verbal. Si es de manera verbal a la PNP, el personal a cargo debe comunicar verbalmente al fiscal de turno y luego realizar un acta de denuncia, para continuar o no con las investigaciones preliminares. Para el caso que se realice una denuncia escrita, el personal policial registra la denuncia y comunica verbalmente al fiscal de turno.

Artículo 331°, 1 del NCPP: “[...] tan pronto la Policía tenga noticia de la comisión de un delito, lo pondrá en conocimiento del Ministerio Público por la vía más rápida y también por escrito, indicando los elementos esenciales del hecho y demás elementos inicialmente recogidos, así como la actividad cumplida, sin perjuicio de dar cuenta de toda la documentación que pudiera existir”.

También se puede presentar la denuncia directamente a la fiscalía, ya sea por escrito o verbalmente. De ser por escrito, la denuncia ingresa por mesa de partes, si es verbal será directamente con el fiscal de turno, quien después de registrar la denuncia y realizar diligencia con apoyo policial, ingresará todo lo actuado por mesa de partes. Toda denuncia llega a manos del fiscal coordinador quien designa, según el caso al fiscal que se hará cargo del mismo.

El agraviado debe cumplir con los siguientes requisitos establecidos en el artículo 328 del NCPP:

“1. Toda denuncia debe contener la identidad del denunciante, una narración detallada y veraz de los hechos, y -de ser posible- la individualización del presunto responsable. 2. La denuncia podrá formularse por cualquier medio. Si es escrita, el denunciante firmará y colocará su impresión digital. Si es verbal se sentará el acta respectiva. 3. En ambos casos, si el denunciante no puede firmar se limitará a colocar su impresión digital, dejándose constancia en el acta del impedimento”.

Para el caso de flagrancia del delito, que casi siempre es por presencia policial, se interviene y detiene al infractor, según lo establecen los artículos 218° inc. 2, 259 y 263, no requiriendo para tal hecho de autorización fiscal ni orden judicial, luego se puede regularizar el permiso fiscal y la resolución confirmatoria del juez de la Investigación preparatoria. La flagrancia es cuando:

Artículo 259: “[...] el sujeto agente es descubierto en la realización del hecho punible, o acaba de cometerlo, o cuando: a) Ha huido y ha sido identificado inmediatamente después de la perpetración del hecho punible, sea por el agraviado, o por otra persona que haya presenciado el hecho, o por medio audiovisual o análogo que haya registrado imágenes de éste y, es encontrado dentro de las 24 horas de producido el hecho punible. b) Es encontrado dentro de las 24 horas, después de la perpetración del delito con efectos o instrumentos procedentes de aquél o que hubieren sido empleados para cometerlo o con señales en sí mismo o en su vestido que indiquen su probable autoría o participación en el hecho delictuoso. 2. Si se tratare de una falta o de un delito sancionado con una pena no mayor de dos años de privación de libertad, luego de los interrogatorios de identificación y demás actos de investigación urgentes, podrá ordenarse una medida menos restrictiva o su libertad”.

El detenido tiene derecho a un abogado defensor quien debe asesorarlo adecuadamente. En la búsqueda de medios de prueba para la defensa el abogado defensor puede solicitar presencia de expertos de parte en las diligencias que se realicen. Otras funciones del abogado defensor se encuentran establecidas en el artículo 84 del NCPP.

Lamentablemente, mientras no exista una ley que exima de responsabilidad al médico al realizar el acto médico, todos los médicos en algún momento de su labor, pueden estar inmersos en las páginas del NCPP, como acusados de un delito. Sin embargo, el presente libro tiene como fin evaluar la acción del médico cuando es solicitado como perito, por lo que siguiendo esa línea veamos cómo continúa la denuncia, ejemplo de un presunto delito ocurrido en un nosocomio.

El médico que fue primera plana de las noticias del día, fue saludado por el fiscal de turno, el personal policial le informa de sus derechos, permitiéndole llamar a su abogado defensor y en caso de no tenerlo, el fiscal solicitará la designación de un defensor público. Con la llegada de personal especializado de la PNP y peritos del IML se da inicio a las indagaciones y diligencias afines del caso. El personal policial de la PNP tiene atribuciones establecidas en el artículo 68 del NCPP, dentro de las más importantes están:

“[...] b) Vigilar y proteger el lugar de los hechos a fin de que no sean borrados los vestigios y huellas del delito. c) Practicar el registro de las personas, así como prestar el auxilio que requieran las víctimas del delito. d) Recoger y conservar los objetos e instrumentos relacionados con el delito, así como todo elemento material que pueda servir a la investigación. e) Practicar las diligencias orientadas a la identificación física de los autores y partícipes del delito. f) Recibir las declaraciones de quienes hayan presenciado la comisión de los hechos. g) Levantar planos, tomar fotografías, realizar grabaciones en video y demás operaciones técnicas o científicas. h) Capturar a los presuntos autores y partícipes en caso de flagrancia, informándoles de inmediato sobre sus derechos. i) Asegurar los documentos privados que puedan servir a la investigación. En este caso, de ser posible en función a su cantidad, los pondrá rápidamente a disposición del Fiscal para los fines consiguientes quien los remitirá para su examen al juez de la investigación preparatoria. De no ser posible, dará cuenta de dicha documentación describiéndola concisamente, j) Allanar locales de uso público o abierto al público. k) Efectuar, bajo inventario, los secuestros e incautaciones necesarios en los casos de delitos flagrantes o de peligro inminente de su perpetración. l) Recibir la manifestación de los presuntos autores o partícipes de delitos, con presencia obligatoria de su abogado defensor [...].”

El médico acusado puede ser detenido por 48 horas (Ley N° 30558), si esto no sucede será citado para que brinde su declaración, según el artículo 331°, inc. 3 hasta por tres veces. Al término de las investigaciones, los peritos de la PN, con las evidencias halladas, según describe el artículo 332°, deberán preparar un informe policial el cual será remitido al fiscal a cargo del caso. Dicho informe contendrá los

antecedentes que motivaron su intervención, la relación de las diligencias efectuadas y el análisis de los hechos investigados, absteniéndose de calificarlos jurídicamente y de imputar responsabilidades.

El perito médico oficial (médico legista) realizará diligencias solicitadas por el fiscal, si existiera una muerte, realizará el levantamiento de cadáver y posterior necropsia de ley a fin de determinar la causa de muerte. La defensa puede solicitar la participación de peritos de parte en las diligencias que realiza el perito oficial. Ambos como se describirá, pueden coincidir o discrepar en sus conclusiones, debiendo realizar informes periciales de manera individual.

ESSALUD, MINSA y clínicas particulares son instituciones que no están exentas de denuncias médico legales, actualmente pasan la mayor parte del día de espaldas a este nuevo proceso penal. Tienen entre su personal de salud médicos especialistas en diversas ramas de la medicina que, con la debida capacitación y experiencia, pueden equilibrar el acto pericial de la etapa de investigación preliminar. Esta acción no tiene la finalidad de encubrir un delito, porque el fin principal de un perito médico es llegar a la verdad objetiva y probabilista, mediante la búsqueda de evidencias. Si se consiguiera este objetivo se podría distanciar responsabilidades, proteger credibilidades y conservar la honorabilidad de quien derive ella.

El fundamento principal para la existencia de peritos institucionales estaría basado en el siguiente planteamiento hipotético: todo nosocomio debe contar con peritos institucionales, con la misión de defender el prestigio institucional y del profesional, pero sobre todo que al término del proceso judicial debieran emitir conclusiones y recomendaciones que puedan establecer antecedentes legales que permitan evitar circunstancias similares, bajo el principio de un adecuado acto médico, que permitiría repercusiones favorables en el paciente y la salud pública. De seguro esta medida daría un sinceramiento en el trinomio paciente – médico – institución, punto inicial para un verdadero mejoramiento de la salud nacional.

3.2. Etapa de la investigación preparatoria

Es la etapa en la cual se persigue reunir los elementos de convicción, de cargo y descargo, que permitan al fiscal decidir si formula o no acusación (Artículo N° 321° del NCPP). La parte acusada tiene en esta etapa la oportunidad de preparar una adecuada defensa y desvirtuar la acusación por la falta de indicios razonables que permitan una objetiva acusación.

Artículo 321°, 1 del NCPP: “[...] Se determina si la conducta incriminada es delictuosa, las circunstancias o móviles de la perpetración, la identidad del autor o partícipe y de la víctima, así como la existencia del daño causado”.

La participación del perito médico en esta etapa, es por requerimiento fiscal, dependerá de su capacitación y experiencia para acreditar su intervención. Cuando se instaló el NCPP en Puno, la mayoría de los peritos oficiales no eran médicos especialistas; sin embargo, realizaban pericias y diligencias médico legales en casos que involucraban temas de especialidad, como traumatología, anestesiología y ginecología ¿Sería una impericia por parte del médico legista? El realizar una pericia de un tema alejado de su experiencia y de su vida cotidiana laboral, o ¿Puede conllevarlo a ser considerado como un acto médico imprudente y negligente?

Guillermo comentó que realiza su primera exhumación sin contar con la experiencia necesaria, no fue acompañado por el perito de mayor antigüedad. Previos al día de exhumación tuvo que auto capacitarse, mediante la búsqueda de información del tema. Para suerte, el cadáver mostraba señales irrefutables descritas en diferentes bibliografías compatibles con una asfixia por estrangulamiento.

Desde la instalación del NCPP, el talón de Aquiles de los peritos médicos oficiales ha sido la falta de especialidad. Actualmente se viene corrigiendo esta falencia mediante la obtención de título de médico especialista en medicina legal por la modalidad de competencia, denominada también no escolarizada (sin realizar

residencia médica). Otro grupo de médicos legistas viene realizando la residencia médica mediante la modalidad del destaque.

El perito capacitado y acreditado, al formalizarse la investigación preparatoria, se posiona al centro de una disputa, en esta etapa el fiscal a cargo le solicita pericias más complejas, debiendo realizarlas con la mayor objetividad que amerita la justicia en el Perú. Al emitir su informe se convertirá en la piedra del zapato para una de las partes, colocándolo como un rival o adversario legal a vencer, no importando los mecanismos para desacreditarlo. En algunas circunstancias el perito médico puede ser amenazado, corriendo peligro su vida, motivo para que el juez vea por conveniente la toma de medidas de protección para el perito.

“Decreto Supremo N° 020-2001-JUS, aprueba la Ley N° 27378. Art. 11 Crease la Unidad Especial de Investigación y Comprobación y Protección –UECIP de la Policía Nacional, como entidad adscrita a la Fiscalía de la Nación, encargada de llevar a cabo, bajo la conducción del Fiscal respectivo, las investigaciones y comprobaciones requeridas al amparo del Artículo de la Ley, así como de proteger a los colaboradores, víctimas y peritos que brinden según el caso, información, declaraciones o informes en el marco de lo establecido en la Ley N° 27378”.

El NCPP ofrece garantías para los que intervienen en ella, sobre todo cuando el perito ve amenazada su integridad, impidiéndole desenvolverse adecuadamente durante las diligencias solicitadas. Lo único que se requiere para que el perito médico sea envuelto en estas medidas extraordinarias es que su vida corra un peligro real, debiendo la PN corroborar dicho peligro inminente.

Artículo 247 Personas destinatarias de las medidas de protección: 1. Las medidas de protección previstas en este Título son aplicables a quienes en calidad de testigos, peritos, agraviados o colaboradores intervengan en los procesos penales. 2. Para que sean de aplicación las medidas de protección será necesario que el Fiscal durante la investigación preparatoria o el Juez aprecie racionalmente un peligro grave para la persona, libertad o bienes de quien pretenda ampararse en ellas, su cónyuge o su conviviente, o sus ascendientes, descendientes o hermanos.

La PN y el IML, con sus órganos especializados en criminalística y las ciencias forenses, están obligados a prestar apoyo al fiscal. En Puno, donde estos órganos de apoyo carecen de buena infraestructura y equipamiento, los administradores de justicia pueden solicitar apoyo a entidades públicas y privadas, como son las universidades, institutos y otros que estén con la capacidad logística.

“Artículo 321°, 2 del NCPP: Las Universidades, Institutos Superiores y entidades privadas, de ser el caso y sin perjuicio de la celebración de los convenios correspondientes, están facultadas para proporcionar los informes y los estudios que requiera el Ministerio Público.”

“Artículo 321°, 3 del NCPP: El Fiscal, mediante una Disposición, y con arreglo a las directivas emanadas de la Fiscalía de la Nación, podrá contar con la asesoría de expertos de entidades públicas y privadas para formar un equipo interdisciplinario de investigación científica para casos específicos, el mismo que actuará bajo su dirección.”

En Puno existe una sede forense con laboratorios donde se realizan estudios forenses básicos, para casos complejos los estudios y muestras obtenidas se remiten a la sede forense central en Lima, en donde están instalados los laboratorios certificados de calidad internacional, quienes luego de realizar estudios correspondientes remiten los resultados, todo se debe realizar sin romper la cadena de custodia.

El Colegio Médico del Perú, sociedades médicas, ESSALUD, MINSA, clínicas privadas, universidades e institutos superiores cuentan con personal capacitado en temas propios de su labor diaria, ellos pueden ser requeridos por la justicia en cualquier momento, debiendo estar preparados para tal situación, y no simplemente negarse a colaborar, porque esta negativa puede ser motivo de procesos legales por parte del fiscal o juez, como un acto obstructivo en la administración de justicia o desobediencia a la autoridad.

Para el caso del médico, el ser perito es un acto de nobleza en apoyo de la justicia o para el desagravio de cualquier injusticia. El término perito médico no es

únicamente para el que trabaja en el IML, el ser perito no es propiedad de una institución, es universal para todo aquel profesional acreditado que recurra a él, debiendo profesionalizarse y brindar un asesoramiento objetivo a fin de llegar a una verdad legalmente objetiva. Si bien el Artículo 322°, 1 del NCPP indica que *“el Fiscal es quien dirige la investigación preparatoria o encomendar diligencias de investigación a la policía, sea esta por iniciativa propia o a solicitud de la parte, siempre que no requieran autorización judicial ni tengan contenido jurisdiccional”*, es función de la defensa para con su defendido, plantear el mejor argumento posible para la absolución de la acusación, bajo la primicia de la credibilidad y contundencia pericial.

En esta etapa de investigación preparatoria, el fiscal investiga con independencia de criterio (Artículo 61°, 1), solicitando pericias que no sólo permitan comprobar la acusación sino también de eximir responsabilidades del acusado (Artículo 61°, 2), debiendo participar en todas las diligencias que se desarrollen (Artículo 61°, 3). Puede ser excluido en casos de incumplimiento de funciones o por irregularidades cometidas en ejercicio de su función, debiéndose nombrar nuevo fiscal (Artículo 62°, 1, 2). El apoyo de la PN para con el fiscal es de manera obligatoria en la investigación preparatoria (Artículo 67°, 2).

El juez a cargo de esta etapa es el “Juez de la Investigación preparatoria”, quien tutela los derechos del imputado, resuelve los requerimientos de ambas partes, ofreciendo las garantías procesales sin distinción ni discriminación alguna, garantizando el adecuado cumplimiento de lo establecido en el NCPP.

Artículo 323°, 2 del NCPP: “El Juez de la Investigación Preparatoria, enunciativamente, está facultado para: a) autorizar la constitución de las partes; b) pronunciarse sobre las medidas limitativas de derechos que requieran orden judicial y -cuando correspondan- las medidas de protección; c) resolver excepciones, cuestiones previas y prejudiciales; d) realizar los actos de prueba anticipada; y, e) controlar el cumplimiento del plazo en las condiciones fijadas en este código”.

El juez y/o el fiscal, en la búsqueda de pruebas, indistintamente pueden solicitar la participación del perito médico, quien emitirá una pericia médico legal. La parte acusada puede acreditar la participación de un perito de parte para la defensa, quien actuará previa autorización del juez.

Artículo 159°, 1: “El Juez no podrá utilizar directa o indirectamente las fuentes o medios de pruebas obtenidos con vulneración del contenido esencial de los derechos fundamentales de la persona.”

Toda investigación en esta etapa es de carácter reservado (Artículo 324°, 1), excepto para las partes que pueden tener acceso a información ya sea de manera directa o mediante sus abogados. El fiscal en casos excepcionales puede mantener en secreto una actuación o documento de importancia para el caso por un plazo no mayor de 20 días, que pueden ser prorrogables por 20 días más por el juez (Artículo 324°, 2), debiendo dar conocimiento a las partes.

La PNP, mediante sus equipos especializados continuará recabando evidencias que serán remitidas al fiscal (Artículo 332°, 3 del NCPP). El personal policial realiza su labor por disposición fiscal, con dicha venia pueden solicitar pericias médicas, post facto u otro que el fiscal requiera.

Una vez concluida esta etapa toda evidencia encontrada, con las reservas contempladas, será enviada mediante un informe policial al fiscal.

Artículo 332°, 2 del NCPP: El Informe Policial contendrá los antecedentes que motivaron su intervención, la relación de las diligencias efectuadas y el análisis de los hechos investigados, absteniéndose de calificarlos jurídicos y de imputar responsabilidades.

El abogado de la defensa puede solicitar copias de la carpeta fiscal, manteniendo en reserva los actuados, bajo responsabilidad disciplinaria, en caso de no ser congruente con dicha disposición (Artículo 324°, 3 del NCPP). Como sucede en algunos casos el fiscal puede guardar evidencia de vital importancia a fin de

contrastar con las declaraciones de los implicados, tratando de descubrir contradicciones.

Para casos de investigación médico legal, la pericia médica es de vital importancia, la verdad objetiva hallada bajo los conceptos de la ciencia acerca el valor de la veracidad de los hechos de un delito hacia un lado de las partes. El perito médico conoce que la ciencia está al alcance de quien la busca, interpreta y exponga adecuadamente. La ciencia es quien debe responder las inquietudes de los administradores de justicia, el criterio de experiencia personal del perito se debe utilizar cuando se demuestre un vacío de información. Aun siendo parte de ella es la ciencia misma la que hace al perito, la fuerza objetiva de la verdad corresponde a la metodología científica aplicada en cada bibliografía citada, la capacidad de ser verificable si todavía es utilizable, dependerá del tiempo y el nuevo conocimiento con aplicación de la medicina basada en evidencia, debiendo el médico forense especialista estar a la vanguardia de las nuevas tendencias médicas para su aplicación a una variante denominada realidad peruana.

Una de las metas internas de las entidades de salud ojalá fuera el propiciar, bajo el principio de “adecuado acto médico”, los objetivos de la medicina basada en evidencia, debiendo poner en marcha la elaboración de guías médicas que permitan unificar criterios entre los médicos, incentivar investigación local, regional y nacional. La medicina humana deriva del médico, nadie no médico ni mucho menos el perito médico puede cuestionar dicha labor. A veces es el mismo médico que contradice y perturba el acto médico de otro colega, volviendo al paciente sigiloso y desconfiado, punto inicial para una denuncia médica, recordemos que el criterio médico no es único, por eso el paciente tiene toda la motivación para buscar el criterio que considere adecuado para su salud.

El término de “negligencia médica” es y seguirá siendo la comidilla de muchos, se interpelará el lado humano de la presunta víctima, a veces sin importar la dignidad y reputación del acusado. La llamada libertad de expresión, muchas veces vendedora de portadas en nuestra nación, no siempre suele medir el látigo que

lastima la honorabilidad profesional del médico cirujano. La víctima y el entorno social, sin saber de medicina ya tienen un presunto culpable; por su parte el abogado ve una amplia reparación civil. Lamentablemente si el mensaje no fue el correcto, sin un delito comprobable, con una falsa acusación, luego de comprobarse el “no delito” tan igual como perjudicaron al médico se debe también limpiar su reputación y credibilidad, aunque nadie pueda quitar los tormentosos momentos vividos por el mal uso de la libertad para acusar.

Las grandes instituciones de salud están cegadas al potencial forense que camina entre sus instalaciones, el NCPP duerme entre sus pasillos, despertando con denuncias completamente prevenibles, dejando que otros busquen la verdad cuando se tiene el mapa de la medicina legal, sobre todo para la defensa de una reputación o la búsqueda del equilibrio forense, porque el acto médico que se somete en los juzgados proviene de los hospitales. La medicina forense es vital para la prevención de errores médicos, su objetivo se extiende más allá de la búsqueda de una verdad judicial, también enmarca el estudio de actos médicos a fin de prevenir errores futuros, importante para el sustento de nuevas normas institucionales y conocimiento científico para la aplicación de guías médicas locales, herramienta utilizadas en la defensa o acusación judicial.

Pero bien, al final de esta etapa el fiscal con el informe policial conteniendo las pericias realizadas, debe calificar la denuncia, si la evidencia es abrumadora se catalogará como delito, de lo contrario no se formalizará la denuncia procediendo al archivamiento (Artículo 334°, 1 del NCPP), si el denunciante cree que el archivamiento no es un acto adecuado por parte del fiscal, solicita que la carpeta fiscal sea elevada al fiscal superior, quien en plazo de cinco días deberá emitir un pronunciamiento (Artículo 334°, 5, del NCPP).

3.2.1. La denuncia y los actos iniciales de la investigación

3.2.1.1. La denuncia: Guillermo es solicitado para realizar una necropsia de ley por probable negligencia médica. La muerte había ocurrido en emergencia de uno de los hospitales más importante de la ciudad. La familia del occiso, enardecida había

realizado desmanes en los exteriores del edificio. El médico implicado estaba en un ambiente solitario del nosocomio, hasta donde escuchaba los gritos de ¡asesino!, ¡criminal!, y múltiples maldiciones. Al día siguiente fue noticia de los principales medios de comunicación de la región, en portada se leía ¡[...] denuncia por negligencia médica! Como si el médico se hubiese preparado para asesinar a su paciente.

El médico denunciado refirió en conversación entre colegas que había hecho todo lo posible por salvar la vida del paciente, pero éste presentó una descompensación propia de su enfermedad.

En Puno se vienen haciendo denuncias por múltiples delitos, desde lesiones por violencia familiar hasta crímenes que despiertan el horror y rencor de una sociedad. Si estos delitos no son denunciados pasan en paralelo al NCPP, al no ser investigados, son sinónimo de impunidad.

El NCPP contempla que sin denuncia no hay investigación del delito, es el primer escalón para iniciar los actos para la investigación preparatoria, punto de partida de todo proceso.

Artículo 326°, 1 del NCPP: Cualquier persona tiene la facultad de denunciar los hechos delictuosos ante la autoridad respectiva, siempre y cuando el ejercicio de la acción penal para perseguirlos sea público.

En otra oportunidad, en circunstancias que Guillermo se encontraba de guardia, el fiscal lo requirió para realizar la inspección de un consultorio médico. La denunciante, una joven universitaria, alegaba que su enamorado la había obligado a realizarse un aborto en un lugar aparentemente clandestino. Al llegar, el objetivo fue buscar drogas, medicamentos, muestras biológicas o cualquier evidencia que corroborara dicha acusación.

Igualmente, los profesionales de la salud que durante su labor diaria son testigos de un probable delito tienen la obligación de denunciarlo. Sobre todo en caso de

abortos, agresión sexual, heridos por arma de fuego, arma blanca, maltrato infantil, entre otros, debiendo estar preparados para reconocerlos y diagnosticarlos.

Artículo 326°, 2, a, del NCPP: Quienes están obligados a hacerlo por expreso mandato de la Ley. En especial lo están los profesionales de la salud por los delitos que conozcan en el desempeño de su actividad, así como los educadores por los delitos que hubieren tenido lugar en el centro educativo.

Artículo 327°, del NCPP: 1. Nadie está obligado a formular denuncia contra su cónyuge y parientes comprendidos dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad. 2. Tampoco existe esta obligación cuando el conocimiento de los hechos está amparado por el secreto profesional.

Con el antiguo Código de Procesamiento Penales, el acusado debía demostrar su inocencia, con el nuevo modelo procesal es inocente hasta que se pruebe lo contrario, siendo responsabilidad de la parte acusadora llegar a demostrarlo. El acusado tiene derecho a una defensa justa sin violación de sus derechos inherentes como persona, sin vulneraciones del debido proceso y respeto a la Constitución.

El perito médico debe ser juicioso al momento de cualquier diligencia. En una evaluación pericial el delito en una víctima se hace visible al experimentado. El aborto, las lesiones ya sea por arma blanca, por proyectil de arma de fuego u otro objeto, así como delito por presunta negligencia médica no se esconden, la historia detrás de una infracción puede ser relatada objetivamente en un informe pericial.

Por el año 2012, a Guillermo se le presentó un caso de presunta violación sexual reciente, la agraviada era una menor de edad de 10 años. El perito oficial de una sede alejada de Puno había concluido como himen íntegro (sin signos de penetración). El padre, desconcertado, con ojos llorosos, con nueva solicitud fiscal, acudió a la sede forense de Puno. En la nueva evaluación se concluye como himen con desgarramiento completo reciente sangrante. Dos conclusiones totalmente distintas, hecho que conlleva a un debate pericial, en donde no solo hay intercambio de opiniones y criterios, sino también está en juego la credibilidad de los peritos.

En otra ocasión se escondía el escandaloso hecho que involucraba otro delito por agresión sexual. La menor agraviada por sus lesiones fue intervenida quirúrgicamente a fin de reparar los desgarros de segundo grado producidos en la región perineal. A la semana de producido el delito es evaluada por peritos oficiales, quienes concluyeron como “himen íntegro”. Gracias a este peritaje se dio libertad a los presuntos violadores. Al llegar el NCPP, se reabrió nuevamente el caso, esta vez se agregó al expediente el informe hospitalario, y nuevas evidencias. Los argumentos de escasa luz, miopías o estrabismos, no opacaron a los jueces de sancionar a los peritos que realizaron el primer informe pericial, por faltar a la verdad.

Las acusaciones pueden acontecer hasta en los lugares más alejados de la patria, en algunos lugares no hay disposición de médicos legistas, motivo por el cual los administradores de justicia solicitan apoyo de los médicos cirujanos serumistas de la zona. La preparación que deben tener estos profesionales, en el ámbito forense, es conocer cuándo brindar apoyo a la justicia y por qué discernir en hacerlo. El negarse a brindar apoyo judicial, sin una valedera justificación, puede ser motivo de denuncia. Pero tampoco nadie puede obligar a un profesional a realizar procedimientos para los que no está capacitado ni tiene la debida experiencia, porque en vez de brindar un apoyo se estaría realizando una impericia pericial.

3.2.1.2. Actos iniciales de la investigación: Al existir la denuncia y el fiscal tener conocimiento de la misma inicia los actos de investigación, aún sin existir la certeza del delito, la sospecha es motivo suficiente para realizar investigaciones de oficio.

Artículo 329°, del NCPP: 1. El Fiscal inicia los actos de investigación cuando tenga conocimiento de la sospecha de la comisión de un hecho que reviste los caracteres de delito. Promueve la investigación de oficio o a petición de los denunciantes. 2. La inicia de oficio cuando llega a su conocimiento la comisión de un delito de persecución pública.

Para toda investigación la PNP está obligada a participar al lado del fiscal, quien además debe solicitar el apoyo de los medios especializados del MP.

Artículo 330°, 1 del NCPP: El Fiscal puede, bajo su dirección, requerir la intervención de la Policía o realizar por sí mismo diligencias preliminares de investigación para determinar si debe formalizar la Investigación Preparatoria.

El fiscal, al llegar al lugar de los hechos, deberá asegurar los elementos de convicción, individualizar a las personas involucradas, la víctima y si fuera posible al infractor. También, con apoyo policial debe velar por la no alteración de la escena del crimen

Artículo 330°, 3 del NCPP: [...] efectuar un examen con la finalidad de establecer la realidad de los hechos y, en su caso, impedir que el delito produzca consecuencias ulteriores y que se altere la escena del delito

El perito médico puede llegar con el fiscal o posteriormente cuando ya está delimitada la escena del delito, su intervención debe darse cuando el fiscal lo autorice, respetando el área delimitada por los peritos de la PN. Como se mencionó anteriormente, las diligencias concluyen en la remisión de un informe policial al fiscal, debiendo citar a las partes involucradas a rendir sus respectivas declaraciones.

Artículo 332°, 1 del NCPP: La Policía en todos los casos en que intervenga elevará al Fiscal un Informe Policial.

Artículo 331°, 3 del NCPP: Las citaciones que en el curso de las investigaciones realice la policía a las personas pueden efectuarse hasta por tres veces.

El personal médico, en particular los médicos especialistas, son reacios a brindar apoyo judicial, muchos se rehúsan al llamado, evidentemente no es agradable estar declarando frente a un tribunal, la excusa cotidiana es “no es para lo que estoy preparado”. Los estudios de pregrado de medicina legal, como única experiencia, no acreditan adecuadamente los alegatos de un informe pericial, sobre todo en un tribunal en donde las preguntas de las partes buscan en circunstancias respuestas de tipo castrense, “sí” o “no”. La sustentación de una pericia es un arte, donde sale

a relucir la vida cotidiana y el lenguaje forense del perito, no muchos los viven, ni muchos lo conocen, por lo tanto, pocos saben realizar.

“Con la instalación del NCPP en Puno se incrementó el número de personal de la División Médico Legal de Puno y a la vez de todo el distrito judicial o fiscal, con la finalidad de poder afrontar de manera adecuada las exigencias de este nuevo código. Actualmente los peritos médicos de la ciudad de Puno cubren las necesidades de los administradores de justicia las 24 horas, en turno de mañana, tarde y guardias nocturnas, durante los siete días de la semana; consideramos que el compromiso e identificación con nuestra institución y el compañerismo conjuntamente con el trabajo en equipo, la capacidad, idoneidad y la buena visión y gestión de nuestra jefatura es la mejor forma de afrontar este nuevo reto. Laboramos fuera de nuestras horas de trabajo, nos esforzamos al pagar nuestras capacitaciones, rechazamos la corrupción, nos esforzamos en mantener conducta intachable; no aceptamos que intenten desvanecer lo que hemos construido en estos pocos años de experiencia”⁴.

3.2.1.3. La Investigación Preparatoria: Con las pericias médicas realizadas, el personal policial realiza un informe que es entregado al fiscal para conformar la carpeta fiscal. El representante del MP, después de analizar los actuados de la carpeta fiscal califica la denuncia, considerando si amerita o no ser catalogada como un delito. Si el hecho denunciado no constituye un delito previsto en la ley dispondrá su archivamiento.

Artículo 334°, 1 del NCPP: Si el Fiscal al calificar la denuncia o después de haber realizado o dispuesto realizar diligencias preliminares, considera que el hecho denunciado no constituye delito, no es justiciable penalmente, o se presentan causas de extinción previstas en la Ley, declarará que no procede formalizar y continuar con la Investigación Preparatoria, así como ordenará el archivo de lo actuado. Esta Disposición se notificará al denunciante y al denunciado.

Como se mencionó, si el denunciante no está de acuerdo con esta decisión solicita al fiscal que eleve el expediente al fiscal superior para una nueva opinión. Si el archivamiento de una denuncia es bajo el sustento de una pericia médica, la parte

⁴ Comentario de un médico legista de Puno.

inconforme puede apelar esta decisión, pudiendo demandar que se realice una nueva valoración de la pericia por probable pericia falsa. Si fuera cierto, la apelación del hecho constituye un delito contra la administración de justicia, porque existiría un claro discernimiento erróneo entre la realidad y lo descrito en el peritaje. Este acto involucraría un mal actuar pericial que llevaría consigo a una denuncia penal en contra del perito.

Si no existe detención de persona, el plazo de las diligencias preliminares es de sesenta días (334.2 del NCPP), pero en casos complejos el fiscal puede dar un plazo distinto. Si una de las partes considera que es excesivo el plazo puede solicitar al fiscal finalizar las diligencias preliminares y dicte la disposición que corresponda. Si el fiscal no aceptara, el solicitante puede acudir al juez de la investigación preparatoria, quien en plazo de cinco días resuelve previa participación de las partes (Artículo 334°, 2 del NCPP). Motivo para que el perito médico oficial esté en constante coordinación con el fiscal para la emisión de un peritaje en un tiempo razonable. Para el perito de parte la coordinación debe ser con los representantes de la parte que solicita su intervención.

Si la solicitud de pericia establece un plazo muy corto, que dificultará la emisión del informe pericial, el perito médico debe comunicar el hecho al solicitante a fin de que tome las medidas preventivas, si fuera necesario requerir ampliación del tiempo establecido para la entrega del informe.

3.2.1.4. Diligencias de la Investigación Preparatoria: Son todos los procedimientos adicionales que el fiscal solicita y realiza en la investigación (Artículo 337°,1 del NCPP). La reconstrucción de los hechos en la escena del delito, las ampliaciones médico legales, exhumaciones post necropsia de ley, prueba de ADN para determinar paternidad, entre otras, conforman las más representativas. Forman parte de la investigación preparatoria, los peritajes médico legales que no pueden repetirse una vez formalizada la investigación, salvo se demuestre un grave defecto en su actuación que ineludiblemente deba completarse como consecuencia de la incorporación de nuevos elementos de convicción (Artículo 337°, 2 del NCPP).

Tanto el imputado, agraviado y peritos son citados a declarar sobre las circunstancias de la investigación.

“Artículo 337°, 3.a del NCPP: Estas personas y los peritos están obligados a comparecer ante la Fiscalía, y a manifestarse sobre los hechos objeto de investigación o emitir dictamen. Su inasistencia injustificada determinará su conducción compulsiva [...].”

El perito médico tiene un actuar en esta etapa primordial, momento en que debe realizar pericias como evidencia de un delito que será valorado por el fiscal. Una de las partes puede solicitar al fiscal la intervención de un perito médico de parte, a fin de realizar una pericia que considere importante. Si el fiscal rechaza dicha solicitud, la parte solicitante puede acudir al juez de la Investigación Preparatoria quien resolverá de manera inmediata según los argumentos de las partes (Artículo 337°, 5 del NCPP).

El perito médico oficial, en caso de realizar una diligencia, por ejemplo necropsia de ley, por iniciativa propia no puede negar la presencia de otros intervinientes que cuenten con el permiso del fiscal.

“Artículo 338°, 1 del NCPP: [...] Esta participación está condicionada a su utilidad para el esclarecimiento de los hechos, a que no ocasione perjuicio al éxito de la investigación o a que no impida una pronta y regular actuación.”

Si los intervinientes comienzan a causar alteración de la diligencia el fiscal los puede expulsar del recinto por alteración del orden e indisciplina (Artículo 338°, 2 del NCPP), incluso con el uso de la fuerza pública a cargo de la PN (Artículo 338°, 3 del NCPP). Una vez formalizada la investigación no hay vuelta atrás, el fiscal por sí solo no puede archivar la investigación (Artículo 339°, 2 del NCPP).

Con el antiguo Código de Procesamiento Penal, las ratificaciones periciales se realizaban en instalaciones del poder judicial, con el nuevo código éstas se pueden realizar en despacho fiscal. En este acto se puede sugerir la realización de pericias no ejecutadas con la finalidad de ayudar con el esclarecimiento del caso.

Artículo 337°, 4 del NCPP: Durante la investigación, tanto el imputado como los demás intervinientes podrán solicitar al Fiscal todas aquellas diligencias que consideraren pertinentes y útiles para el esclarecimiento de los hechos. El Fiscal ordenará que se lleven a efecto aquellas que estimare conducentes.

Cuando el perito médico acude a una diligencia en apoyo de los administradores de justicia, siempre existe la posibilidad de vulneración de su integridad física y el orden público, por lo cual se requiere de la presencia policial. Algunos de estos casos son: procedimiento de reconstrucción en la escena del delito, exhumación del cadáver, necropsia de ley, levantamiento de cadáver u otra; para estos procedimientos si la coyuntura social lo requiere, el fiscal solicitará apoyo policial a fin de que la diligencia se realice sin riesgos para los intervinientes.

En Puno se encuentra el lago navegable más alto del mundo, con la isla Amantaní. Guillermo comentó que acudió a dicha isla para realizar una exhumación. El cadáver era de una dama cuya muerte, aparentemente, no fue natural, se alegaba un asesinato, pero fue enterrada en el cementerio de la isla sin ninguna investigación. Guillermo comentó:

“[...] el viaje se inició con un despertar de amanecida, a las tres de la mañana la unidad del MP acudió por mi domicilio y después por el del señor Inquilla. Luego nos dirigieron a la península de Capachica, en donde nos esperaba una lancha que nos trasladarían a la isla. Al llegar, la población estaba enardecida, pedían justicia por un presunto asesinato, mientras el personal policial intentaba protegernos, el fiscal conversaba con la población para que la diligencia se lleve de manera pacífica”.

Con el pasar de los minutos la población se iba incrementando y aglomerando en el cementerio, lugar donde se realizaría la exhumación. Según Guillermo, en esos momentos él y los presentes únicamente atinaban a ubicar una ruta de escape por una eventualidad negativa. De un momento a otro comenzaron a llover algunas piedras, el personal policial ubicó a los peritos en un lugar seguro.

- Doctor, si la población se descontrola, ustedes salgan por esta ruta, señalando un delgado camino que daba a un muro pequeño que rodeaba el cementerio, nosotros los cubrimos, pase lo que pase corran sin voltear. - Decía el personal policial.

Como indica el relato, el perito médico corre el riesgo de ser agredido en cualquier diligencia, en aquella oportunidad el fiscal conversó con la población para que la diligencia se pueda realizar de manera tranquila y sin violencia. Se calmaron los ánimos, siendo los motivos del intrincado el pedido de justicia, y de realizar un previo pago a la tierra por parte de la población, para que la “Pacha Mama” permita la extracción del cadáver sin tener eventos naturales negativos en la isla. El fiscal permitió que un poblador se acercara a la tumba a fin de realizar el respectivo ritual, antes de iniciar el procedimiento.

En las etapas de investigación, los peritajes médico legales realizados no pueden ser repetidos, no se pueden realizar dos necropsias de ley en un mismo cadáver, ni múltiples evaluaciones por integridad sexual en una menor de edad, pero ¿Qué sucede si se han obviado exámenes de importancia para la investigación? Surge la posibilidad de poder realizar ampliaciones periciales que puedan aportar nuevas luces para el esclarecimiento del delito. El post facto⁵, exhumaciones de cadáver, reconstrucción de los hechos, son algunas ampliaciones periciales. Toda evidencia hallada en estas pericias será recolectada, embalada y trasladada bajo cadena de custodia⁶.

Acora, distrito de Puno, tierra del señor Inquilla, pueblo de hermosos paisajes, se convirtió en el 2010 en escenario de uno de los crímenes más crueles conocidos de la región. La víctima fue un joven varón, que una mañana pasteaba su ganado por un terreno en disputa familiar. Al ser descubierto y en desventaja numérica fue perseguido, en su huida tuvo que subir al cerro más cercano. En la cima del cerro, sin aliento decide esconderse detrás de una gran roca. Lamentablemente fue

⁵ El perito hace una extensión del peritaje realizado, exponiendo nuevas evidencias o elementos de convicción que ayuden al Fiscal o Juez estimar o desestimar una acusación.

⁶ Procedimiento legal que permite que una evidencia o prueba recogida, sea incorporada en la investigación sin ninguna alteración.

descubierto y cercado, iniciándose una pelea desproporcional. En su escape, los gritos del joven alertaron al padre que estaba cerca de la zona. El anciano corre en búsqueda de su hijo, sube al cerro con gran esfuerzo, pero al llegar a la cima observa como su hijo era brutalmente golpeado por tres varones, al intentar ayudarlo fue sometido por una mujer y un varón, quienes lo sujetaron para que no pueda intervenir. En su declaración se puede leer, *“me sujetaron tan fuerte que no pude hacer nada para salvar a mi hijo, quien sufría los golpes de sus atacantes, de pronto observé que el sujeto que estaba en la espalda de mi hijo, sin dejar de sujetarlo saca un cuchillo y se lo introduce a traición, luego en el tórax. Mi muchacho se resistía, gritaba y de pronto no se movió ni gritó más, lo soltaron y cayó al suelo, ¡malditos asesinos!* Las lesiones encontradas en la necropsia de ley concordaban con lo mencionado por el padre. El fiscal posteriormente solicita reconstrucción de los hechos con la presencia de los implicados y peritos médicos, quienes valoraron las lesiones halladas en el cadáver con las posiciones de los implicados en la escena del delito.

Después de realizar los diferentes peritajes médicos legales, en la etapa de investigación preliminar, los informes periciales debidamente concluidos son remitidos a la autoridad solicitante, que usualmente es el fiscal. Con todo lo actuado, el fiscal en un plazo de 60 días debe formalizar la investigación preparatoria. Si requiere de más tiempo, sobre todo si existe indicio de delito, si la acción penal no ha prescrito o se ha individualizado al imputado, puede requerir al juez de la investigación preparatoria ampliación del plazo. Si no requiere de este beneficio y formaliza dicha investigación, no hay motivo a retroceso, perdiendo la posibilidad de archivar el caso.

La investigación preparatoria dura 120 días, pudiendo el fiscal prorrogarla por 60 días más (Artículo 342°, 1 del NCPP).

Artículo 342°, 2: Tratándose de investigaciones complejas, el plazo de la investigación preparatoria es de ocho meses. La prórroga por igual plazo debe concederla el juez de la investigación preparatoria.

Si bien la prisión preventiva se da por un plazo de nueve meses (Artículo 272°, 1 del NCPP), para casos complejos este tiempo se puede ampliar como máximo 18 meses (Artículo 272°, 2 del NCPP). El NCPP considera como caso complejo, entre otros, cuando el perito requiere realización de pericias con gran revisión de documentación o de complicados análisis técnicos (Artículo 342°, 3 del NCPP). Vencido el plazo el juez de oficio otorga libertad al imputado (Artículo 273° del NCPP). Sin embargo, el proceso continúa debiendo asistir a las citaciones que se le realicen, caso contrario el juez puede revocar dicha libertad en la primera inasistencia sin motivo legítimo (Artículo 276° del NCPP). La prisión preventiva puede ser apelada en un plazo no mayor de tres días (artículo 278°, 1 del NCPP).

Artículo 283°: El imputado podrá solicitar la cesación de la prisión preventiva y su sustitución por una medida de comparecencia las veces que lo considere pertinente

Un caso complejo en donde hubo gran cantidad de pericias fue el de **Ciro Castillo Rojo**.

Diario La República, 29 de junio del 2013: “La investigación por la muerte de **Ciro Castillo Rojo García Caballero** tardó más de dos años. Durante el proceso hubo 45 pericias científicas, entre otras indagaciones. Según la fiscal encargada de la investigación, **Rosario Lozada Sotomayor**, estas pruebas fueron de enorme utilidad para tomar la conclusión final. Esta será sustentada en audiencia al Juez de Investigación Preparatoria de Chivay, **Giancarlo Torreblanca**”⁷

El representante del MP puede finalizar la investigación preparatoria antes del plazo establecido, siempre y cuando sus objetivos en la búsqueda de evidencia se hayan logrado (Artículo 343°, 1 del NCPP), pero si el fiscal no cumple con concluir la investigación preparatoria, a pesar del vencimiento de los plazos, la parte contraria puede solicitar su conclusión directamente al juez (Artículo 343°, 2 del NCPP).

Artículo 343°, 3: Si el Juez ordena la conclusión de la Investigación Preparatoria, el Fiscal en el plazo de diez días debe pronunciarse solicitando el sobreseimiento o

⁷<http://larepublica.pe/29-06-2013/dos-peritajes-revelan-que-ciro-murio-por-una-caida-y-no-porque-lo-empujaron>

formulando acusación, según corresponda. Su incumplimiento acarrea responsabilidad disciplinaria en el Fiscal.

La actuación de agente encubierto (Artículo 341°, 1 del NCPP) se da cuando el delito es consecuencia de delincuencia organizada, el fiscal puede disponer y autorizar la participación de miembros de la PN o agente especial de manera encubierta⁸, quien está exento de responsabilidad penal por aquellas actuaciones que sean consecuencia necesaria del desarrollo de la investigación, siempre que guarden la debida proporcionalidad con la finalidad de la misma y no constituyan una manifiesta provocación al delito (Artículo 341°, 6 del NCPP).

La conclusión de la investigación preparatoria se da por los siguientes motivos (Artículo 343°, 1, 2, 3 del NCPP):

- Por decisión fiscal.
- Por solicitud de la parte acusada dirigida al juez, por haber vencido los plazos.
- Por orden del juez, dando un plazo de 10 días al fiscal para un pronunciamiento de sobreseimiento o acusación.

Para los casos donde se requiera a un perito médico en especial, es el juez competente y/o el fiscal quien lo nombra, pudiendo recurrir a peritos de la PN, IML o cualquier profesional de organismos del Estado en donde se desarrolle labor científica o técnica. Para estos casos son considerados profesionales idóneos en la labor forense, los profesionales de universidades, institutos, o personas jurídicas. El NCPP estipula que el apoyo judicial será gratuito, para casos complejos se puede designar a dos o más peritos, según propuestas de las partes (Artículo 173, del NCPP).

Toda pericia médica será realizada por un perito médico acreditado, que reúna las cualidades necesarias para tal fin, con aceptación y conocimiento de las partes.

⁸ Entendiéndose como tal al ciudadano que, por el rol o situación en que está inmerso dentro de una organización criminal, opera para proporcionar las evidencias incriminatorias del ilícito penal.

Deberá conocer los plazos establecidos en el NCPP y tener la experiencia necesaria para cumplir con los requerimientos de la justicia. Ambas partes pueden designar los peritos de parte que consideren necesarios (Artículo 177°, 1 del NCPP).

3.3. Etapa intermedia

Para Binder (1999), “la etapa intermedia se funda en la idea de que los juicios deben ser preparados convenientemente y se debe llegar a ellos luego de una actividad responsable; el juicio es público y ello significa que el imputado deberá defenderse de la acusación en un proceso abierto, que puede ser conocido por cualquier ciudadano”.

La preparación para el juicio hace que el perito médico tenga que leer y conocer el expediente, debido a que allí se encuentran las incertidumbres que tienen las partes y el juez, motivo de debates periciales, por ende, las preguntas más probables que le harán al momento de estar frente al tribunal.

En la etapa intermedia el fiscal con lo actuado debe valorar si realiza acusación o se exime de ella. Los peritos, la parte acusada y el juez estarán a la espera de lo que decida el fiscal, siendo este plazo de 15 días (Artículo 344°, 1 del NCPP).

Si bien los peritos participantes, por sus hallazgos en las pericias realizadas tienen una idea de los hechos acontecidos, no pueden interferir directamente en la decisión fiscal. Si una de las partes no está de acuerdo con la disposición dada, puede manifestar su desacuerdo ante el juez quien en una audiencia escuchará los fundamentos de ambas partes, para luego mediante resolución manifestar un veredicto.

3.3.1. Sobreseimiento: Es el archivamiento del caso. El NCPP establece las causas para que el fiscal puede determinar el sobreseimiento.

Artículo 344°, 2 del NCPP: a) El hecho objeto de la causa no se realizó o no puede atribuírsele al imputado; b) El hecho imputado no es típico o concurre una causa de justificación, de inculpabilidad o de no punibilidad; c) La acción penal se ha extinguido; y, d) No existe razonablemente la posibilidad de incorporar nuevos datos

a la investigación y no haya elementos de convicción suficientes para solicitar fundadamente el enjuiciamiento del imputado.

El perito médico en esta etapa no tiene ninguna participación directa, son sus pericias que pueden dar luz al fiscal para comprender que no existió delito. El fiscal pondrá en conocimiento su decisión al juez de la investigación preparatoria, quien dará a conocer de esta decisión fiscal a las partes en un plazo de 10 días (Artículo 345°, 1 del NCPP). Como se comentó anteriormente, si una de las partes no está de acuerdo, considerando como fundamento la falta de alguna diligencia pericial u otra causa lo hará conocer al juez (Artículo 345°, 2 del NCPP), quien después de una audiencia, con participación y exposición de las partes, emitirá una resolución en un plazo de tres días (Artículo 345°, 3 del NCPP).

El sobreseimiento es el freno que se da a la acusación penal, al no existir un fundamento de culpa no es compatible vulnerar los derechos fundamentales del acusado, no hay lógica ni razonamiento legal que fundamente llegar a un juicio oral. El acusado recupera todos los beneficios de libertad, se le levantarán las medidas coercitivas, personales y reales, que se le hubieren expedido en su contra (Artículo 347°, 2 del NCPP).

El juez con la decisión del fiscal de sobreseimiento tiene un plazo de 15 días para un pronunciamiento. Si está de acuerdo con el fiscal dicta auto de sobreseimiento (Artículo 346°, 1 del NCPP). El auto de sobreseimiento debe contener:

Artículo 347° del NCPP: a) Los datos personales del imputado; b) La exposición del hecho objeto de la Investigación Preparatoria; c) Los fundamentos de hecho y de derecho; y, d) La parte resolutive, con la indicación expresa de los efectos del sobreseimiento que correspondan.

Pero si el juez no está de acuerdo con la decisión del fiscal de archivar el caso, mediante una resolución judicial exponiendo sus motivos, elevará los actuados al fiscal superior para que ratifique o rectifique la decisión fiscal (Artículo 346°, 1 del NCPP). En plazo de 10 días el fiscal superior dará una respuesta (Artículo 346°, 2 del NCPP). Si su decisión es por el auto de sobreseimiento el juez sin trámite alguno

dictará el auto de sobreseimiento (Artículo 346°, 3 del NCPP). Si por el contrario está en contra de la decisión fiscal de archivamiento, el fiscal superior ordenará a otro fiscal realizar acusación (Artículo 346°, 4 del NCPP). Por su parte, el juez de la investigación preparatoria complementa lo anterior disponiendo la realización de una nueva investigación suplementaria, con plazos y diligencias que el nuevo fiscal debe realizar (Artículo 346°, 5 del NCPP). Contra el auto de sobreseimiento procede recurso de apelación, el cual no impide la inmediata libertad del imputado a quien favorece (Artículo 347°, 3 del NCPP). Es considerado de carácter definitivo y tiene autoridad de cosa juzgada.

El auto de sobreseimiento puede ser total o parcial:

Artículo 348°, 1 del NCPP: El sobreseimiento será total cuando comprende todos los delitos y a todos los imputados; y parcial cuando sólo se circunscribe a algún delito o algún imputado, de los varios que son materia de la Disposición de Formalización de la Investigación Preparatoria.

En el caso del acusado cuyo caso fue archivado parcialmente, se continuará proceso judicial respecto de los demás delitos.

3.3.2. Acusación: Si el auto de sobreseimiento no se da, decidiéndose por la acusación, ya sea por decisión fiscal o imposición del fiscal superior, el caso pasa objetivamente y bajo los principios de la lógica a juicio oral, en donde sin vulnerar los principios de la defensa se llegará a una sentencia final.

La acusación fiscal debe contener:

Artículo 349°, 1 del NCPP: a) Los datos que sirvan para identificar al imputado; b) La relación clara y precisa del hecho que se atribuye al imputado, con sus circunstancias precedentes, concomitantes y posteriores. En caso de contener varios hechos independientes, la separación y el detalle de cada uno de ellos; c) Los elementos de convicción que fundamenten el requerimiento acusatorio; d) La participación que se atribuya al imputado; e) La relación de las circunstancias modificatorias de la responsabilidad penal que concurren; f) El artículo de la ley

penal que tipifique el hecho, así como la cuantía de la pena que se solicite; g) El monto de la reparación civil, los bienes embargados o incautados al acusado, o tercero civil, que garantizan su pago y la persona a quien corresponda percibirlo; y, h) Los medios de prueba que ofrezca para su actuación en la audiencia. En este caso presentará la lista de testigos y peritos, con indicación del nombre y domicilio, y de los puntos sobre los que habrán de recaer sus declaraciones o exposiciones. Asimismo, hará una reseña de los demás medios de prueba que ofrezca.

El fiscal acusa al imputado del delito teniendo evidencias objetivas que pueden ser explicadas, demostradas y debatidas en el juicio oral, dentro de las cuales están todas las pericias emitidas por el perito médico, quien está a la espera de su llamado para ratificación y luego debate pericial si existiera una pericia contraria. El fiscal logra acusar al imputado, mediante las pericias realizadas el investigado es colocado en la escena del delito, el rol que cumplió y las circunstancias de los hechos mediante las diligencias realizadas previamente, siendo ahora el momento de calificar su conducta mediante un diagnóstico jurídico, sobre el cual también se basará la defensa (Artículo 349°, 3 del NCPP).

Las partes, al ser notificadas de la acusación, tienen un plazo de 10 días para poder solicitar su corrección. Si se evidenciara algún defecto formal deben proponer nuevo medio de prueba, solicitar nueva o revocar alguna medida de coerción, solicitar actuación de prueba anticipada, pedir sobreseimiento, instar aplicación de criterio de oportunidad, brindar una lista de testigos y peritos a ser convocados para el debate, objetar reparación civil o plantear medidas que puedan beneficiar el juicio oral (Artículo 350° del NCPP).

La prueba anticipada se basa a lo descrito en el NCPP en sus artículos 242 y 243. Por ejemplo, si el testigo o perito, por su grave estado de salud requiere ser examinado de manera urgente, por posibilidad de pérdida de su testimonio para el juicio oral. También se da si existe la posibilidad de cambio de versión, ya sea por amenazas o promesa de dinero por parte del perito o testigo.

En la etapa de acusación el fiscal brinda la lista de peritos, dando el nombre, domicilio donde serán notificados, pudiendo ser el lugar laboral, domicilio real o domicilio del abogado. Actualmente, existen peritos que realizaron pericias como peritos oficiales, pero que al renunciar a la institución del Estado no pueden ser ubicados circunstancias que dificultan la acción fiscal en el juicio oral.

3.3.3. Audiencia Preliminar: Una vez presentados todos los medios de prueba, escritos de requerimiento procesal, el juez de la Investigación Preparatoria señalará el día y hora para la realización de una audiencia preliminar, la que deberá fijarse en un plazo no menor de cinco días ni mayor de veinte (Artículo 351°, 1 del NCPP).

El perito no tiene la obligación de asistir. A cargo está el juez de la investigación preparatoria, con participación de las partes involucradas, por eso no puede instalarse la audiencia sin la presencia del fiscal ni el abogado defensor (Artículo 351°, 1 del NCPP). No se admitirán nuevos escritos (Artículo 351°, 2 del NCPP). Si se admite prueba anticipada. El juez puede devolver la acusación y suspenderá la audiencia por cinco días si existen errores en el mismo (Artículo 352°, 2 del NCPP).

En esta etapa es donde se evalúa la acusación fiscal, si existe alguna observación del juez, esta debe ser subsanada por el representante del MP, la parte acusada puede solicitar el sobreseimiento del caso siempre y cuando esté debidamente fundamentado (Artículo 352°. 4). Si no existe ninguna observación o se subsana las existentes se admite los medios de pruebas requiriendo para tal caso:

Artículo 352°, 5 del NCPP: a) Que, la petición contenga la especificación del probable aporte a obtener para el mejor conocimiento del caso; y b) Que, el acto probatorio propuesto sea pertinente, conducente y útil. En este caso se dispondrá todo lo necesario para que el medio de prueba actúe oportunamente en el juicio. El pedido de actuación de una testimonial o la práctica de un peritaje especificará el punto que será materia de interrogatorio o el problema que requiere explicación especializada, así como el domicilio de los mismos. La resolución que se dicte no es recurrible.

En la audiencia preliminar el juez otorgará la palabra primero al fiscal, quien expondrá los motivos y sustento de su acusación, posteriormente intervienen las partes (la defensa del acusado, defensa del actor civil y defensa del tercero civil). El perito no interviene, sin embargo, esta audiencia da parámetros que el perito debe valorar, debido a que su participación, interrogatorio y contrainterrogatorio circunda alrededor de esta fase.

3.3.4. El auto de enjuiciamiento: Es el producto de la audiencia preliminar, contiene los nombres de los imputados y agraviados, el delito materia de acusación fiscal, los medios de prueba admitidos (Ej. peritajes realizados por el perito médico), el señalamiento de las partes constituidas en el proceso y el orden de envío de los actuados al juez (Artículo 353° del NCPP). El juez de la Investigación Preparatoria hace llegar al juez penal la resolución y los actuados dentro de las 48 horas de la notificación de auto enjuiciamiento (Artículo 354°, 2 del NCPP).

Las partes son notificadas del auto enjuiciamiento, el perito médico tampoco participa en esta etapa. Pero sus pericias después de ser admitidas están listas para ser expuestas, explicadas y defendidas en la etapa de oralidad judicial. El perito, al concluir esta etapa, sabrá si participará o no en las etapas posteriores.

AUTO DE ENJUICIAMIENTO. - Que, de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 355 y 359 del Código Procesal Penal, recibidas las actuaciones remitidas por el Juzgado de Investigación Preparatoria, corresponde al Juez Penal Unipersonal, citar a juicio dentro del plazo legal, con indicación de la sede del juzgamiento y la fecha de la realización del juicio oral; así como ordenar el emplazamiento de todos los que deben concurrir al juicio (las partes procesales y sus defensores técnicos). En cuanto a la ubicación y comparecencia de los testigos y peritos que hayan propuesto, es obligación del Ministerio Público y de los demás sujetos procesales, ello de acuerdo con el artículo 355.5 del Código Procesal Penal, en concordancia con el artículo 24° del Reglamento de notificaciones,

citaciones, comunicaciones bajo las normas del Código Procesal Penal, aprobado por R.A. 096-2006-CE-PJ⁹.

3.3.5. El auto de citación a juicio: La importancia de esta etapa es porque se indica la sede del juzgamiento, así como la fecha para la realización del juicio oral, la cual será la más próxima, no menor a diez días (Artículo 355°, 1 del NCPP). Los peritos médicos, brindados por las partes, deben concurrir al juzgado según día y hora de citación, debiendo llevar consigo las herramientas que vea por conveniente para que su exposición sea la más adecuada, entendible y sobre todo creíble, basado en conocimiento científico en términos sencillos.

El Juzgado Penal ordenará el emplazamiento de todos los que deben concurrir al juicio. Cuando se estime que la audiencia se prolongará en sesiones consecutivas, los testigos y peritos podrán ser citados directamente para la sesión que les corresponda intervenir. Será obligación del MP y de los demás sujetos procesales coadyuvar en la localización y comparecencia de los testigos o peritos que hayan propuesto, pudiendo emplazar bajo apercibimiento o declarando reo contumaz en caso de incomparecencia injustificada (Artículo 355°, 1, 2, 3, 4, 5 del NCPP).

3.4. El Juzgamiento – Juicio Oral

Es la etapa principal del proceso, se realiza sobre la base de la acusación (Artículo 356°, 1 del NCPP). Se rige principalmente por la oralidad, la publicidad, la inmediación y la contradicción en la actuación probatoria. La audiencia se desarrolla en forma continua y podrá prolongarse en sesiones sucesivas hasta su conclusión (Artículo 356°, 2 del NCPP). El juez penal o el juez presidente del Juzgado Colegiado dirigirán el juicio y ordenará los actos necesarios para su desarrollo (Artículo 363°, 1 del NCPP).

⁹ Auto de enjuiciamiento: citación a juicio, Formación del Expediente Judicial y Cuadernos de Debate – Segunda Fiscalía Provincial de Puno: Expediente 01456-2010-1-2102-JR-PE-01.

El ámbito que rige el juicio oral será únicamente sobre los fundamentos establecidos por el representante del MP, quien deberá regirse a su acusación fiscal. Esta etapa se rige bajo la atenta mirada del respeto a los tratados internacionales, y las garantías procesales establecidas en el NCPP y las leyes peruanas.

Todas las etapas anteriormente descritas preparan a los intervinientes para el juicio oral; el fiscal y la defensa deben utilizar la mejor estrategia para presentar sus testigos, sus peritos, porque lo que está escrito no tiene ninguna relevancia si no declaran adecuadamente. El juez tomará una decisión basándose en lo que escuche, cómo el perito contesta las preguntas, los argumentos que brinda y la ciencia que sustenta la pericia.

Todas las piezas del rompecabezas del NCPP se ensamblan en el juicio oral, que tiene carácter público (Artículo 357°, 1 del NCPP), salvo que los representantes del juzgado, por motivos específicos, decidan llevarlo en un acto oral total o parcialmente en privado.

Artículo 357°, 1, a, b, c, d: a) Cuando se afecte directamente el pudor, la vida privada o la integridad física de alguno de los participantes en el juicio; b) Cuando se afecte gravemente el orden público o la seguridad nacional; c) Cuando se afecte los intereses de la justicia o, enunciativamente, peligre un secreto particular, comercial o industrial, cuya revelación indebida sea punible o cause perjuicio injustificado, así como cuando sucedan manifestaciones por parte del público que turben el regular desarrollo de la audiencia; d) Cuando esté previsto en una norma específica.

En Puno se han dado juicios orales de carácter privado, en casos de presunta violación sexual en menores de edad, sobre todo al momento de la emisión de la sentencia (Artículo 357°, 5 del NCPP).

El juzgado puede disponer de manera individual o concurrentemente, algunas medidas que permitan llevar adecuadamente el juicio oral, y están estipuladas en el siguiente artículo:

Artículo 357°, 2: a) Prohibir el acceso u ordenar la salida de determinadas personas de la Sala de Audiencias cuando afecten el orden y el decoro del juicio; b) Reducir, en ejercicio de su facultad disciplinaria, el acceso de público a un número determinado de personas, o, por las razones fijadas en el numeral anterior, ordenar su salida para la práctica de pruebas específicas; c) Prohibir el acceso de cámaras fotográficas o de filmación, grabadoras, o cualquier medio de reproducción mecánica o electrónica de imágenes, sonidos, voces o similares, siempre que considere que su utilización puede perjudicar los intereses de la justicia y, en especial, el derecho de las partes

Los juicios sobre funcionarios públicos, delitos de prensa y los que se refieran a derechos fundamentales garantizados por la Constitución son siempre públicos (Artículo 357°, 4 del NCPP). Toda persona tiene el derecho a que su defensa sea pública; por lo tanto, si se cumple con las garantías y las condiciones adecuadas el juez puede permitir el ingreso al público y prensa para que puedan presenciar la audiencia (Artículo 358°, 1 del NCPP). Una condición importante es la prohibición del ingreso a persona que porte arma de fuego u otro medio idóneo para agredir o perturbar el orden. *Tampoco pueden ingresar los menores de doce años*, o quien se encuentra ebrio, drogado o sufre grave anomalía psíquica (Artículo 358°, 2 del NCPP).

El perito médico intervendrá en el juicio oral en el día y hora establecida, en caso de inconcurrencia será llevado bajo apercibimiento, e incluso compulsivamente, o en caso de no concurrir en reiteradas oportunidades dicha prueba quedará desestimada, pudiendo ser denunciado por la parte perjudicada. En caso que el perito se ausente por enfermedad, siendo su declaración trascendental, el juzgado puede suspender la audiencia para trasladarse, conjuntamente con las partes, al lugar donde se encuentre el perito a fin de poder recabar su declaración (Artículo 360°, 4 del NCPP).

El juicio oral se realiza con la presencia de las partes, el acusado no podrá alejarse de la audiencia sin el permiso del juez, si lo obtuviera será representado por su defensor (Artículo 359°, 3 del NCPP). Cuando el abogado defensor se ausente

injustificadamente de la audiencia o no concurra a dos sesiones consecutivas será remplazado por un abogado defensor de oficio (Artículo 359°, 5 del NCPP). Si el fiscal es quien injustificadamente se ausenta de la audiencia en sesiones sucesivas, a la tercera falta será excluido del juicio dando a conocer al fiscal superior para el nombramiento de un nuevo fiscal (Artículo 359°, 6 del NCPP).

Como se evidencia el perito médico tiene una participación, hasta este momento nulo pues su tiempo para comparecer en el juicio oral aún no ha llegado, sigue esperando el día y la hora establecida por el juzgado, la cual se encuentra expresa en la hoja de notificación. Por el momento, debe tomar las medidas necesarias para que cuando le llegue su momento lo realice de la mejor manera, le corresponde haber revisado el expediente, si existiera una pericia contradictoria su deber debió ser el estudiarla de la mejor manera para poder defender la propia. Las inquietudes de los administradores de justicia se dan a conocer en las preguntas realizadas a los testigos, siendo el perito quien debe científicamente establecer una verdad objetiva, alejando cualquier subjetividad de lo que se presume que aconteció alrededor de un delito.

La audiencia únicamente se puede suspender en caso de enfermedad del juez, fiscal, del imputado o su defensor. También por razones de fuerza mayor o en caso fortuito (Artículo 360°, 2 del NCPP). La suspensión no será mayor a ocho días hábiles. Si se prolongara la suspensión se interrumpe el debate y deja sin efecto el juicio (Artículo 360°, 3 del NCPP).

El NCPP tiene como primicia que la audiencia se realiza oralmente, pero se documenta en acta. Al final es firmada por el juez y el secretario, pudiendo las partes e incluso el mismo juez plasmar las observaciones que consideren necesarias (Artículo 361°, 1 del NCPP).

Artículo 361°, 3 del NCPP: Toda petición o cuestión propuesta en audiencia será argumentada oralmente, al igual que la recepción de las pruebas y, en general, toda intervención de quienes participan en ella. Está prohibido dar lectura a escritos presentados con tal fin, salvo quienes no puedan hablar o no lo supieren hacer en

el idioma castellano, en cuyo caso intervendrán por escrito, salvo que lo hagan por medio de intérprete.

Como se entiende, el juez garantiza el ejercicio pleno de la acusación y de la defensa de las partes, puede limitar el uso de la palabra a las partes y a sus abogados (Artículo 363°, 1 del NCPP). El auxiliar jurisdiccional del juzgado es el encargado de adoptar las acciones necesarias para realizar las notificaciones que se han ordenado (Artículo 366° 1 del NCPP), debiendo coordinar la asistencia puntual del fiscal, de las partes, de sus abogados, testigos y peritos (Artículo 366°, 2 del NCPP). En el caso que un acusado, testigo o perito se retire o aleje de la audiencia sin permiso del juez o del juez presidente, se dispondrá que sea traído a la misma por la fuerza pública (Artículo 364°, 1 del NCPP).

Los peritos médicos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú han entablado debates periciales por pericias contradictorias entre ellos mismos, circunstancias que se daban cuando uno de ellos actuaba como perito de parte, contradiciendo al colega de la misma institución, pero ¿Un perito oficial puede actuar como perito de parte? De seguro existe actualmente alguna norma institucional que impida este actuar de los mencionados peritos, pues su labor se desarrolla en exclusividad hacia el apoyo fiscal. Sin embargo, el NCPP describe: que se pueden designar a más de un perito oficial con probabilidad de existir discrepancias, hecho que ocasiona debates durante el juicio oral.

Artículo 180: 1. El Informe pericial oficial será único. Si se trata de varios peritos oficiales y si discrepan, cada uno presentará su propio informe pericial. El plazo para la presentación del informe pericial será fijado por el Fiscal o el Juez, según el caso. Las observaciones al Informe pericial oficial podrán presentarse en el plazo de cinco días, luego de la comunicación a las partes. 2. Cuando exista un informe pericial de parte con conclusión discrepante, se pondrá en conocimiento del perito oficial, para que en el término de cinco días se pronuncie sobre su mérito. 3. Cuando el informe pericial oficial resultare insuficiente, se podrá ordenar su ampliación por el mismo perito o nombrar otro perito para que emita uno nuevo.

4) Preparación para el debate

El perito médico, conocedor de las pericias presentes en el expediente, ha tomado las medidas necesarias para realizar una adecuada exposición de la suya, si requiere de apoyo audiovisual ya lo debe haber preparado. En este momento estará en un ambiente continuo de la sala de audiencia, esperando el llamado para atestiguar (Artículo 370°, 2 del NCPP).

Pero antes de pasar a declarar la audiencia debe ser instalada, para lo cual es necesario la presencia del acusado y su defensor (Artículo 367°, 1 del NCPP). La presencia del acusado es tan necesaria que su concurrencia será bajo apercibimiento de ser declarado reo contumaz (Artículo 367°, 2 del NCPP). Si estuvieran ausente el o los acusados se debe programar nuevo día y hora para la audiencia (Artículo 367°, 3 del NCPP). Para el caso del imputado que se encuentre preso este debe comparecer sin ligaduras, ni presiones, acompañado de efectivos policiales para prevenir riesgo de fuga o de violencia (artículo 367°, 6 del NCPP).

El lugar del juzgamiento es designado por el juzgado penal (Artículo 368°, 1 del NCPP). La audiencia se puede instalar en el lugar donde el acusado que por enfermedad no pueda acudir al lugar de juzgamiento establecido (Artículo 368°, 2 del NCPP). Incluso se puede realizar en ambientes, debidamente preparados, por ejemplo, cuando el inculcado este en algún establecimiento penal (Artículo 368°, 3 del NCPP) o centro hospitalario.

Antes que los peritos pasen a declarar el juez penal verifica la correcta citación de las partes, así como la concurrencia de los testigos y peritos requeridos.

Artículo 369°, 2 del NCPP: [...] La inasistencia de las demás partes y de los órganos de prueba citados no impide la instalación de la audiencia. El Auxiliar Jurisdiccional realizará las acciones conducentes a la efectiva concurrencia de estos últimos en la oportunidad que acuerde el Juez Penal.

Por último, el NCPP establece como se deben disponer las partes en la audiencia de juicio oral:

Artículo 370°, 1 del NCPP: El Juez Penal tendrá a su frente al acusado; a su derecha, al Fiscal y al abogado de la parte civil; y, a su izquierda al abogado defensor del acusado.

5) Desarrollo del Juicio Oral

En muchas circunstancias, Guillermo, al encontrarse en la sala de espera, antes de declarar, se preguntaba ¿Qué sucede en la sala del juicio oral? En uno de sus cuadernillos escribió lo que acontece en ella:

- La audiencia ya está instalada, el juez anuncia los delitos del acusado, su situación jurídica, el delito y el nombre del agraviado (Artículo 371°, 1 del NCPP). El fiscal inicia sus alegatos preliminares exponiendo los hechos de la acusación, la calificación jurídica y las pruebas que ofreció y fueron admitidas. Al concluir lo continúan los abogados del actor civil y del tercero civil quienes exponen sus pretensiones basadas en las pruebas ofrecidas y admitidas. Por último, el abogado defensor expone su argumento de defensa y las pruebas de descargo ofrecidas y admitidas (Artículo 372°, 2 del NCPP). El juez informa al acusado sus derechos, si se declara inocente o culpable, si sucede lo último se termina la audiencia y se procede a dar sentencia, si no es así, continúa la audiencia. Para esto el acusado puede consultar con su abogado defensor (Artículo 372°, 2 del NCPP), pudiendo llegar a un acuerdo con el fiscal con respecto a la pena, para cuyo efecto se suspenderá por breve término la audiencia. Si son varios acusados y solamente admiten los cargos una parte o uno de ellos – lo que se conoce entre los hombres de leyes como *hacerse el burro* - se dicta sentencia a los confesos y se continúa la audiencia con los demás (Artículo 372°, 4 del NCPP), en lo que se considera “la actuación probatoria”.
- Las partes tienen la última oportunidad de ofrecer nuevos medios de prueba, admitiéndose aquellas que las partes han tenido conocimiento con posterioridad a la audiencia de control de acusación (Artículo 373°, 1 del NCPP). Así mismo, queda abierta la posibilidad de poder aceptar, con el

debido argumento, medios de prueba que habían sido rechazados en la audiencia de control de acusación (Artículo 373°, 2 del NCPP).

- Si el juez observara que durante el juicio oral existiera alguna calificación jurídica que no ha sido advertida por el fiscal, está facultado para incluirla debiendo informar al fiscal y al imputado (Artículo 374°, 1 del CPP). El fiscal en esta circunstancia puede solicitar suspensión de la audiencia a fin de mejorar su acusación o presentar nuevas pruebas. Reiniciándose la audiencia en un plazo no mayor de cinco días (Artículo 374°, 3 del NCPP)

5.1. La actuación Probatoria: El perito médico es llamado a sala de audiencia para realizar exposición de su informe pericial, posteriormente será sometido a un interrogatorio y contrainterrogatorio por parte de las partes en conflicto (Artículo 375°, 3 del NCPP). Si fuera necesario se realizará un debate pericial a fin de obtener una mejor explicación de pericias contradictorias. El perito también puede ser interrogado por el juez, en caso que existiera alguna duda (Artículo 375°, 4 del NCPP).

El orden de intervención es el siguiente: primero se examina al acusado, luego a los medios de prueba admitidos, y posteriormente se realiza la oralización de los medios probatorios (Artículo 375°, 1, a, b, c del NCPP). Si el acusado se rehúsa a declarar, el juez le informa que aunque no declare el juicio continúa (Artículo 376°, 1 del NCPP). Es el juez quien después de haber escuchado a las partes, da el orden de intervención de los medios de prueba (Artículo 375°, 2 del NCPP). El acusado es interrogado con el fin de orientar el esclarecimiento de las circunstancias de los hechos, las preguntas deben ser formuladas de manera directa, clara, pertinente, y ser útiles; no admitiéndose preguntas capciosas, impertinentes, las que contengan respuestas sugeridas e incluso repetidas (Artículo 376°, 1, b, c, d). El juez directamente o a solicitud de una de las partes declara pregunta inadmisibles a las que guarden el contexto antes descrito (Artículo 376°; 3 del NCPP). En el mismo contexto será interrogado el perito (Artículo 378°, 2 del NCPP).

Posteriormente se examinan los medios de prueba, dentro del cual están los peritos médicos, lo que se conoce como la “oralización de los medios de prueba”. El perito médico pasa del ambiente continuo al salón de la audiencia de juicio oral para ser examinado por las partes e incluso por el juez. El perito médico es interrogado en muchos casos de la siguiente manera:

- El juez solicitará su identificación, Documento de Identidad Nacional (DNI) u otro documento que acredite la identidad del perito, se solicitará la religión del perito para luego dar juramento o promesa de decir la verdad (Artículo 378°, 1 del NCPP).
- El examen de los peritos se inicia con la exposición breve del contenido y conclusiones del dictamen pericial. Si es necesario se ordenará la lectura del informe pericial. Luego se exhibirá la pericia preguntando al perito si el informe pericial que se muestra fue realizado por él, si corresponde su firma o si ha sufrido alguna alteración. Luego explicará las operaciones realizadas para llegar a las conclusiones emitidas (Artículo 378°, 5 del NCPP).
- El orden del interrogatorio es designado por el juez siendo primero por quien propuso la prueba y luego los restantes. Si el perito no recuerda un hecho descrito por él puede dar paso a la lectura del informe correspondiente, a fin de dar una respuesta con mejor referencia (Artículo 378°, 6 del NCPP).
- Durante el interrogatorio, el perito puede consultar notas, documentos y publicaciones (Artículo 378°, 7 del NCPP).

Artículo 119: 1. Las personas que sean interrogadas deberán responder de viva voz y sin consultar notas ni documentos, con excepción de los peritos y de quienes sean autorizados para ello, incluso los imputados, en razón de sus condiciones o de la naturaleza de los hechos o circunstancias del proceso.

- Cuando el perito médico tiene que exponer su pericia puede utilizar las herramientas auxiliares que vea por conveniente como por ejemplo

presentación en power point, fotos, videos, apuntes, bibliografía u otros datos de importancia para el sustento de la pericia. Con la instalación del NCPP, se han implementado y equipado las salas de audiencias de los administradores de justicia. De ser necesario se puede llevar libros, revistas científicas, así como evidencia debidamente obtenida, embalada y validada mediante la cadena de custodia, denominada como prueba material (artículo 382°, 2 del NCPP). Para el perito médico no existen debates fáciles, no obstante, las complicaciones se dan en mayor posibilidad cuando existe una mala preparación de su parte. Cuando los peritos en debate están adecuadamente preparados defienden sus posiciones de manera concluyente, haciendo del juicio oral un acto jurídico interesante y científicamente de alto nivel.

- Posteriormente, el perito médico será sometido a preguntas de la parte que lo ofreció como prueba, para el caso del médico legista lo interroga primeramente el fiscal, luego el abogado de la defensa. El perito de parte de la defensa será interrogado primeramente por el abogado defensor y luego por el fiscal. El juez puede interrogar a ambos si existiere duda o si requiere de mayor precisión en un punto del peritaje. Siempre, el fin de todo interrogatorio y contrainterrogatorio es confrontar al perito con sus propios dichos u otras versiones de los hechos presentados en el juicio (Artículo 378°, 8 del NCPP).
- El perito debe en todo momento mostrarse coherente entre lo que declara y lo que ha informado por escrito, cualquier contradicción va en contra de su intervención y credibilidad. Si el perito ha dejado más dudas que certezas, el juez puede autorizar un nuevo interrogatorio (Artículo 378°, 10 del NCPP).
- Para pericias contradictorias es necesaria la realización de un debate pericial, ordenándose la lectura de los dictámenes periciales o informes científicos o técnicos que se estimen convenientes (Artículo 378°, 7 del NCPP). Los

testigos y peritos expresarán la razón de sus informaciones y el origen de su conocimiento (Artículo 378°, 9 del NCPP).

- Durante el juicio oral el perito médico tiene que responder preguntas concernientes al caso o razón del juicio. El abogado defensor tratará que el perito oficial entre en contradicciones, es un acto espinoso, donde sale ganador quien tiene la capacidad, la técnica, la estrategia y la destreza, tanto para realizar un adecuado interrogatorio, como para poder responder de manera convincente las preguntas. El fin es poder persuadir al juez, dado que el principio de la verdad real no puede confirmarse con una certeza absoluta.
- Entonces, es inadecuado calificar como verdad real a la “verdad forense” o “verdad procesal” (Golberg. 1994), siendo lo más correcto el término de “verdad aproximativa” o “probabilística”; donde no es cien por ciento valedera. Una verdad judicial que sea “cierta”, “objetiva” o “absoluta”, representa siempre la expresión de un ideal inalcanzable (Konrad H. 1992) (salvo que la evidencia registre el delito en su totalidad).
- El juez modera el interrogatorio y evitará que el declarante conteste preguntas capciosas, sugestivas o impertinentes, y procurará que el interrogatorio se conduzca sin presiones indebidas y sin ofender la dignidad de las personas. Las partes pueden objetar las preguntas que se formulen (Artículo 378, 3 del NCPP).
- Si el perito por un impedimento injustificado no puede acudir a la audiencia, el juez puede examinarlo en el lugar donde se encuentre (Artículo 381°, 1 del NCPP). Para el caso que el perito se encuentre en otro lugar y el juez no pueda trasladarse, se puede examinar al perito por video conferencia (Artículo 381°, 2 del NCPP). Pudiendo también comisionar a otro órgano jurisdiccional para que realice el examen respectivo (Artículo 381°, 3 del NCPP).

- Para el caso que el perito no haya sido ubicado, por desconocimiento de su residencia o muerte, se puede dar lectura de la prueba documental:

Artículo 383°, 1, c del NCPP: Los informes o dictámenes periciales, así como las actas de examen y debate pericial actuadas con la concurrencia o el debido emplazamiento de las partes, siempre que el perito no hubiese podido concurrir al juicio por fallecimiento, enfermedad, ausencia del lugar de su residencia, desconocimiento de su paradero o por causas independientes de la voluntad de las partes. También se darán lectura a los dictámenes producidos por comisión, exhorto o informe.

Importante tener en cuenta:

- Que si el perito por temor al acusado, por ser éste de alta peligrosidad, no puede declarar adecuadamente, el juez de oficio o a solicitud de parte puede ordenar que el acusado no esté en la audiencia durante el interrogatorio (Artículo 380°, 1 del NCPP).
- La prueba material¹⁰ podrá ser presentada a los acusados, testigos y peritos durante sus declaraciones, a fin de que la reconozcan o informen sobre ella. Para el caso del perito médico corresponde a los dictámenes o informes periciales médico legales realizadas.
- Las preguntas dirigidas, subjetivas y ofensivas que el perito médico recibe, tienen el propósito de confundir y/o desacreditar su testimonio. En el juicio oral es considerado por una parte como adversario, siendo tratado como tal. El interrogatorio o contrainterrogatorio dirigido en contra del perito médico, tiende a cuestionar el profesionalismo, su conducta intachable, la idoneidad, su experiencia, la capacidad y sobre todo la técnica científica aplicada que fundamentan las conclusiones planteadas en su informe pericial. Para la parte afin al perito, dicho informe pericial es una evidencia elemental,

¹⁰ Los instrumentos o efectos del delito, y los objetos o vestigios incautados o recogidos, que obren o hayan sido incorporados con anterioridad al juicio, serán exhibidos en el debate y podrán ser examinados por las partes (Art. 382.1).

debiendo ser defendida como tal, siendo función del letrado contrarrestar, objetar las preguntas que intentan desacreditar la pericia y/o al perito. Cualquiera sea la posición del perito médico en el juicio oral, conocer las técnicas del interrogatorio es fundamental para desenvolverse de manera adecuada, lo cual se logra mediante una vida cotidiana pericial.

- El perito médico está obligado a tener una conducta intachable, estar debidamente habilitado en el ejercicio profesional, no estar como deudor en Información de Riesgo Crediticio en el Mercado Peruano (INFOCORP)¹¹, no tener deuda con la Superintendencia Nacional Tributaria (SUNAT)¹², debe evitar tener procesos administrativos institucionales con sentencia condenatoria, entre otros desprestigios, motivos para ser considerado una persona incorrecta.

5.2- Acreditación del perito

Al ser considerado como auxiliar para los órganos que administran justicia, su primer deber es acreditarse como tal.

[...] Teniendo en cuenta que el perito es la persona que, teniendo conocimientos especializados de tipo científico, técnico, o simplemente práctico, es llamado al proceso para las máximas de experiencia precisas que el juzgador no posee y así facilitar la comprensión del objeto de litigio y la concreta apreciación de hechos determinantes, en un caso, de la resolución del litigio (Borobia. 2006).

Guillermo citó un caso en el que se realizaba una exhumación por presunto asesinato, donde la parte acusada acreditó a un perito como antropólogo. El fiscal solicitó información al Colegio Profesional de Antropología, quien respondió que no existía ningún profesional antropólogo colegiado con los datos de la persona que acudió a la diligencia.

¹¹ Siendo la central de riesgo más importante del Perú, maneja la información de deuda de cada peruano.

¹² Organismo técnico especializado de Perú, encargada de recaudar los impuestos, por ende pertenece al Ministerio de Economía y Finanzas.

Durante la audiencia de juicio oral, el fiscal o la defensa darán la opción, en caso corresponda, a que el perito médico se acredite oralmente. Podrá exponer sobre sus estudios y grados académicos obtenidos, experiencia como perito, la especialidad médica que acredite, entre otros estudios que brinden la credibilidad y el sustento de la pericia médica realizada. Para un perito en debate es importante contar con la certeza moral¹³ y la razón de la verosimilitud¹⁴, porque la prueba pericial es un medio concreto de experiencia, que aporta conocimientos especializados para que el órgano jurisdiccional pueda valorar los hechos o circunstancias relevantes del debate o simplemente adquirir certeza de ellos; por tal motivo se considera a la pericia como un acto profesional judicial (González y Sánchez, 2004).

Para el delito contra la integridad sexual, la actuación del perito médico legista y la del médico especialista en ginecología es controvertida ¿Quién es más idóneo para realizar la pericia? La función clínica de la ginecología no abarca rutinariamente el himen de la mujer, en cambio, las ciencias forenses contemplan el estudio de la himeneología, cuya tesis es la evaluación exhaustiva del himen, estudio de gran importancia para la determinación del delito contra la libertad sexual, pan de cada día para el médico legista. La especialidad de ginecología y obstetricia es la rama de la medicina que estudia todos los aspectos de la anatomía, fisiología y patología del aparato genital y reproductor de la mujer, abarcando además los procedimientos, técnicas de diagnóstico y tratamiento. El perito médico legista definitivamente frente a un ginecólogo, no perito médico, tiene mayor ventaja por la experiencia de evaluaciones médico legales de este tipo. Lo idóneo es que exista un perito en cada rama de la medicina humana, o que las sociedades médicas se involucren decididamente en la medicina legal, debiendo estar preparadas al momento de ser convocadas para discernir sobre un hecho de sus especialidades.

¹³ Cuando el perito está convencido de un hecho.

¹⁴ Es el valor de la probabilidad o grado de certeza de una prueba.

6) ¿Qué sucede si un perito no acude a declarar?

El perito médico puede ser sancionado por no acudir en reiteradas oportunidades a brindar su declaración. El juez puede ordenar que sea conducido compulsivamente y ordenará a quien lo propuso colabore con la diligencia. Si el perito no puede ser localizado para su conducción compulsiva, el juicio continuará con prescindencia de esa prueba (Artículo 380° del NCPP). Los peritos que no puedan concurrir a la sala de audiencias por un impedimento justificado, serán examinados por el juez en el lugar donde se hallen. Si se encuentran en lugar distinto al del juicio, el juez se trasladará hasta el mismo o empleará el sistema de vídeo conferencia. En casos excepcionales, el juez comisionará a otro órgano jurisdiccional para la práctica de la prueba, pudiendo intervenir en la misma los abogados de las partes, el acta deberá reproducir íntegramente la prueba y, si se cuenta con los medios técnicos correspondientes, se reproducirá a través de video, filmación o audio (Artículo 381° del NCPP). Para el caso del perito oficial, su no participación de manera reiterativa es motivo de proceso administrativo y destitución.

7) Los alegatos finales

Una vez concluida la participación del perito médico en el juicio oral, y habiéndose retirado de la sala, la audiencia continúa. Una etapa casi final del juicio oral son los alegatos finales, tanto por parte del fiscal, abogado del actor civil, del tercero civil, del abogado defensor y del mismo acusado, quien emite su autodefensa.

También, si el agraviado quiere exponer, se le concederá la palabra, para luego el Juez declarar cerrado el debate (Artículo 386 del NCPP).

Si el actuar del perito médico no se adecúa a la verdad, causando daño a un tercero, el abogado de la parte civil puede argumentar y solicitar reparación civil; si es delictuoso el actuar del perito puede ser tipificado como delito para luego ser sujeto a un proceso penal.

Lo que prosigue posteriormente es de competencia única para las partes en conflicto, siendo el juez quien en última instancia concluirá en una sentencia

condenatoria o absolutoria. Si la sentencia, por ejemplo, es condenatoria se puede apelar dicha decisión, se llega a otra audiencia denominada audiencia de apelación, en donde de ser necesario se puede llamar a los medios de prueba en segunda instancia, admitiéndose únicamente los que no se pudieron proponer en primera instancia por desconocimiento de su existencia; los propuestos que fueron indebidamente denegados, siempre que hubiere formulado en su momento la oportuna reserva; y los admitidos que no fueron practicados por causas no imputables a él.

8) El caso pendiente

Guillermo, al conocer las etapas del NCPP, supo que la denuncia en su contra se había iniciado en las etapas del NCPP, y que la investigación preliminar estaba en camino. Acudió a la oficina fiscal en compañía de su abogado, respondió las preguntas que le formularon sin ningún titubeo, no ocultaba nada porque no existió delito. Al término de la diligencia lo único que se había perdido fue tiempo de trabajo, porque la quejosa nunca pidió disculpas, el diario nacional jamás se rectificó, se tenía que realizar un trámite para tal fin; por un buen tiempo dicha noticia se observaba en las principales páginas de búsqueda de internet.

Estas etapas del NCPP hacen que el delito tenga sentencia en un tiempo más corto, pero nadie está libre de estar fuera de estas páginas, siempre se debe estar a la expectativa y conocer que aún hay más de lo que se piensa, como se verá más adelante.

BIBLIOGRAFÍA

Binder A. (1999). Introducción al Derecho Procesal Penal (2da Edición). Buenos Aires, Argentina. Editorial: Ad Hoc. Pág. 245

Borobia C. (2006). Valoración del daño Corporal: Legislación, metodología, y prueba pericial médica. Barcelona, España: Editorial Elsevier - Masson. Pág. 26

Golberg, S. H. (1994). Mi primer juicio oral: ¿Dónde me siento? ¿Y qué diré? (1º Edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial Heliasta.

Gonzáles F. y Sánchez D. (2004). El Nuevo Código de la Niñez y de la Adolescencia y la prueba material del ADN (Ácido Desoxirribo Nucleico). Quito, Ecuador. Editor: Programa Nuestro Niños. Pág. 30

Hesse K. (1992). Escritos de Derecho Constitucional. Madrid, España: Editorial Centro de Estudios Constitucionales.

San Martin Castro, C (2003). Derecho Procesal Penal (2da Edición –Vol. 1). Lima, Perú: Editora Jurídica Grijley, p.470

Capítulo Tercero

EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL Y EL PERITO MÉDICO

SUMARIO

1. Guillermo en un caso médico legal. 2. Nombramiento de perito médico. 3. Impedimento para ser considerado como perito médico. 4. La solicitud, inicio de la labor pericial. 5. Trámite administrativo, la visión del perito médico en el NCPP. 6. El titular del ejercicio de la acción penal. 7. El juramento del perito. 8. El informe pericial. 9. Notificación del perito a juicio oral. 10. Debate pericial.

1) Guillermo en un caso médico legal

En el año 2010, con el NCPP se crearon sedes forenses en las provincias de Puno ingresando a trabajar nuevos peritos médicos. Las sedes de Juliaca y Puno dejaban el monopolio de las pericias del departamento, cediendo la responsabilidad a los nuevos peritos incorporados. Sin embargo, cuando las diligencias eran complejas los peritos médicos de la sede forense de Puno colaboraban con ellos, trabajando de la mano en beneficio de las investigaciones. Cuando Guillermo era enviado a brindar apoyo, cargaba un maletín negro con instrumental necesario para sus procedimientos. Para estas diligencias siempre iba acompañado de un equipo forense, usualmente conformado por un perito antropólogo, un biólogo, un químico,

un técnico necropsiador y si fuera posible un perito médico más. También eran parte los médicos que quisieran estar presente en dichas diligencias.

En una oportunidad acudió a la exhumación de un recién nacido, debido a la incertidumbre fiscal por versiones contradictorias sobre las causas de la muerte del pequeño. La madre refería haberlo escuchado llorar al momento del parto, mientras que el personal de salud alegaba que nació cadáver. Al realizar la necropsia de ley, los peritos reportaron lesión cervical; además de signos tanatológicos en pulmones que indicaban haberse producido intercambio ventilatorio. Con los hallazgos el informe pericial concluyó que el feto había nacido vivo falleciendo por lesión cervical. Para los casos médicos legales la labor pericial es crucial sobre todo en esta nueva etapa procesal en donde se debe llevar un orden, respetando los principios de autoridad, teniendo en cuenta la ética médica, el lenguaje forense y el conocimiento médico que corresponda.

Con el NCPP, la labor pericial debe tener un inicio y un final, el perito médico debe conocer el rol que desempeña en esta nueva etapa, aprendiendo a desenvolverse de manera correcta sin transgredir sus funciones, respetando los plazos y las atribuciones que se le otorga. Existen parámetros legales que deben ser seguidos en la elaboración de un informe pericial, su no aplicación crea un desatino debatible al momento de la sustentación, conllevando a un seguro fracaso y mala reputación pericial.

2) Nombramiento de perito médico

Gisbert C. (1998) considera perito *“a toda persona con conocimientos especiales y cuyo concurso es requerido para ilustrar y asesorar a los jueces o tribunales, cuya función se denomina informe pericial”*.

El NCPP estipula que no existe discriminación para el nombramiento de perito, cualquier profesional médico puede ser perito (Artículo 173°, 2 del NCPP). Existen considerables motivos para la actuación del perito médico, sobre todo los médicos especialistas, quienes son llamados a fin de emitir una pericia médico legal de

especialidad. En el Instituto de Medicina Legal existe deficiencia de peritos médicos especialistas, debido a lo cual los administradores de justicia solicitan apoyo de entidades de salud como el MINSA o ESSALUD. Un ejemplo es cuando se requiere determinar incapacidad mental, debido a que el Código Penal del Perú en su artículo 15, contempla el error de comprensión cultural condicionado, entendido como tal:

“[...] la persona que comete un hecho punible o delito sin comprender el carácter delictuoso de su acto o determinarse de acuerdo a esa comprensión, será eximido de responsabilidad”.

Esta contemplación legal es tomada como una estrategia de defensa, con la hipótesis que el imputado realizó el delito por padecer alguna patología psiquiátrica. Circunstancia para que los administradores de justicia soliciten apoyo diagnóstico a médicos especialistas en psiquiatría.

La responsabilidad de escoger y nombrar un perito médico pasa por llamar al profesional que será de mayor utilidad para la investigación de un presunto delito; por lo tanto, debe tener el conocimiento y la experiencia que la duda judicial plantea, motivo de su participación. Para el caso del médico especialista cuya vida cotidiana no es la forense, su principal fortaleza puede estar en asesorar adecuadamente a un perito acreditado, aminorando las dificultades que pueda tener al momento de realizar su informe pericial. Ambas partes, en conflicto, pueden brindar peritos que apoyen sus coartadas, siendo deber del juez de la investigación preparatoria solicitarlos en caso de prueba anticipada.

Si bien en la mayoría de casos se requiere únicamente un perito, el NCPP estipula que se puede solicitar dos o más peritos y su auxilio será gratuito (Artículo 173°, 1 del NCPP). Sin embargo, el perito puede percibir honorarios que se fijarán con arreglo a la tabla de Honorarios aprobada por Decreto Supremo y a propuesta de una Comisión Interinstitucional presidida y nombrada por el Ministerio de Justicia (Artículo 174°, 2 del NCPP).

En Puno existen diferentes médicos especialistas distribuidos en las diversas ramas de la medicina humana, pero ¿Cuántos de ellos tienen la experiencia pericial? De seguro que si son requeridos por los administradores de justicia tratarán de no involucrarse, apelando a que existen peritos oficiales o médicos especialistas en el Instituto de Medicina Legal del Perú, hecho que no se adecúa a la verdad por el déficit de peritos médicos oficiales especialistas, sobre todo en especialidades que suelen ser poco requeridas para la labor forense. Las especialidades médicas más usuales en el Instituto de Medicina Legal del Perú son: medicina legal, ginecología, psiquiatría, patología e imagenología.

En la región de Puno, por su geografía, encontramos distritos o caseríos alejados que no cuentan con la presencia de un perito médico oficial. Los administradores de justicia, ante esta eventualidad y cuando se produce un presunto delito con implicancia médico legal, recurren a médicos cirujanos serumistas de la localidad. El cargo de perito es obligatorio, no se puede negar el auxilio pericial solicitado por el juez o fiscal, salvo un impedimento legítimo.

Gisbert C. (1998), “[...] el perito que sin alegar excusa fundada deja de acudir al llamamiento del Juez o se niega a prestar informe incurrirá en las responsabilidades que el Código Penal señala para los testigos.”

La justicia peruana requiere de peritos experimentados con el conocimiento que guía la práctica y la vida en el arte pericial, si un profesional no cuenta con estas credenciales puede conllevar al fracaso en las investigaciones. Uno de los principales motivos para el error en la administración de justicia es la participación del perito médico que carece de estas cualidades, peor aún si el presunto delito recae en lo complejo.

El médico cirujano de por si es un experto capaz de apoyar a la justicia, si bien existen pericias que desconoce, no puede negarse en acudir a brindar asesoramiento a los administradores de justicia. Más que un desconocimiento, la no colaboración puede ser considerada como una obstrucción a la justicia o desobediencia a la autoridad. La decisión final para la participación o exclusión de

un perito médico recae en los administradores de justicia y las partes intervinientes, por lo que el médico es vulnerable a ser llamado o rechazado como tal. El médico cirujano serumista, sobre todo los que trabajan en los lugares más alejados del país, por ser el único experto en la zona es requerido como perito. Sin embargo, la inexperiencia en la labor pericial lo hacen blanco perfecto para el nerviosismo, la duda y el error.

La primera necropsia de ley que Guillermo practicó fue en su labor como médico cirujano serumista. El caso definitivamente era complicado y de haberse presentado en una ciudad como Lima hubiese repercutido en los medios de comunicación. Se trataba de una niña de seis meses que posterior a ser vacunada fallece en su domicilio. El teniente alcalde y el juez de Paz le solicitaron realizar la necropsia de ley. Si bien Guillermo no se negó, lo invadió la incertidumbre ¿Qué diablos hago ahora? Al realizar la necropsia de ley lo único que hizo fue tomar muestras de todos los órganos y entregárselas a las autoridades. Nunca le dieron resultados ni tampoco fue llamado a declarar. Si bien no es dable negar el apoyo, es también de justicia reconocer limitaciones, el caso antes detallado es un ejemplo que debió ser realizado por un perito con experiencia.

Casos complejos que se puedan relatar son muchos, el médico cirujano debe valorar si está en las condiciones de asesorar a la justicia, sobre todo en presuntos delitos por agresión sexual, necropsias de ley, levantamiento de cadáveres, casos por asfixia mecánica, manejo de escena del crimen, abortos, tortura, y negligencias médicas. El médico cirujano, especialmente el serumista, debe asumir de manera responsable que no todo lo puede o debe realizar, es preferible esperar la llegada de un equipo forense con experiencia. Sin embargo, tampoco es correcto negarse a todo, existen diligencias que por su baja complejidad se pueden realizar, por ejemplo: determinar presencia de lesiones, confirmar y brindar el diagnóstico de muerte, determinar estado nutricional, establecer signos probables de gestación, edad gestacional, determinación de sexo, determinar edad aproximada basada en el desarrollo sexual de Turner, entre otros.

No existe ninguna especialidad de medicina humana que guarde la patente única del término perito, ni con los contenidos al completo de lo que necesitaría un perito para el ejercicio de esa actividad (Borobia, 2007, pág. 153).

El término de especialista en medicina legal determina al profesional médico con conocimiento médico, jurídico, deontológico, ético, del derecho médico y jurisprudencia. Cuenta con la experiencia y la capacidad de resolver cuestiones médico legales, realizar investigaciones en el campo forense, organizar y gestionar servicios en medicina legal, además de tener destreza propia de la especialidad. Pero la medicina legal, a veces, no resuelve todos los conflictos médico legales, en diversas circunstancias se requiere de apoyo de otras ciencias. Por ejemplo, en las lesiones halladas en restos óseos es preciso contar con el apoyo de expertos en las ciencias físicas y de la antropología para brindar mejores y amplias conclusiones. Por ende, un perito médico al realizar un informe pericial, no debe cegarse únicamente desde su perspectiva médica, recomendándose valorar todas las ciencias que pueden intervenir para una adecuada explicación y sustentación de conclusiones. El perito médico experto es conocedor del derecho y de las ciencias que involucran las ciencias forenses y criminalísticas. Por ende, ¿Los peritos médicos del Perú cumplen esta formación forense? Requisito indispensable que establece el NCPP para ser llamado en apoyo judicial. La respuesta la tienen los magistrados y los propios representantes del MP, e IML de quienes depende actualmente la Medicina Legal del Perú.

Guillermo pensaba que un diplomado a distancia de seis meses lo convertiría en perito, nada más erróneo y descabellado porque con la labor forense no se juega, ni se otorga al erudito más calificado, debe estar acompañada de una adecuada práctica en la vida pericial.

Borobia, (2006) “[...] si un médico actúa en un campo que desconoce es ignorancia que lo pueda llevar a ser denunciado por daños ocasionados en su irresponsabilidad.”

Por este motivo, en Puno y en otros lugares del Perú recae en la incertidumbre la participación de peritos no especialistas en hechos de investigación que son alejados de su práctica diaria; al no poseer la experiencia, el conocimiento, ni la práctica diaria podría ser catalogado como ¿Mala praxis?

El deseo de Guillermo era ser especialista en Medicina Legal, era un tema de todos los días, estaba cansado de que en los juicios siempre la primera pregunta fuese si era o no especialista. Lamentablemente no lo era, quizá podría pasar años en la institución sin poder responder afirmativamente a esta interrogante.

Este panorama debe cambiar cuando se otorguen títulos de especialista en medicina legal, sea por competencias o residentado médico a quienes realmente acrediten estar aptos para ejercer la labor forense con carácter, conocimiento y dedicación científica.

Instituciones como el MINSA y ESSALUD cuentan con médicos especialistas en diferentes ramas médicas, capaces de brindar el asesoramiento y auxilio cuando lo requieran los administradores de justicia, motivo para estar capacitados en la realización de informes periciales.

3) Impedimento para ser considerado como perito médico

Guillermo, en uno de sus apuntes nos menciona la experiencia de un médico serumista quien se rehusó a brindar apoyo a los administradores de justicia por ser testigo presencial del delito, no podía ser testigo y perito al mismo tiempo, siendo esta una decisión correcta. No obstante, se han dado otras circunstancias en donde el médico, sin ninguna justificación, se negó a desarrollar esta función siendo denunciado y sometido a investigación.

El NCPP contempla impedimentos y subrogación del perito, debiendo estar debidamente fundada con pruebas o documentación pertinentes. El perito médico designado tiene la obligación de ejercer el cargo, salvo que esté incurso en alguna causal de impedimento dado a conocer oportunamente (Artículo 174°, 1 del NCPP).

En caso de no hacerlo las partes pueden tacharlo en cualquier momento del proceso judicial. Estos impedimentos son:

Artículo 165°, 1 del NCPP: Si el perito es cónyuge del imputado o guarde parentesco dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo grado afinidad, y aquel que tuviera relación de convivencia con él. Se extiende esta facultad, en la misma medida, a los parientes por adopción, y respecto de los cónyuges o convivientes aun cuando haya cesado el vínculo conyugal o convivencial.

Artículo 175°, 1 del NCPP: El perito nombrado como perito de parte en un mismo proceso o en proceso conexo.

Artículo 175°, 1 del NCPP: El médico que este deshabilitado o suspendido de ejercer la profesión médica.

Artículo 175°, 1 del NCPP: El médico que haya sido testigo del hecho objeto de la causa.

Art. 175.3 del NCPP: El perito también puede ser subrogado, previo apercibimiento, si demostrase negligencia en el desempeño de la función.

Art. 165.2.a del NCPP: El secreto profesional, el médico no puede ser obligado a declarar sobre lo conocido por razón del ejercicio de su profesión, salvo los casos en los cuales tengan la obligación de relatarlo a la autoridad judicial. Con excepción de ministros de cultos religiosos, no podrán negar su testimonio cuando sean liberadas por el interesado del deber de guardar secreto.

Art. 165.2.b del NCPP: Si un médico como funcionario público conocedor de un secreto de estado, información clasificada, tiene la obligación de comunicárselo a la autoridad que lo cite¹⁵.

Un perito médico designado, pero que por razones sustentadas su participación en un caso es subrogada o tachada, esto no impide que presente el informe pericial (Artículo 165°, 2 del NCPP).

¹⁵ Art. 165.2.b del NCPP.

Algunos autores agregan los siguientes impedimentos:

“Cortes y Ortega, (1996, pág. 23) [...] Que, exista amistad íntima o enemistad grave entre algunos de los sujetos procesales y el funcionario judicial. Si el perito no se declara impedido y deja de actuar, se impondrá al funcionario o empleado que no se declara impedido, una multa hasta el equivalente a diez meses de salario mínimo, la sanción será impuesta de plano por su respectivo superior jerárquico, sin perjuicio de las sanciones penales”. No podemos esconder que el médico está en constante roce social, pero cuando es requerido como perito debe ser objetivo e imparcial.

C. Romo (1997, pág. 177 - 178), hace referencia que la fuerza del peritaje se basa en la confianza que inspiran los conocimientos y especial habilidad del perito en su labor, recomendando:

- a) La designación del más apto en su rama o especialidad, con experiencia y habilidad práctica.
- b) En caso de alta complejidad se deba designar dos peritos. “Para los casos de autopsia donde informa normalmente un solo perito médico forense, según la reglamentación del Servicio Médico Legal, dicho informe debe ser visado por el médico jefe de la Sección Tanatológica, garantizando así que la gestión pericial se efectúo conforme a las técnicas y principios de la ciencia”.

El profesor Orts (1882), publicó en 1882 un proyecto de un reglamento para médicos forenses de los juzgados de la primera instancia, en él abordaba las deficiencias existentes en el proceso de provisión de las plazas de médicos forenses y la escasa formación exigida para acceder a ellas. Como solución abogaba por la creación de un cuerpo de médicos forenses. Deberían ser doctores o tener aprobada la asignatura de análisis químico, contar con cuatro años de práctica profesional, no tener defectos físicos que impidieran el ejercicio del cargo y no haber estado procesado o inhabilitado. Este proyecto es tomado en el libro de Martínez y col. (2004, pág. 139). De seguro que su aplicación a la realidad peruana sería motivo de controversia.

4) La solicitud, inicio de la labor pericial

La pericia procederá siempre que sea necesaria para la explicación y mejor comprensión de algún hecho o se requiera conocimiento especializado de naturaleza científica, técnica, artística o de experiencia calificada (Artículo 172° del NCPP). El perito médico absuelve inquietudes de los administradores de justicia mediante la emisión de un informe pericial, el cual reunirá los fundamentos lógicos basados en la objetividad, con la mejor evidencia existente, o a falta de ella, con la mejor experiencia o providencia lógica. El perito de parte está facultado a presenciar las operaciones periciales del perito oficial, podrá hacer observaciones y dejar constancias que su técnica le aconseje (Artículo 177°, 2 del NCPP). Si existiera posiciones no coincidentes o discrepancia periciales entre ambos peritos, los dos tendrán que ir a una confrontación pericial, programada como debate pericial en el juicio oral.

De la Cruz Agüero, 2000, pág. 478 “[...] Corresponde unilateralmente al juzgador, quien con base en la facultad arbitral que la ley le otorga, después de realizar un estudio pormenorizado de todos y cada una de las pruebas y hechos que obran en el sumario desde el momento del inicio de la causa, hasta la audiencia de vista o de derecho concatenándolas de una manera lógica, natural e imparcial, cuya conclusión final es el pronunciamiento de la sentencia que conforme a derecho proceda.”

Así como la denuncia es un momento importante para los administradores de justicia, de igual forma es para el perito la solicitud de realizar una pericia, en ambos casos inician una hipótesis o una realidad. El perito se pronuncia según lo solicitado. Una solicitud mal planteada producirá un informe pericial muerto para las investigaciones, sin ninguna productividad para el juicio oral. Por eso el NCPP requiere de un capital humano capacitado, especializado, comprometido y éticamente bien enraizado, que permita coordinaciones sin temor ni dudas entre los mismos, lo que permitirá captar señales presentes en todo proceso judicial. Estas

señales no tienen el perfil para ser consideradas como un espectro radioeléctrico¹⁶, porque pueden ser interpretadas, comprendidas, tanto en su estructura como en su escritura por la audiencia presente en un debate pericial. Definitivamente existirán diversos pareceres, recordemos que para el NCPP existen dos partes en disputa, siendo lo propio el conflicto y su resolución con una parte afectada.

Las características fundamentales que debe poseer una solicitud pericial son: ser clara, precisa, sin ambigüedades y expresar las inquietudes en preguntas, porque toda investigación que debe ser resuelta por el conocimiento científico se inicia con una pregunta bien planteada. El perito absuelve científicamente el pedido, acudiendo a la ciencia que nace por el cuestionamiento del hombre a una realidad. Es poco probable que el perito médico resuelva una incertidumbre judicial si la pregunta no contempla la claridad del planteamiento lógico de la investigación científica. Las conclusiones que se emitan en un informe pericial son conocimiento científico que tiene como fin brindar una respuesta a la disyuntiva judicial planteada en la solicitud pericial; es decir, la ciencia médica responde las interrogantes planteadas, siendo la labor pericial el realizar su búsqueda en los sitios adecuados, para los casos que no tengan explicación científica se acude a la experiencia de verdaderos expertos. Algunas solicitudes, que por desconocimiento de quien las realiza son consideradas fuera del ámbito del perito médico son: a) determinar negligencia médica, b) determinar violación sexual, c) determinar si existió violencia familiar, d) determinar parricidio o asesinato, entre otros, cuya terminología pertenecen al ámbito netamente jurídico, que más que una pregunta son sentencias que deben ser emitida por el juez posterior a una investigación.

La solicitud debe plantearse teniendo como ejemplo los siguientes hechos:

- Para el caso de presunta negligencia médica, si el acto médico cuestionado fue realizado acorde a lo establecido en guías, protocolos o bajo el amparo

¹⁶ El espectro radioeléctrico, es el medio por el cual se propagan las ondas radioeléctricas. Constituye un recurso natural escaso que forma parte del patrimonio de la Nación. (Reglamento de la Ley de Radio y Televisión Artículo 6)

razonable y prudente de un criterio médico que cumplió los estándares de atención y causalidad con el desenlace.

- Para el caso de agresión sexual, si existe o no desfloración himeneal, en el caso de existir determinar si esta fue reciente o antigua. También valorar si existe signos anales que sustenten actos contra natura; además de lesiones en la región para genital y extra genital. De existir lesiones determinar su localización, gravedad, agente causante, mecanismo de producción y si amerita o no incapacidad médico legal, valorando también si se puso o no en riesgo la vida de la persona afectada.
- Si es por lesiones (casos de violencia familiar u otro), determinar días de incapacidad médico legal, el agente causante, si es posible antigüedad y el mecanismo de producción.
- Para muertes por múltiples lesiones, determinar la lesión que causó la muerte, tiempo de muerte u otra causa concomitante, datos que se darán después de haber realizado la necropsia de ley.
- En los levantamientos de cadáveres el fiscal requiere si la muerte tiene una probable causa accidental, natural o criminal. Además, también es importante el tiempo aproximado de la muerte y otros datos que el perito médico considere fundamentales para la investigación.

El campo pericial del médico es muy amplio, usualmente es solicitado para intervenir en el manejo de la escena del crimen, valoración de lesiones por agresión física, lesiones por arma de fuego, lesiones por accidentes de tránsito, determinación de edad aproximada, presunta negligencia médica, evaluación de estado de salud, examen psicosomático, lesiones por presunta tortura, por integridad sexual, estado gestacional, determinación de parto anterior, aborto, necropsias de ley, necropsias clínicas, exhumación de cadáveres, recolección de muestras para ADN, levantamiento de cadáveres, entre otras circunstancias en donde el fiscal o juez requieran el asesoramiento de un médico.

El perito médico, al concurrir a una diligencia debe conocer los pormenores del expediente, y obviamente estar informado de las distintas versiones en torno a la

pericia solicitada. Los errores suceden cuando se obvia el estudio previo de documentos que son importantes para el esclarecimiento del delito. Le sucedió a un perito médico que acudió a una exhumación sin leer el expediente, al llegar al cementerio se enteró que se trataba de una exhumación post necropsia de ley, desconociendo los hallazgos de la misma. De seguro la incertidumbre de los motivos de la nueva diligencia fue tan grande como dejarlos a ustedes sin saberlo.

Como ya se ha manifestado en el NCPP es el fiscal, como representante del MP, quien dirige y decide las diligencias que se desarrollarán durante la investigación preliminar, siendo la labor del perito médico oficial comportarse como guía y asesor en las diligencias donde participa. El perito de parte hace lo propio para la parte que lo contrata. Sin embargo, el acto médico es competencia y responsabilidad legal del médico, siendo él quien lo preside. Nadie puede manipular y coaccionar al perito médico en el desarrollo de la diligencia ni de sus conclusiones. Si lo mencionado se diera, el perito está en la obligación de denunciarlo.

El NCPP requiere de un trabajo coordinado en equipo, en donde los intervinientes, sobre todo los representantes del estado peruano, de manera imparcial y multilateral, puedan expresar sugerencias que permitan un adecuado esclarecimiento del presunto hecho delictivo. El perito de parte puede sugerir al perito oficial procedimientos que se estuvieran obviando o que considere de importancia para la investigación. Al finalizar las diversas diligencias, los peritos participantes tendrán un tiempo prudencial para emitir sus respectivos informes. Los peritos oficiales, sí coinciden en opiniones, podrán dar un informe único, si no fuera el caso lo harán por separado. En el Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú (2008, pág. 28) se lee, que bajo cualquier criterio no se puede violentar los derechos humanos, por ser una competencia que recae en tratados internacionales:

“El cuerpo Jurídico existente en materia de derechos humanos tiene implicancias precisas para el Perú. En primer lugar, en virtud de principios de derecho internacional, ningún Estado podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación

del incumplimiento de un tratado o de normas imperativas de derecho internacional general (Jus cogens). En segundo lugar, que los tratados de derechos humanos difieren de los otros tratados en un punto central: su objeto es la protección de los derechos fundamentales de los seres humanos (corte I.D.H., OC-2/82, N°29). En tercer lugar, las violaciones a los derechos humanos perpetrados por un Estado dejan de ser materia interna y competencia exclusiva de dicho Estado.”

El perito médico es requerido cuando los administradores de justicia necesitan de una mejor explicación y comprensión de un acto médico.

Artículo 172°, 1 del NCPP: El perito designado debe aportar su conocimiento especializado de naturaleza científica, técnica, artística o de experiencia calificada.

La labor pericial requiere de motivación y vocación. Se vuelve torpe en su cumplimiento cuando el perito carece de afinidad por la labor forense y es imposible su coexistir cuando una solicitud está mal planteada. Usualmente, con la designación del perito se debe plantear correctamente el problema a disipar y los plazos para la remisión del informe pericial (Artículo 174°, 2 del NCPP). La contribución del perito médico hacia la investigación será según lo establezca la solicitud, no puede guiar sus conclusiones hacia un fin no requerido, o regido por sus emociones y pareceres subjetivos, salvo sea un conocimiento fundamental en el sustento de sus conclusiones o de suma importancia para la resolución del presunto delito.

5) Trámite administrativo, la visión del perito médico en el NCPP

Las instituciones que participan activamente en el NCPP son: El MP, el IML, PNP y PJ. Todas ellas difieren en su organigrama, reglamento interno y funciones. El perito médico puede laborar en cualquiera de ellas, debiendo acatar las normas institucionales de manera obligatoria. En circunstancias, se escuchan que existen problemas internos de ámbito administrativo que causan enfrentamiento entre los mismos trabajadores o entre ellos y el jefe inmediato superior, volviéndose una batalla interna cuyo final no será hasta que exista un vencedor y un vencido. De

seguro, lo mismo sucede en otras instituciones, nunca faltan los falsos capataces que, cual amo y señor de una monarquía intentan imponerse sobre los demás.

Existen comentarios que no aportan nada a la labor forense ni a la buena dinámica de las instituciones del estado:

- Las reglas están puestas, todos deben conocer de una u otra forma quién tiene la sartén por el mango.
- Lo siento jefe, pero contestar el teléfono institucional no es mi función.
- No puedo apoyar porque ya está cerca la hora de salida.
- Piden identificación institucional, pero al primer error ya están haciéndonos proceso administrativo.
- Eres el nuevo tienes que pagar derecho a piso, recuerda que un informe mío basta para que estés afuera.
- No aceptaré tus comentarios, crees que no puedo solucionar problemas, tengo la suficiente experiencia para hacerlo.
- Tengo el poder acá y el gran jefe y mis contactos me apoyan en todo.

También, se viene manipulando las habilidades gerenciales, sobre todo la habilidad humana, cuyo concepto descrito por Murillo (2004, pág. 46) se detalla a continuación:

“[...] Existen tres habilidades para realizar una función gerencial de éxito: 1.- Habilidades técnicas: tener en donde se describe: conocimientos y competencias necesarias para usar métodos, técnicas, etc., para la realización de una tarea específica. 2.- Habilidades administrativas: Capacidad de planeación, organización, dirección y control, áreas que se vuelven más importantes a medida que se sube en la jerarquía organizacional. 3.- habilidades humanas: son las más difíciles de entender y sobre todo de aplicar; viene dada por el personal que labora en una institución; el administrador tendrá que darse cuenta no solo de los hechos, sino de las actitudes, opiniones y sentimientos de las personas envueltas, incluyéndose él también”.

La referencia brinda un posicionamiento de la habilidad humana para obtener habilidades gerenciales, requisito que dará el éxito a una gestión. Someter la

habilidad humana es como asesinar al espíritu de toda institución, su personal. Cómo un gerente, director o jefe inmediato exige identificación institucional si utiliza normas institucionales para amedrentar al personal. El agachar la cabeza no es sinónimo de respeto, quizás es ocultar una mirada rencorosa, un desprecio hacia la gestión, sobre todo por aquel superior que contradice la moralidad y buenos valores con actos de corrupción que todos saben que ocurre, pero que a nadie interesa porque no se tiene identidad corporativa. Algunos opinan:

“[...] no somos súper héroes para cambiar una realidad, no podemos enfrentar, y luchar contra una corriente más caudalosa, es mejor vivir tranquilo, pasar desapercibidos.”

El pensamiento del “*¿Para qué más problemas?, la vida es muy corta para sufrir por algo que poco retribuye*”, está cobrando fuerza y gran apego entre los trabajadores de diferentes instituciones. Sin todavía ser catalogados como viejos empezaron a jubilarse, haciendo lo justo y únicamente necesario en el ámbito laboral e institucional. A pesar de esta realidad, los representantes de las instituciones siguen demandando identificación institucional, desconociendo que más que un centro laboral es un motín por vivencias carcelarias con puertas abiertas. Antes de pedir identificación, se debe valorar al trabajador como ser fundamental para toda institución, dejar de lado el número frío estadístico sin ningún valor espiritual, el médico es amigo de la ciencia que gracias a la medicina basada en evidencia se ha vuelto demostrable, aplicable a la vida, a las enfermedades e incluso, a la muerte, para los casos médico legales.

Entonces, ¿Cómo afecta al NCPP el aplicar normas institucionales de manera inadecuada?

Guillermo, por motivos descabellados, fue sometido a diversos procesos administrativos en los que algunos quejosos formalizaban denuncia de manera anónima, aunque todos sabían quiénes eran, nunca lograron manchar la carrera administrativa de nuestro amigo. Él no entendía la necesidad que tienen algunos para obtener una jefatura o cargo de confianza, y comentaba: “[...] *qué de bueno pueden traer los cargos cuando te enemistas con parte de quienes pueden ser tus*

amigos”. Sin embargo, también comprendía que es un mal o bien necesario para el desarrollo de toda institución, y cuando se llega a ella de seguro, como el NCPP establece, existirá una parte contraria a tus hipótesis. En circunstancias se establecen luchas encarnizadas por el poder, los grupos casi siempre son los mismos. Describir algunas de estas peleas es inútil para el presente libro, una pérdida de tiempo cuando el trofeo es el beneficio personal, sin importar el verdadero motor de toda institución de salud, su personal.

El NCPP debe ser desarrollado en presencia o ausencia de discusiones internas institucionales, pero en oportunidades estas disputas son tan grande que repercuten en él.

Según Guillermo, el perito médico sometido a constantes procesos administrativos resulta afectado y si bien puede conservar el espíritu, la voluntad, el deseo y ganas por el servicio, poco a poco los puede ir perdiendo por falta de identificación institucional. Muchos peritos médicos dejan el IML por discrepancia con la jefatura o por no ser testigo de beneficios institucionales, hecho que sucede también en instituciones de salud como el MINSA y ESSALUD.

Nadie puede negar que el perito médico tiene una forma peculiar de visualizar el acto médico. Él aplica el encanto de conocer e interpretar normas, comprende que el acto médico en cualquier momento puede ser sometido a investigación, ya sea en el ámbito civil, penal y/o administrativo. Este hecho obliga a estar siempre prevenido ante cualquier denuncia por un presunto mal proceder, peor aún si está en riesgo la vida de un paciente, hecho que puede trasladar al médico al banquillo de los acusados. Por eso, cuando un reglamento institucional se convierte en pesadilla de mala fe, abuso de autoridad, fomentador del temor y resentimiento, contradice su verdadero fin, el controlar la legalidad de los actos administrativos. Consiguiendo que se retrase la visión y adaptación institucional al NCPP, lo que ocasiona que el médico esté a la defensiva, realice medicina defensiva, viendo metas para liderar una acérrima defensa ante contraataque. Lo anterior vuelve la

labor forense y cualquier actividad médica en una ansiosa acusación con constantes descargos, etapa previa al ingreso del NCPP en las instalaciones médicas.

El exceso de trámites administrativos hace engorrosa la calidad de una atención, la población no tiene la mejor calificación de sus instituciones estatales que con la finalidad de evitar corrupción erróneamente aumentan inoportunamente actos administrativos. Con el NCPP, para una acusación el único obstáculo administrativo debiera ser cruzar las calles y avenidas que separan las instituciones participantes.

Pero aún falta el diálogo y coordinación que corresponde para disminuir el engorroso trámite administrativo. Un diario ejemplo es el siguiente:

Una mujer que sufre agresión física y psicológica por violencia familiar y quiere denunciar el hecho, usualmente, acude a la PNP. El personal policial, por disposición fiscal, le entrega un oficio para ser evaluada por el médico legista y psicólogo del IML. Documento en mano acude a la sede médico legal en donde le solicitan su documento de identidad para ingresar sus datos al sistema informático forense. Una vez en el sistema, espera el llamado del médico legista para ser evaluada. En el consultorio se le hace una evaluación de todas sus lesiones, al término el perito emite un informe pericial que remite a la entidad que solicitó dicho reconocimiento. También se puede entregar de manera inmediata si es un hecho flagrante o a solicitud fiscal. La evaluación psicológica se programa para otra fecha, según lista de espera de pacientes pendientes.

Con el informe pericial del médico legista remitido, el personal policial realiza un “informe policial”, que será entregado al fiscal. Al poco tiempo el fiscal solicita copia certificada del informe pericial a la jefatura forense. A la semana o quizás un poco más, la paciente solicita al médico legista una copia de la pericia porque la comisaría no le otorga una copia. Ella tiene además una evaluación psicológica programada, aún no es atendida por lo que sigue esperando.

Por dolores de cabeza, mareos y malestar general, la paciente acude nuevamente al médico legista, su requerimiento es pasar otra evaluación médico legal. El personal del IML le indica que necesita nueva solicitud fiscal, en donde se especifique “reevaluación médico legal”. La paciente acude nuevamente a la Fiscalía, se entrevista con el fiscal requiriéndole solicitud de reevaluación. Con la nueva solicitud fiscal, el médico legista

examina a la paciente, pero al no haber nuevas lesiones, le entrega una orden para evaluación por médico neurólogo al referir cefalea intensa.

Al no haber médico especialista en la entidad forense, la paciente acude al hospital, clínica o médico neurólogo particular. El especialista duda en emitir un certificado médico por ser un caso con implicancia legal, es probable que no quiera declarar ni nada que tenga que ver con el poder judicial, ni mucho menos con la Fiscalía. En caso que no le confieran el certificado, la paciente realiza una solicitud para que le otorguen un informe médico o copia certificada de la historia clínica.

El abogado que contrató le pregunta ¿Cuántos días de incapacidad médico legal te han dado? La paciente no entiende qué es eso, únicamente entrega una copia del informe pericial, “no pasa nada porque tienes menos de once días”, exclama el jurista. La paciente cansada, desganada por el trajín se desanima y no continúa con su denuncia, el fiscal archiva el caso y el agresor libre sin castigo prosigue con su vida, como si nada hubiera sucedido, quedando pendiente la evaluación psicológica a la que nunca acude.

Si no has logrado entender estas secuencias de sucesos con hechos de la vida real, mucho menos puedes cuestionar lo que entendió dicha paciente que cansada no tiene ánimo de denunciar en otra oportunidad; prende su televisor alegrándose cuando funcionarios públicos atacan al perito médico por una presunta incapacidad, sin conocer la real labor que realiza.

Informe periodístico: “La Ministra de la Mujer, Ana Jara Velásquez, lamentó la actitud del médico legista quien en su informe sólo colocó “lesiones leves” a las quemaduras y golpes que sufrió en parte de sus extremidades inferiores la Sra. Armandina Espinoza de 29 años de edad, quien fue atacada por su pareja, 10 años menor que ella, arrojándole una olla con agua caliente en el rostro y partes del cuerpo, en el histórico distrito de Huaura. Es una vergüenza la clase de médicos que tiene el Instituto de Medicina Legal [...]. Sostuvo la ministra de la Mujer, al señalar que quiere recobrar la confianza en los operadores de justicia en su lucha frontal contra los maltratos a mujeres y niños”¹⁷.

¹⁷<http://www.huachoenlinea.com/2012/08/ministra-de-la-mujer-llamo-la-atencion-a-medico-legista-que-atendio-a-armandina/>

Todo acto de corrupción va en contra del NCPP. Este flagelo social estuvo y seguirá pululando por los pasadizos de las instituciones del Estado. Sin camuflaje para investigarla, es poco probable que se tenga éxito en la lucha de disminuirla o erradicarla, siendo necesaria una innovación en las medidas que se tomen en contra de este sistema que también es dinámico, totalmente adaptable, por ende cambiante.

Somos testigos que la corrupción trata de encubrirse en las normas constitucionales, es difícil darla a conocer si no es con medidas anti normativa, como el chuponeo. Lo ideal sería el arrepentimiento de un corrupto que permita sacar a los demás de la cloaca donde viven. El corrupto encripta sus actos, tiene conciencia forense¹⁸, se esconde como ladrón y rata de alcantarilla, jamás reconocerá que es corrupto, al contrario, es probable que asuma sus actos como los más nobles, siendo quizás uno de sus lemas “me quieren perjudicar”. Por el momento, queda horas por reflexionar, comprender que estamos bajo el dominio de “corrupción en tiempo de cólera”, periodo que contradice al equilibrio del NCPP.

Con todo lo que acontece, el perito médico razonablemente debe llevar una vida pericial que convalide con la objetividad en sus pericias, buscará certeza científica en espacios adecuados, con respaldo y aceptación global. No dará pie a información que no comulgue con el método científico y/o la lógica al aplicar el criterio médico. Las partes ya saben que el periodo inquisidor del antiguo Código de Procedimientos Penales no participa en la actualidad, fue desechado con la llegada de esta etapa dinámica y referencialmente justa.

6) El titular del ejercicio de la acción penal

Antes de la instalación de esta nueva etapa procesal el centro de operaciones de los actos judiciales era el PJ. El juez investigaba, realizaba acciones de índole administrativa y a la vez emitía sentencia. Con el NCPP el MP, por medio del fiscal

¹⁸ Al tener conocimiento forense, sabe como tapar sus huellas y esconder evidencias.

se convirtió en el titular del ejercicio de la acción penal, conduciendo la investigación. La PN está obligada a cumplir los mandatos del MP (Artículo 60° del NCPP), por ende, si la PN es conocedora de un hecho delictivo debe dar cuenta de manera inmediata al fiscal, debiendo asegurar la prueba (Artículo 67°. 1 del NCPP).

Con el antiguo Código de Procedimientos Penales el acusado era casi culpable hasta que demostraba su inocencia. En el NCPP, por ser un sistema acusatorio con garantía a la defensa, el acusado es inocente hasta que se compruebe su culpabilidad. Tiene derecho a su libertad y defensa desde el primer momento de la acusación, siendo la detención una medida excepcionalmente aplicada, garantizándose un juicio justo, en donde el fiscal y la defensa no pueden incumplir plazos, ni normas establecidas por el NCPP.

Una de las funciones del juez es velar por el adecuado desarrollo del proceso; manteniendo la balanza judicial en un equilibrio constante, siempre atento a fin de cuidar que no se realicen procedimientos jurídicos que sean considerados ilegítimos, dejando la parte ciega e imparcial al momento de emitir veredicto. Si existiera un juez corrupto, la aplicación del NCPP no tiene ningún sentido.

Jaén (2002, pág. 31), “[...] el Fiscal inicia el proceso judicial con la acusación, cimiento importante del principio acusatorio”.

Nadie puede ser condenado si no se ha formulado una acusación previa, así como haya tenido la oportunidad de defenderse de manera contradictoria. La minuciosidad del fiscal sale a relucir al momento de la acusación, si al estudiar el caso ve que la acusación no tiene sustento, simplemente debe desistir de realizarla, dando por concluido el proceso (sobreseimiento de la causa).

7) El juramento del perito

Se dice que el perito médico actúa como un testigo, pero:

León V. (2005, pág. 369), define: “[...] testigo es quien ve, oye o percibe por otro sentido algo en que no es parte, y que puede reproducir de palabra o por escrito, o por signos algo de lo cual el presenció, oyó o escuchó. Es la persona que debe

concurrir a declarar en los casos que señale la ley y que allí mismo pueda dar fe y servir de prueba con su testimonio [...] toda persona está obligada a rendir, bajo juramento, el testimonio que se le solicite en el juicio oral y público o como prueba anticipada, salvo las excepciones constitucionales y legales”.

El perito médico no fue testigo presencial del presunto delito, va conociendo los hechos mediante la aplicación de la ciencia. Sus hallazgos son confrontados con las declaraciones y otras pruebas presentes en el expediente, siendo conocedor con mayor probabilidad de una verdad científica o lógicamente verificable. En ese momento está en la mayor posibilidad de certeza, colocando a las partes en conflicto en el lugar que la ciencia justificadamente otorgue en la escena del delito. Al firmar el informe pericial se convierte en el binomio “perito – testigo”.

Si el experto desarrollara su labor pericial siendo también testigo presencial del hecho estaría bajo impedimento para ser considerado en el proceso. En una ponencia de la VII y VIII Jornada de Derecho Procesal Penal, Manzaneda (2005, pág. 338) describe:

“[...] Esto como es obvio, daría lugar a un impedimento para desempeñarse como experto por la incompatibilidad surgida en una misma persona por las dos condiciones que pudiera pretenderse ostentar en el caso concreto”.

Se ha escrito acerca del término híbrido de “testigo – perito”, fundamentado cuando el perito emite opinión de hechos que ha podido conocer en razón a la aplicación de sus conocimientos especializados. Con el soporte de la ciencia logra explicar la sucesión de hechos acaecidos en la escena del delito. Al firmar el informe pericial se convierte en un testigo no presencial del presunto delito. Los peritos oficiales y de parte pueden tener discrepancias o coincidir en las conclusiones de sus informes, pero ambos en algún momento de sus investigaciones logran articularse en sus criterios porque la ciencia es de aplicación universal y los hallazgos de la evidencia los lleva hacía ello.

En la audiencia el perito declara bajo juramento, su aporte será únicamente basado en la verdad, siendo su deber enmarcar el espacio de los hechos, limitando sus

fronteras para que los procesados no logren desviarla hacia un escenario ficticio con intención de confundir a los letrados. Fundamento para que el médico en apoyo a la justicia sea considerado como perito y no como testigo.

Previamente a la oralidad de la pericia, el perito médico debe brindar juramento.

León (2006, pág. 377): “[...] toda autoridad a quien corresponda tomar juramento, amonestará previamente a quien debe prestarlo acerca de la importancia moral y legal del acto y las sanciones penales establecidas contra los que declaren falsamente o incumplan lo prometido, para lo cual se leerán las respectivas disposiciones. Acto seguido se tomará el juramento por medio de cual el testigo se compromete a decir toda la verdad de lo que conoce.”

Artículo Art. 118°, 1 del NCPP: El perito dará juramento según sus creencias, debiendo prometer decir la verdad en todo cuanto sepa y se le pregunte.

Por ética y práctica de buenos valores, el perito debe actuar en cualquier etapa del proceso con veracidad. El perito médico debatirá con otros peritos propuestos y aceptados, ambos defenderán sus posiciones periciales frente al juez. Sin importar de qué parte en conflicto provenga, el juez tomará en cuenta para su resolución de sentencia la pericia que acredite el mayor sustento objetivo de su hipótesis.

8) El informe pericial

El certificado médico es un documento que acredita el estado de salud de una persona, es emitido únicamente por el médico tratante a solicitud del paciente. Tiene la facultad de ser un documento legal, con seguridad jurídica. El informe pericial es un documento médico legal en donde el perito plasma conclusiones, juicio u opinión basados en fundamentos científicos, a solicitud de los administradores de justicia.

Según López y Gisbert C. (1970) tiene las siguientes partes: 1. Preámbulo (información del perito, DNI, títulos, dirección, etc.). 2. Relación y descripción de los objetos acerca de los cuales debe emitirse el informe. 3. Operaciones practicadas. 4. Valoración (argumentación científica que sustente las conclusiones). 5. Conclusiones (juicio

pericial, basado en el razonamiento lógico de la ciencia aplicada a la justicia). 6. Fórmula final (fecha, firma del perito, bibliografía u otro anexo).

El informe pericial contiene conocimientos hallados bajo el método de la investigación científica, al ser publicados en reconocidas revistas del ámbito nacional o internacional cuentan con la credibilidad y aceptación de la comunidad científica mundial.

Borobia y col, (2007, pág. 153): “[...] el cómo lo obtenga se sale de los contenidos de este capítulo, pero cabe pensar que será útil poseer una de las citadas especialidades y/o haber participado en curso formativos sobre materia pericial (máster, especialidades universitarias, cursos especializados u otros)”.

El informe pericial médico debe ser sencillo, comprensible, objetivo, preciso, que demuestre contundencia al momento de ser analizado e interpretado, no dejar cabos sueltos ni mayor inquietud a los solicitantes. Debe leerse a la ciencia, en verdad probabilista explicando una realidad muy cerca o quizá la misma verdad absoluta.

Valencia (1957, pág. 9): “La razón de ser este medio de prueba radica en los especiales conocimientos científicos, artísticos o prácticos que se requieren para apreciar los hechos o circunstancias de que se trata, conocimiento que el Juez no puede poseer en grado tal que le permita prescindir de las personas que están en posesión de ellos en razón de su profesión u oficio”. Esta publicación también fue descrita por Silva (1991, pág. 18)

Finalizado el informe pericial será anexado al expediente judicial (Artículo 136°, 1, d del NCPP). El dictamen de los peritos nunca puede elevarse a la categoría de sentencia, de cosa juzgada o autoridad juzgada, *Dictum Expertorum nunquam transit in rem judicatam* (Bustamante, 2012, Pág. 484). El informe pericial médico es una prueba jurídica de carácter científico, netamente médico, cuya verdad probabilística refleja el conocimiento, la experiencia, habilidad y el talento del perito médico. La verdad judicial no le pertenece a nadie, esta sale a relucir cuando se analiza, estudia, cuestiona y se sustenta adecuadamente.

Requisitos del informe pericial: Los peritos médicos han percibido el cambio que trae consigo esta nueva etapa procesal, ya no se puede actuar únicamente conforme a un parecer o experiencia personal, se requiere además de un sustento científico que pueda ser analizado, cuestionado, interpretado y debatido por juristas. Para que un informe pericial pueda ser incluido en un proceso judicial requiere ser aceptado como medio probatorio. El informe pericial puede ser fácilmente cuestionado y no aceptado como medio probatorio por el MP o los demás sujetos procesales (Artículo 155°, 2 del NCPP). Como requisito para el NCPP debe contener (artículo 178° del NCPP):

- El nombre, apellido del perito.
- El domicilio del perito.
- El DNI del perito.
- Registro o colegio médico.
- La descripción de la situación o estado de hecho, sea persona o cosa, sobre lo que se hizo el peritaje.
- La exposición detallada de lo que se ha comprobado en relación al encargo.
- La motivación o fundamentación del examen técnico.
- La indicación de los criterios científicos o técnicos, médico y reglas de los que se sirvieron para hacer el examen. Importante hacer adecuada referencia de las citas presentes en el informe pericial.
- Las conclusiones, se recomienda que éstas deben ceñirse según lo solicitado. Las conclusiones dadas sin ser solicitadas indican parcialización del perito, salvo apoyen a resolver el caso. Evitar emitir juicios respecto a la

responsabilidad o no responsabilidad penal del imputado en relación con el hecho delictuoso materia del proceso¹⁹.

- La fecha, sello y firma.

Después de lo analizado, el término utilizado de “certificado médico legal” no es contemplado por el NCPP, debiendo ser modificado por el de “informe pericial”.

Plazos para la entrega de un informe pericial: El NCPP estipula plazos a fin de poder concluir el proceso judicial en el menor tiempo posible. El perito médico no puede dilatar la entrega de su informe pericial fuera del plazo establecido por el solicitante. Para Romo (2000, pág. 39), el perito tiene que responder a la siguiente trilogía: ser objetivo, idóneo y oportuno, independencia de criterio en su ejecución; aplicación de la norma científica y oportunidad en su expedición en cuanto a plazo y condiciones. El tribunal es quien en definitiva establece los plazos, considerado un tiempo razonable y suficiente para que el perito pueda entregar una pericia. Pero si se requiere de más tiempo para concluir el peritaje, el juez señalará un plazo razonable para que le sea presentado (Romo, 1997, pág. 149-150).

El plazo para rendir el informe será el determinado por el funcionario judicial y puede ser prorrogado a petición del mismo perito. “*Si no se remite el dictamen dentro del término respectivo, se le reemplazará y aplicará las sanciones previstas*” (Cortes & Ortega, 1996, pág. 24). El fiscal conoce los plazos que el NCPP ofrece, pero algunos hechos requieren de un informe pericial en el menor tiempo posible, como son los casos de agresión sexual, con presunto agresor detenido.

En una oportunidad un fiscal de Puno comentó lo siguiente: “*Nuestra labor está basada en responsabilidades que deben ser cumplidas oportunamente*”.

El informe del perito médico por ser un documento público debe ceñirse a la autenticidad, fidelidad y la confianza colectiva de la sociedad; por lo que se aconseja que los informes periciales, como las ampliaciones médico legales, deben ser

¹⁹ Art. 178.2 del NCPP.

realizados basados en documentos legales originales, o copias autenticadas por notario o fedateada por representante de la institución remitente.

Por ningún motivo se debe realizar informe pericial de copias simples, por ser factible de ser apócrifo (no auténtico), no autorizado, que no hay razón para que se crea, pudiendo ser un documento adulterado (Barcía, 2010, pág. 42).

El perito médico al firmar un informe realizado por otro médico incurre en falsificación ideológica.

Artículo 427° del Código Penal del Perú: Considerado un delito contra la fe pública, el documento siendo verdadero no contiene las ideas de quien lo firma.

El mismo delito se aplicaría para el perito que falsee premisas científicas para llegar a conclusiones indebidas. Al ingresar un documento en estas condiciones se vulnera la fe pública, y se califica como una “estafa procesal”²⁰.

Las observaciones al informe pericial oficial podrán presentarse en el plazo de cinco días, luego de la comunicación a las partes (Artículo 180°, 1 del NCPP). Si el juez nombra a más de un perito oficial y existe discrepancia entre ellos, cada uno presentará su informe por separado (Artículo 180°, 1 del NCPP). El perito oficial debe ser informado de la existencia de un informe discrepante del suyo, y en el término de cinco días se pronuncie sobre su mérito (Artículo 180°, 2 del NCPP). Cuando el informe pericial oficial resulte insuficiente, se podrá ordenar su ampliación por el mismo perito o nombrar otro perito para que emita uno nuevo (Artículo 180°, 3 del NCPP).

Con respecto a los plazos, las actuaciones procesales se practican puntualmente en el día y hora señalados, sin admitirse dilación (Art. 142 del NCPP). Se contempla el dicho “término de la distancia”, cuando se computa teniendo en cuenta la sede

²⁰ Engaño que inducen al error del Juez.

geográfica y el medio de locomoción utilizable y disponible para el caso concreto (Artículo 148°, 1 del NCPP).

Accesibilidad al expediente del perito médico: El perito médico tiene acceso al expediente y demás evidencias que estén a disposición judicial a fin de recabar información para el cumplimiento de su cometido (Artículo 176°, 1 del NCPP). Al revisar el expediente está obligado a guardar reserva del caso, bajo responsabilidad (Artículo 176°, 2 del NCPP). Con respecto al perito de parte, también puede acceder al expediente, pero para ser admitido en el proceso debe ser aceptado por el juez a cargo (Artículo 177°, 1 del NCPP). Como parte de la investigación está facultado a presenciar las operaciones periciales del perito oficial, hacer las observaciones y dejar constancias que su técnica les aconseje (Artículo 177°, 2 del NCPP). Si discrepa con las conclusiones emitidas del informe pericial oficial puede presentar, por separado, su propio informe respetando las prescripciones del artículo 178 del NCPP (pág. 115). También puede realizar sin ningún perjuicio, un análisis crítico de la pericia oficial (Artículo 179 del NCPP), planteando objetivamente los motivos de las discordancias.

Perennación de la evidencia: Guillermo tenía como protocolo realizar toma fotográfica o filmaciones de las evidencias halladas. Un requisito previo era contar con el consentimiento informado, para ello primero brindaba una explicación al apoderado o paciente sobre el procedimiento a realizar. La evidencia grabada o filmada era entregada con cadena de custodia al archivo institucional para su protección. Para realizar adecuadamente este trabajo Guillermo se había entrenado en fotografía forense. En muchos debates Guillermo sustentaba sus pericias mostrando al jurado los hallazgos perennizados.

Toda toma fotográfica o filmación de uso forense se realiza resguardando el respeto a la dignidad e intimidad humana, la confidencialidad y el consentimiento informado. Para casos de menor de edad se recomienda: a) evitar la exposición del rostro de la persona, salvo excepciones como lesiones en rostro, b) el uso de códigos, c) usar

testigo métrico, d) uso de cadena de custodia para el archivamiento, e) capacitación en fotografía forense.

En Puno, las lluvias en los meses de febrero y marzo suelen ser torrenciales, evidencias halladas al aire libre como huellas de llantas, patrón de manchas de sangre, pisadas, entre otros se puede perder de manera definitiva, siendo el uso de la fotografía forense un requisito indispensable.

Artículo 184° del NCPP: La grabación de video, realización de bosquejos u otro medio utilizado para perennizar lo actuado durante la diligencia, convirtiéndose en pruebas documentada.

¿Qué sucede con estas pruebas? ¿Cuál es el procedimiento que se debe realizar para que estas sean incorporadas en el proceso?

El NCPP estipula que se puede incorporar al proceso todo documento que pueda servir como medio de prueba (Artículo 184°, 1 del NCPP), por ejemplo: manuscritos, impresos, fotocopias, fax, disquetes, películas, fotografía, radiografías, representaciones gráficas, dibujos, grabaciones magnetofónicas, imágenes, voces y otros (Artículo 185° del NCPP). El perito puede entregar estas evidencias al fiscal durante la etapa de investigación preparatoria (Artículo 184°, 2 del NCPP), para su posterior visualización (Artículo 187°, 3 del NCPP) o exposición.

Por su parte, el juez puede incautar la prueba en caso de negativa en su entrega (Artículo 184°, 2 del NCPP). En la etapa del juicio oral, el perito médico también puede presentar estas pruebas, lo importante es que él notifique de su existencia al fiscal o juez en el informe pericial.

Medidas de protección para el perito: El NCPP establece medidas de protección para el perito (Artículo 247°, 1 del NCPP), ya sea porque puede estar en peligro grave o algún integrante de su familia (Artículo 242°, 2 del NCPP).

Artículo 248°, 1 del NCPP: El Fiscal o Juez, podrán adoptar de grado riesgo o peligro, las medidas necesarias para preservar la identidad del protegido, su domicilio, profesión y lugar de trabajo.

Algunas medidas que se establecen son (Artículo 248°, 2 del NCPP):

- Protección policial
- Cambio de residencia.
- Ocultación de su paradero.
- Reserva de su identidad.
- En la diligencia la utilización de medidas que imposibiliten su identificación visual.
- Se fija domicilio en fiscalía en donde se le hará llegar las notificaciones de manera reservada.
- Utilización de video conferencia u otros.

También se evitará que se le tomen fotos, videos, se le facilitará traslado en vehículo adecuados a la diligencia y un ambiente reservado para su uso exclusivo, debidamente custodiado (Artículo 249°, 1 del NCPP). En casos excepcionales el juez a pedido del fiscal, podrá ordenar la emisión de documento de una nueva identificación y de medios económicos para cambiar su residencia o lugar de trabajo (Artículo 249°, 3 del NCPP). Existe variabilidad de las medidas planteadas, las cuales están dispuestas en el artículo 250° del NCPP.

En Puno se están evaluando internos de alta peligrosidad, definitivamente no es motivo de orgullo, nadie sabe cómo estas personas puedan reaccionar al tener al frente a la persona que realizó la pericia, quizás motivo de su internamiento en el penal.

9) Notificación del perito a juicio oral

El perito es citado para que se ratifique por el informe pericial realizado, excepto cuando las partes han conciliado previamente o exista una terminación anticipada²¹. Al establecerse el juicio oral, el perito puede ser notificado mediante disposiciones y resoluciones dentro de las 24 horas de emitidas (Artículo 127°, 1 del NCPP). La notificación será por edictos que se publicarán en el diario oficial o página web de

²¹ El acusado acepta las acusaciones en su contra.

la institución donde labora (Artículo 128° del NCPP). También podrá ser notificado mediante la policía o personal oficial de la fiscalía o del órgano jurisdiccional (Artículo 129°, 1 del NCPP), ya sea por vía verbal, telefónica, fax, telegrama o cualquier otro medio de comunicación (Artículo 129°, 2 del NCPP). En caso que el perito médico no acuda a las citaciones de manera reiterativa, el Ministerio Público puede disponer su conducción compulsiva (Artículo 122°, 2 del NCPP).

Si a pesar de las diversas disposiciones el perito no acude, ya sea por estar fuera del país o inubicable, el juez puede prescindir de la prueba perjudicándose a la parte representada. Si el perito es funcionario del estado probablemente será denunciado y procesado a solicitud fiscal o de la parte afectada, por la comisión del delito contra la administración pública en su modalidad de delitos cometidos por particulares, en su forma de resistencia y desobediencia a la autoridad, previsto en el artículo 368 del Código Penal. El fiscal o juez, a fin de evitar inconvenientes en la notificación del perito, podrían notificarlo con un tiempo prudencial, respetando onomástico y periodo vacacional.

10) Debate pericial

En el juicio oral se realiza el examen pericial y/o debate pericial.

Artículo 181°, 1 del NCPP: El examen o interrogatorio del perito en la audiencia se orientará a obtener una mejor explicación sobre la comprobación que se haya efectuado respecto al objeto de la pericia, sobre los fundamentos y la conclusión que sostiene. Tratándose de dictámenes periciales emitidos por una entidad especializada, el interrogatorio podrá entenderse con el perito designado por la entidad.

Se llega al debate pericial cuando existen informes contradictorios. El juez en estas circunstancias no puede emitir sentencia, teniendo que citar a los peritos para que puedan exponer, defender y sustentar alturadamente sus informes periciales.

Para casos de peritajes discrepantes se realiza el debate pericial (Artículo 181°, 2 del NCPP), siendo frecuente los debates entre el perito oficial y el perito de parte (Artículo 181°, 3 del NCPP).

Recordemos que en la investigación preparatoria a solicitud del fiscal o de los demás sujetos procesales²², podrán solicitar al juez de la investigación preparatoria una prueba anticipada en los siguientes caso: testimonial y examen del perito, cuando se requiera examinarlos con urgencia ante la presencia de un motivo fundado para considerar que no podrá hacerse en el juicio oral por enfermedad u otro grave impedimento, o que han sido expuestos a violencia, amenaza, ofertas o promesa de dinero u otra utilidad para que no declaren o lo hagan falsamente. El interrogatorio al perito puede incluir el debate pericial cuando éste sea procedente (Art. 242.1 del NCPP).

²² Personas que intervienen en un juicio oral.

BIBLIOGRAFÍA

Barcía R. (2010). Sinónimos Castellanos. Colombia. Editorial Universidad del Rosario.

Borobia C. (2006). Valoración del daño corporal: Legislación, metodología y prueba pericial médica. Barcelona, España. Editorial Elsevier España

Borobia C. F. (2007). Valoración Médica y Jurídica de la Incapacidad laboral (1 era edición). Madrid, España. Editorial Nueva Imprenta

Borobia C.; Mercader J.; de la Puebla A. (2007). Valoración Médica y Jurídica de la Incapacidad laboral (1 era edición). España. Editorial: Wolters Kluwer España, S.A.

Bustamante N. (2012). Locuciones latinas en Materia Jurídica. Estados Unidos. Editorial Palibrio.

Cortés C. & Ortega H. (1996). Tratado de Medicina Legal Juristas y Medicina (Tercera Edición). Bucaramanga, Colombia. Editado Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Cosacov E. (2005). Introducción a la psicología (5ta Edición). Argentina. Editorial Brujas.

De la Cruz Agüero L. (2000). Procedimiento Penal Mexicano: teoría, práctica y jurisprudencia (cuarta edición). México. Editorial: Editorial Porrúa.

Fuertes J. C.; Cabrera J.; Fuertes C. (2007). Manual de Ciencias Forenses. España. Editorial: Arán Ediciones, S. L.

Gisbert C., & Villanueva, E. (1998). Medicina Legal y Toxicología (5° edición). Barcelona, España. Editorial Massón. Pág. 1-9.

Gómez L, Gisbert C. (1970). Tratado de Medicina Legal. 3ª edición. Valencia, España. Tomo I. Edit. Saber.

Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú – Versión abreviada – Primera edición 2004, primera reimposición 2008. Impreso en Perú Pág. 28. Con la cual se denota que el Perú está bajo tratados, convenios de carácter internacionales.

Jaén M. (2002). Tendencias actuales de la Jurisprudencia Constitucional Penal (Las garantías del proceso penal). Madrid, España. Editorial: DYKINSON.

León V. (2005). El ABC del Nuevo Sistema Acusatorio Penal: Juicio Oral (primera edición). Bogotá, Colombia. Editorial: Ecoe Ediciones.

León V. (2006). El Interrogatorio de Testigos en Audiencia de Juicio Oral (Primera Edición). Bogotá, Colombia. Editorial: Ecoe Ediciones.

Martínez J.; Porras I.; Samblás P.; del Cura M. (2004). La Medicina Ante el Nuevo Milenio: Una Perspectiva Histórica. España. Editorial: Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha.

Murillo S. (2004). Relaciones Humanas. México. Editorial: LIMUSA, S. A. de CV. Grupo Noriega Editores.

Orts y Orts, F. (1982). Proyecto de un Reglamento para médicos forenses de los Juzgados de primera instancia. Valencia, España. Editorial de Ferrer de Orga.

Romo O. (1997). Peritación Médico Legal – Informe del perito forense. Santiago, Chile. Editorial Jurídica de Chile.

Romo O. (2000). Medicina Legal Elementos Ciencia Forenses. Santiago, Chile. Editorial Jurídica de Chile.

Romo O. P. (1997). Peritación Médico Legal – Informe del perito forense. Santiago de Chile, Chile. Editorial: Jurídica de Chile.

Silva H. (1991). Medicina Legal y Psiquiatra Forense: Medicina Legal (tomo I). Santiago, Chile. Editorial: Editorial Jurídica de Chile.

Uriarte L. & Farto T. (2007). El Proceso Penal Español: Jurisprudencia Sistematizada. España. Editorial: Wolters Kluwer España, S.A.

Valencia E. (1957). El peritaje Médico – Legal y su valoración Jurídica - Memorias de Prueba para obtener el grado de licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Concepción, Chile. Editorial: Universidad de Concepción.

VII y VIII Jornada del Derecho Procesal. Pruebas, procedimientos especiales y ejecución penal: VII y VIII Jornadas del derecho Procesal Penal - con nuevas ponencias (tercera edición). Caracas. Editorial: Universidad Católica Andrés Bello.

Capítulo cuarto

EL LENGUAJE FORENSE EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL, VIDA COTIDIANA DE UN PERITO MÉDICO

SUMARIO

1. La vida cotidiana forma al perito Guillermo. 2. La vida cotidiana de un perito. 3. Oralidad Judicial. 4. El conocimiento médico en el lenguaje popular. 5. Vida cotidiana de un perito médico.

1) La vida cotidiana forma al perito Guillermo

En junio del 2012, Guillermo me comentó que tenía una audiencia pública en la Corte Superior de Puno, me invitó para ser testigo del desarrollo de un debate pericial. El juicio se basaba en una denuncia penal contra un perito antiguo, que presuntamente había realizado un peritaje que no se adecuaba a la verdad, hecho que había ocasionado que el acusado salga en libertad y una menor de edad, agredida sexualmente, no obtenga justicia.

“[...] Resumidamente te diré que aquel perito, señalando discretamente al perito acusado, ha realizado un peritaje erróneo. Su conclusión ha sido himen íntegro, cuando la menor después de la agresión fue hospitalizada e intervenida quirúrgicamente para

suturar sus lesiones perineales. Los presuntos autores fueron capturados y dejados en libertad después de esa pericia”, comentó Guillermo.

En la sala, el sonido de una pequeña campana anunciaba el ingreso de los magistrados. Después de un breve saludo se sentaron para dar inicio a la audiencia. El primero que tomó la palabra fue el fiscal, quien sustentó los argumentos de la acusación. Por su parte la defensa abogó por la inocencia del acusado. Pasaban los minutos del mediodía y no había señales de Guillermo, no se encontraba en ninguna parte del salón, pero al observar mejor tras una ventana sin cortina se pudo ver su perfil, quien mediante un mensaje por celular comunicaba que estaba a la espera de su llamado para intervenir.

Han pasado más de cuatro años del fatídico debate de Guillermo, pero aún se percibe que guarda un leve resentimiento que hoy debe terminar. El actual desconcierto pericial que motivó la libertad de presuntos violadores, había llegado a sus manos a solicitud fiscal. Tanto el juez como el fiscal deseaban conocer si las lesiones perianales de la menor, que fueron suturadas quirúrgicamente en sala de operaciones, a la semana podían sanar y no dejar huellas, hipótesis del perito acusado que no las visualizó. El rostro del fiscal mostraba asombro con esta pericia por tanta deficiencia como las extrañas conclusiones, era imposible explicar tanta desfachatez sin pensar en un acto corrupto.

El juez indica al fiscal que pueda ingresar su medio de prueba, momento para que Guillermo declare y defienda su informe pericial. El perito acusado estaba sentado al costado de su abogado defensor, observó de reojo a Guillermo no logrando sostener la mirada más de cinco segundos. Se trataba del perito que tiempo atrás, en su primer debate pericial, había menospreciado la poca experiencia de Guillermo, haciéndolo quedar mal por medios de comunicación del ámbito regional y nacional.

El tiempo había pasado, Guillermo ya no era el novato de años atrás si bien no tenía el ánimo de revanchismo, el presunto delito ameritaba un buen debate pericial. Después de escuchar la ponencia de Guillermo, el juez hace intervenir al fiscal para

que realice las preguntas que considere necesarias. Fue el momento de la parte defensora del acusado, quien realiza preguntas generales, algunas sin ningún sentido para el caso, cuestiona la experiencia de Guillermo, con la finalidad que no se extienda con declaraciones que hundieran aún más a su patrocinado.

El juez también intervino, realizó preguntas precisas, Guillermo no se guardó nada, una tras otras fueron explicadas, argumentadas y sustentadas. No es bonito estar en la silla de acusado, no parecía ser fácil, nada acogedor, claramente se notaba la expresión de los abogados y jueces, era penoso que el médico acusado que seguro tendría una familia, hijos y vida profesional, en ese momento se venía abajo. Guillermo hizo una pausa, miró al colega que esta vez agachaba la cabeza; definitivamente no fue el mejor momento del juicio oral. Alguien se podría preguntar ¿Quiénes somos para hacer esto?, pero de por medio estaba una menor de edad, cuyos padres presentes requerían justicia. Al concluir Guillermo salió del salón, si bien con el ánimo de haber realizado lo correcto, pero señalando que no había nada por celebrar.

Definitivamente no era el mismo de hace cuatro años, la vida cotidiana del peritar lo había convertido en un perito con más experiencia en el arte de debatir; además era conocedor de las peculiaridades del NCPP. Su punto débil era la búsqueda de información, no le era fácil discriminar la medicina basada en evidencia al tratarse de un mundo científico muy amplio. Había casos que para un conocimiento científico se anteponía otra con la misma fuerza de sustentación.

Con el pasar de los años había logrado conocer, gracias a las capacitaciones nacionales, las técnicas periciales de grandes y viejos peritos de renombre, los admiraba porque fueron la base de su reforma pericial personal, si bien no se consideraba el mejor perito, el camino trazado le permitía mejorar.

En Puno era apreciado por algunos, tal vez odiado por otros, pero lo importante para él era el respeto institucional ganado de a pocos por una correcta labor pericial. Si bien fue investigado en algunas oportunidades, siempre fue absuelto. Los golpes junto con los aciertos ensamblaban su vida pericial, en cuya vereda siempre existían

dos partes en disputa, una de ella mostrará disconformidad por su actuar pericial, pero así es el lenguaje forense cuando se lleva una vida pericial.

2) La vida cotidiana de un perito

La población puneña guarda en su seno la mística de una cultura milenaria regional, llena de costumbres y gran respeto hacia la madre tierra, bajo el principio que:

“[...] sólo cuando se respeta debidamente las relaciones entre ser humano y cosmos, la tierra produce y es fértil [...]. Las regiones frías de altura, consideradas como difíciles, están marginadas (del proceso de modernización). De todos modos, la mecanización agrícola es difícil y por lo tanto costosa en terrenos de fuerte pendiente. El rendimiento de los cultivos como de los motores disminuye con la altura [...]” (Dollfus, 1991, pág. 20).

Se han visto casos en que la línea de justicia se rompe cuando se percibe asomar el desesperado aliento de igualdad popular, que puede ocasionar desbande social sin principio de autoridad, con predominio de la llamada sentencia callejera, guión inicial hacia el delito. En el tumulto surgen los gritos de justicia, con manos levantadas hacen sonar sus látigos, el pueblo toma el poder para una nueva forma de lucha momentánea contra el delito, mientras que el presunto delincuente con manos atadas, sin alzar la voz, pide perdón, de seguro sin presencia policial será juzgado y castigado ejemplarmente. En este caso no existe por ningún momento el lenguaje judicial ni forense, la suerte del individuo está echada hacia un final inesperado, incluida su muerte.

El NCPP plantea un sistema de códigos y señales que serán desvirtuadas durante todas las etapas del proceso, protocoliza el camino del debate alturado, con enfrentamiento de conocimiento mediante el uso del lenguaje en el juicio oral. La voz del médico al ser requerido como perito acogerá la fluidez de la oratoria persuasiva, expresando conocimiento con simplicidad para el común entendimiento de los presentes.

El perito médico brinda asesoría técnica forense a solicitud de los administradores de justicia, acercando el conocimiento médico a la justicia mediante auditorías médicas que no pueden ni deben trasgredir el pilar imprescindible de todo acto médico, el código de ética (Artículo 37 del Código de ética del CMP).

El lenguaje y la oralidad son dos herramientas de gran importancia para el NCPP, son la base para el desarrollo del proceso judicial. El perito médico debe utilizar un lenguaje que esté acorde a esta nueva etapa procesal, mientras que el fiscal y la defensa deben conocer el lenguaje forense como vida cotidiana del perito:

“El lenguaje, es considerado como la expresividad humana capaz de objetivarse, manifestándose en productos de la actividad humana, que están al alcance tanto de sus productores como de los otros hombres, por ser elementos de un mundo común”. (Berger y Luckman, 1968, pág. 36 – 65).

La estructura del lenguaje médico forense se basa en términos y conceptos médicos que no deberían diferir de una región a otra. Pero la ciencia médica es tan amplia y compleja que para un mismo tema pueden existir bibliografías contradictorias, razón que explica los diferentes puntos de vista para un mismo hecho. Es importante comprender que el lenguaje médico proviene de múltiples interpretaciones de diferentes ciencias afines, cuyo rumbo alcanzará un destino según quien lo lea o interprete para beneficio propio.

“El lenguaje médico, escrito originalmente en español, se encuentra muy contaminado con palabras y expresiones tomadas del inglés, que son trasladadas de forma directa a nuestro idioma”. (Navarro, 2002).

“Desde hace algunas décadas se han ido produciendo diversos fenómenos lingüísticos que contaminan este lenguaje, y provocan una pérdida de precisión y claridad en el mensaje, lo que constituye uno de los obstáculos más serios que se oponen a la educación y a la investigación en medicina”. (Ruiz, 2006).

En Puno, donde se habla principalmente los idiomas aymara, quechua y español, con algunas provincias donde la gran mayoría de su población no habla español,

las audiencias tienden a realizarse parcial o totalmente en el idioma de los intervinientes.

El juez, al dar sentencia brinda una fundamentación objetiva (Hanisch, 1982), opinión compartida por Accatino (2006), teniendo que escuchar los argumentos de ambas partes en conflicto, pero en su idioma natural, para lo cual recurrirá a intérpretes si fuera necesario. Por su parte, el perito que no habla el idioma aymara ni quechua expondrá el informe pericial en español, con elocuencia y terminología sencilla.

3) Oralidad Judicial

El primer fracaso de Guillermo y de muchos peritos médicos en sus inicios ocurre por no tener una oralidad forense persuasiva, entendiendo que en un juicio oral no hay un después, lo que se exponga en dicha etapa procesal queda para la toma de sentencia, sin oportunidad a rectificación porque el aquí y ahora es dicho momento.

Harris (2010) escribió, “que el hombre desde que nace aprende un lenguaje que implica la adquisición de fonemas sencillos, morfemas y normas gramaticales, hasta vocabularios y normas estructurales cada vez más complejas”.

Para Berger y Luckman (1968, pág. 36 – 65): “[...] el lenguaje, es como un sistema de signos vocales, es el sistema de signos más importante de la sociedad humana; pero no es posible intentar hablar de lenguaje hasta que las expresiones vocales estén en condiciones de separarse del "aquí y ahora" inmediatos en los estados subjetivos”.

La oralidad se convierte en una herramienta del perito, según Gamboa (2006):

“[...] representa que las partes deben exteriorizar al Juez sus peticiones y fundamentaciones en forma verbal, siendo también el Juez el que debe resolver - en forma verbal - sobre las cuestiones tratadas únicamente en la audiencia y que fueron ventiladas por las partes”.

El perito debe estar preparado para llevar una pericia escrita al ámbito de la oralidad, con elocuencia, expresividad y sencillez persuasiva, para lo cual requiere de vida

pericial que abarca no solamente el trabajar para una institución forense, sino también tener una reputación intachable, de experiencia, ética y madurez moral pericial.

Guillermo, de personalidad tímida, no tenía experiencia como orador, el pánico escénico siempre estuvo presente en su vida desde que era estudiante. Tenía dificultad para expresarse, sobre todo cuando estaba al frente de los administradores de justicia. Al llegar el NCPP, los debates periciales se hacían más frecuentes, tenía que perder el temor a comunicarse frente al tribunal por lo que realiza cursos de oratoria persuasiva, logrando sobresalir. Consiguió controlar el miedo escénico, aprendió a sintetizar ponencias, las estructuraba de manera sencilla, afianzando los puntos críticos de interés para la audiencia, dejando los menos importantes para que se convirtieran en preguntas de las partes. Desplegaba toda una estrategia en sus exposiciones e incluso preparaba diapositivas de las posibles preguntas que le realizarían, no dejaba nada al azar, todo era estrictamente estudiado. Comprendió que para el debate pericial el perito que gozaba de mayor credibilidad era aquel que no dejaba duda de casi nada, el que mejor se desenvolvía. En su vida cotidiana como perito siempre estaba presente la oralidad, parte fundamental de la experiencia pericial.

4) El conocimiento médico en el lenguaje popular

Guillermo observaba que algunos peritos médicos realizaban muy buenas pericias, poseían las cualidades idóneas para ser calificados como expertos, el problema era cuando trasladaban aquel conocimiento escrito a la oralidad que la audiencia requería, la confusión en la utilización de terminología complicada opacaba su desempeño. Los jueces y la audiencia no son médicos, pueden tener conceptos básicos de medicina, pero si aplicamos terminología y concepto médico rebuscados la audiencia parecerá más una junta médica que un debate pericial. El lenguaje pericial no tiene que imitar el encuentro entre la neurobiología y la filosofía de Pierre y Ricoeur, (2001).

“[...] ¿Mi "aquí" es su "allí"? Mi "ahora" no se superpone del todo con el de ellos, mis proyectos difieren y hasta pueden entrar en conflicto con los de ellos, pero a pesar de eso, sé que vivo con ellos en un mundo que nos es común” (Berger y Luckman, 1968).

El lenguaje comprensible para una realidad no siempre es aplicable para otra, de seguro Puno es un caso peculiar. La vida cotidiana de un perito es realizar diligencias periciales, plasmarlas en informes médicos, estar preparado para exponerlos y defenderlos frente a una audiencia. Su experiencia le hace ser distinto a los demás médicos no peritos, observa, vive en el ámbito laboral y terrenal de manera distinta, pero aplica la medicina legal en cualquier circunstancia. Tiende a prevenir todo error al momento de realizar un acto médico, sobre todo los aparentemente sencillos que son los que en la mayoría de veces llevan al médico hacia el banquillo de los acusados, por exceso de confianza.

Para el perito, el desenvolvimiento de la vida pericial está centrado en los informes periciales que presenta, en la convivencia con otras actividades que forman parte de su mundo intersubjetivo.

La vida cotidiana pericial hace que el perito médico sea más preciso al momento de realizar un acto médico, tiende a disminuir al máximo el riesgo de efectos adversos, pero si se produce un evento negativo, se estaría frente a una complicación, confundida frecuentemente como un acto negligente. La perspectiva del acto médico de un galeno perito es probablemente distinta al médico no perito, existiendo diferencias entre ambos al instante de contemplar “*el aquí y ahora*” para una misma circunstancia.

El uso del lenguaje forense para expresar un conocimiento médico científico en un juicio oral, será de acuerdo al caso, al lugar de los hechos, al territorio donde se llevará a cabo la audiencia y si el juicio es público o privado (no solamente es convencer a jueces, sino también a un público y prensa interesada), por lo que razonablemente se debe valorar las circunstancias que rodean la actuación pericial, sin salirse del contexto de las ciencias médicas.

Borobia y col (2007, pág. 154) “[...] el perito médico debe tratar de aproximar su lenguaje al conocimiento popular sin caer en lo chabacano ni excesivamente simplón”.

5) Vida cotidiana de un perito médico

Guillermo comparó la vida cotidiana de un perito médico como su primer día de práctica de semiología. Aquel día llegó temprano al hospital, el médico asistente proporcionó al grupo de práctica una historia clínica para su respectivo estudio. Los cuatros estudiantes que integraban el grupo, al leerla no lograron comprender gran parte de la terminología médica descrita, pues era algo nuevo para su inexperta vida médica. El momento de la visita médica fue peor, el interno de medicina comenzó a utilizar aún más terminología técnica, propia de la medicina humana. De aquella visita no recuerda casi nada porque casi nada entendió. Lo mismo sucederá en la sala de audiencia si el perito médico que lleva una vida cotidiana pericial, no logra convertir su lenguaje médico pericial de manera sencilla, cómoda, pero sin denigrarla.

Piña, 1998, pág. 19: “La actividad humana se caracteriza por la inquietud (construcción de un mundo netamente humano) y la plasticidad (es la edificación de múltiples mundos humanos)”.

Nuestro deber, como perito médico, es no menospreciar ni ridiculizar ninguna experiencia pericial pequeña, cuando lo importante es lo que se viene establecido como una vida cotidiana, porque hasta el perito menos experto puede ser el más experimentado en un campo poco estudiado y aplicado. Una experiencia pericial no se limita a un hecho pequeño magnificado por el escándalo, ni tampoco es un estado medible netamente por una estadística cuantitativa, porque es un conjunto de sub conjuntos de microsistemas, cuya implicancia por ser humana es totalmente compleja y digna de ser investigada.

Existen diferentes escenarios para el desenvolvimiento de lo que se conoce como vida cotidiana, para el perito médico su vida cotidiana es la vida pericial, catalogada por algunos como sin sentido para la parte médica, no siendo valorada por ser poco común. En cambio, muy apreciada por el NCPP, en donde se requiere de peritos

que tengan una honrosa vida cotidiana pericial, preparados, capacitados para el desenvolvimiento pericial al ser solicitados.

Si pretendemos buscar elementos que sustenten el porqué actualmente los peritos oficiales con mayor frecuencia son los llamados a realizar este trabajo, diremos que es porque son parte del IML de Perú, ente rector forense nacional, mano derecha de la Fiscalía de la Nación. Sin embargo, existen también instituciones forenses privadas que ofrecen este servicio cuando son requeridas. Los médicos especialistas de instituciones de salud, alejados de la labor pericial, desconocen las ciencias forenses, algunos se rehúsan a inmiscuirse en la complicada vida pericial. Otros alegan que la labor que realizan de por sí ya es complicada para pensar en informes periciales. No desean conocer los códigos, facetas y experiencias que comprende esta ciencia. Sin embargo, bajo la sombra del NCPP, el hecho de no peritar por ninguna razón es excusa para tener descuidos al momento de realizar el acto médico. La vida pericial debe correr por las venas de todo profesional de la salud, ayuda a tener un panorama más amplio hacia un mejor desenvolvimiento laboral. Muchos médicos se arriesgan trabajando en condiciones que aumentan la probabilidad de eventos adversos, el NCPP les puede pedir explicaciones en cualquier momento.

El conocimiento científico cobra vital importancia al momento de llevar una vida cotidiana pericial. El informe pericial sin sustento científico no debería tener ningún valor ante los tribunales. La experiencia del día a día de un perito conforma la vida cotidiana pericial, la cual se vuelve única y representativa si adquiere la ciencia entre sus líneas. Muchas de estas pericias son valoradas como las más confiables para la emisión de una sentencia, fruto de la habilidad del perito en el arte de la oratoria y elocuencia persuasiva.

La realidad, como la vida cotidiana del perito está basada en que nadie está libre de ser parte del NCPP, este escenario convive con otras experiencias que se amoldan y se sujetan a la pericial. Esta forma de vida lo lleva a observar errores recurrentes en el acto médico de otros colegas, tal como lo menciona Berger y Luckman, (1968):

“[...] comparada con la realidad de la vida cotidiana, otras realidades aparecen como zonas limitadas de significado, enclavadas dentro de la suprema realidad caracterizada por significados y modos de experiencia circunscritos, cuyo mundo se estructura tanto en el espacio como en el tiempo (Berger y Luckman, 1968)”.

Claro está que el peritar no siempre es el centro de la vida de un perito, pero la vida pericial lo hace más perceptivo a circunstancias usualmente comunes que lo acercan a la labor forense.

Pero la realidad puede ser una distorsión hecha por el lenguaje. Un vendedor nos puede instar a comprar un televisor 3D, sin existir disponibilidad de películas 3D. El orador puede convertir su realidad atractiva para los demás, logrando internar su “yo” desplazando o sobreponiéndose al “otro” cuya realidad es ajena. Un mismo acertijo tendrá dos respuestas diferentes si se pregunta a dos hombres con vidas cotidianas totalmente distintas.

Para algunos filósofos - biólogos todo evoluciona continuamente, la importancia de una vida cotidiana es cómo se plantea y replantea, punto inicial que permite interactuar de la mejor manera con la sociedad.

Un perito médico sin vida cotidiana forense, justificada en lo científico - intelectual, es un moribundo o tal vez un muerto para el NCPP, tal como un antiguo rey egipcio sin el río Nilo. Un perito médico hace una vida cotidiana forense al: a) trabajar con cadáveres; b) realizar informes periciales; c) participar en debates periciales; d) al escribir un libro del ámbito forense; e) mirar la medicina legal en todo acto médico, f) conocer y reconocer sus debilidades y carencias, g) proponer y realizar investigación científica del ámbito forense; y sobre todo h) estar siempre capacitado para brindar apoyo judicial cuando sea solicitado.

Todos los peritos pueden conocer qué tan buena es la vida pericial del perito contrario, la relación se establece al momento de estudiar, analizar y cuestionar las debilidades científicas de su informe pericial presentado. El momento idóneo de darlo a conocer es en el juicio oral, en donde se debate, cuestiona, ataca y se logra

comprobar si la razón de la pericia contraria es superior o inferior, según su argumentación al exponer o encubrir información. Hecho que describe Kosik (1967), y es tomado en cuenta por Galeana (1999, pág. 78) y Rojas y Ruiz (2001, Pág. 22) como:

“[...] la cotidianidad es un mundo fenoménico en el que la realidad se manifiesta en cierto modo y, a la vez, se oculta”.

En el juicio oral, el perito médico debe expresarse con elocuencia en la exposición y valoración de la prueba, convirtiendo su presentación en una experiencia beneficiosa. El perito oficial, por su vida única pericial, tiene ventaja sobre el perito de parte, quien reduce la diferencia si se instruye con buena bibliografía, se pone en igualdad de condiciones cuando consume una vida cotidiana pericial, superándolo si además investiga, creando nuevo conocimiento científico, siendo considerado como perito médico investigador. Hay mucho por mejorar, para el ámbito médico legal nadie es dueño de la verdad.

BIBLIOGRAFÍA

Accatino D. (2006). La fundamentación de la declaración de hechos probados en el nuevo proceso penal. Un diagnóstico. *Revista de Derecho*, Vol. XIX - Nº 2, Páginas 9-26

Berger P., Luckman T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina. Editores Amorrortu

Berger P., Luckmann T (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu S. A. Capítulo I, pp. 36-65

Borobia C., Mercader J., de la Puebla A. (2007). *Valoración Médica y Jurídica de la Incapacidad laboral (Primera Edición)*. Madrid, España. Editado: Wolters Kluwer, S.A

Dollfus O. (1991). *Territorios andinos: reto y memoria*. Lima, Perú. Editor: Institut français d'études andines, Instituto de Estudios Peruanos.

Galeana S. (1999). *Promoción social: una opción metodológica*. México. Editado: Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM/Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Gamboa A. (2006). La oralidad en las etapas previas al juicio penal. *Revista de doctrina judicial*, Nro. 23, 7

Hanisch H. (1982). Contribución al estudio del principio y de la práctica de fundamentación de las sentencias en Chile durante el siglo XIX. *Revista de Estudios Histórico-Jurídicos*, VII. pp. 131-173.

Harris, M. (2010). Antropología Cultural. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 431. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.04.005>

Navarro F. (2002). En pos de la verdadera causa de los anglicismos médicos. *Ars Médica. Revista de Humanidades Médicas*; 1: 53-64.

Pierre J. Ch. Ricoeur P. (2001). La naturaleza y la norma: Lo que nos hace pensar. México. Editorial: S.L. Fondo de Cultura Económica de España.

Piña J. M. (1998). La Interpretación de la Vida Cotidiana Escolar – Tradiciones y Prácticas Académicas (Primera Edición). México. Editado: Centro de Estudio sobre la Universidad/Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Rojas R., Ruiz. A. (2001). Apuntes de la Vida Cotidiana: Reflexiones Educativas (Tercera Edición). México. Editado por Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Ruiz L. (2006). La interpretación de conferencias y la comunicación especializada en el ámbito de la medicina: estudio de la situación en España [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada.

Capítulo quinto

EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL Y LA ÉTICA MÉDICA PERICIAL

SUMARIO

1. Ética médica para Guillermo. 2. La ética médica en el Nuevo Código Procesal Penal. 3. La ética del perito médico y el acto médico. 4. Corrupción al peritar ¿Una realidad? 5. Episodios.

1) **Ética médica para Guillermo**

A pesar que es una disciplina filosófica, requisito fundamental para la graduación de todo médico cirujano, la ética médica otorga un camino moral que a muchos no les interesa seguir. Para ser generoso y no magnificar el comentario, en algunos hospitales, clínicas, morgues o cualquier recinto donde labora un médico, quizás en este momento se esté testificando su transgresión.

En sus escritos Guillermo nos hace referencia de eventualidades antiéticas que observó cuando desempeñaba su vida pericial. En una página describe la importancia de contar con un jefe o superior que guarde y predique las características de moralidad. El jefe máximo de una institución, por ser la cabeza visible, representa lo que la institución quiere reflejar, si la corrupción empaña su estadía, definitivamente enluta con el infortunio a toda la institución. Para entender esta parte basta una simple pregunta ¿Cómo catalogan los trabajadores a su jefe inmediato? Se obtendrá sorpresa, porque el comportamiento ético/no ético de toda

persona no solamente está influenciado por su medio interno, pues se ha demostrado que también asoma la influencia de factores externos, como el contar con un superior que pregone alguna de estas dos conductas.

Teoría de Roles (Merton, 1957): “Las personas que tienen un rango superior de poder y autoridad en la empresa influye de manera decisiva sobre el comportamiento y actitudes del individuo, quien a pesar de su propia conducta moral toma una decisión final influenciada por ésta”.

“Los individuos influenciados por su superior pueden obedecer órdenes incluso en contra de sus buenas costumbres”. (Treviño, 1986). “Pero esta acción se puede volver consciente cuando existe en la empresa injusticia e inequidad”. (Litzky, Eddleston, y Kidder, 2006).

Ahora se puede entender porqué existen instituciones con jefe que pregonan conductas antiéticas, e incluso corrupción, que a pesar de las evidencias cuentan con el apoyo de un sector de los trabajadores. Lo ideal de toda institución es contar con un líder que represente el estándar de lo ético, entendiéndose como tal a la persona que tiene dos cualidades que soportan su liderazgo: a) ser una persona moralmente buena, y; b) tener una figura que demuestre ser el directivo moralmente bueno. El jefe que pregone la ética debe llevar este mensaje a todos los niveles de su empresa sin importar que tan lejos se encuentre el último trabajador (Treviño, Hartman y Brown, 2000).

Es probable que médicos discrepantes con la conducta antiética comentarán, “*yo tengo un jefe que no trabaja con ética, de seguro considero que merezco mejor trato o pago institucional, pero no por eso voy a actuar como él*”, ¿Por qué yo no puedo actuar antiéticamente? Probablemente a leer las siguientes líneas pueda obtener alguna respuesta.

En una capacitación llevada a cabo en la ciudad capital, Guillermo, conversando con un colega de sede distinta, llegaron al tema de la ética médica forense en sus respectivas sedes. El colega comentó:

“El jefe de la sede es eterno, si por él fuera sería jefe de por vida, ético no es, sabemos de sus vilezas, es mejor no catalogar personas, pero molesta y desanima [...]”.

Si bien la cabeza institucional puede estar éticamente enferma, existen médicos que en silencio realizan sus funciones con una conducta moralmente intachable. En ellos está la teoría predominante del locus interno sobre el externo (Collins, 2000), que le permite asumir una conducta responsable, tomando decisiones y acciones en su vida gobernada por la moralidad (Treviños y Nelson, 2004). Algunos sustentan su buen actuar en el ámbito religioso, lleno de valores y conductas éticas (Conroy y Emeron, 2004). No son personas maquiavélicas²³ (Bloodgoog, Turnley y Mudrack, 2010), cuyo actuar está alejado de una conducta moral. Tampoco tienen creencias relativistas/universalistas, en donde todo es relativo, no exista una verdad absoluta; es decir, no hay un estándar de moralidad (Sparks y Hunt, 1998). Son personas que les importa lo que los demás puedan pensar de ellas si actúan inmoralmente, por eso evitan actuar de manera antiética (Nonis y Swift, 2001). Desean ser admirados, forman grupos basados en la autoestima de una filosofía moralmente idealista (Singhapakdi y Vitell, 1993). Un médico que cumple con estas cualidades éticas es difícil de corromper, ni siquiera su jefe superior insinuará un acto ilícito en su presencia.

Guillermo, como perito médico, había experimentado anécdotas para nada graciosas, algunas pusieron a prueba su ética laboral, y estaban escritas en el cuadernillo entregado:

Una mañana ingresa a la sede forense un varón de piel morena, sin terno, pero con ropa elegante, en cuyo hombro colgaba un maletín negro. Se dirige rápidamente al consultorio médico, en ese momento atendido por Guillermo, presentándose como gerente de una empresa puneña, toma la palabra: “*doctor, como se habrá enterado en la madrugada se produjo un accidente de tránsito,*

²³ En él vive el engaño, la manipulación, las acciones perversas que justifican el fin hacia el logro de sus objetivos

*hay un cadáver que está llegando a la morgue, el fiscal ha dispuesto la realización de la necropsia de ley, necesito de su apoyo para que el procedimiento se realice prontamente”. Sacando un sobre manila de su maletín, concluyó diciendo “esto es para usted”. Guillermo lo mira sorprendido indicándole, “por favor guarde ese sobre en su maletín, no es necesario, la necropsia se realizará apenas llegue el oficio fiscal”. El visitante quedó sorprendido, sin decir palabra, observaba al perito que agregaba, “mi apoyo será realizar lo más pronto la necropsia de ley, en más no lo puedo ayudar, ahora por favor, espere afuera”. Si bien pudo denunciarlo ante las instancias respectivas, él concordaba que: *el mejor aprendizaje para una persona pensante es el ejemplo; además al denunciar sería un pleito de palabras con pérdida de tiempo y dinero.**

Si la población actúa antiéticamente es porque existe alguien que institucionalmente los está mal acostumbrando, hecho que puede ocurrir en cualquier entidad estatal. La población que no tiene ética sigue la ruta o lazos trazados para conseguir el nombre del escurridizo individuo deshonesto, al emprender el camino se encontrará con señales corruptas que luego concluirán con un vil acuerdo. En el trayecto estará forzado a evitar profesionales que de seguro le negarán cualquier inusual demanda.

El problema de falta ética médica es más amplio y sensible de lo que realmente aparenta, se viene diagnosticando esta presunta efímera enfermedad en el mismo médico, siendo los casos libres de la patología los que abogan por la alegría y prestigio del gremio. Para el NCPP, en donde el perito médico bajo juramento afirma declarar una verdad objetiva, la ética médica es la que debiera escribir y estar presente en cada párrafo de su informe pericial. Si bien su trabajo es identificar un patrón objetivo lógico significativo de una realidad que puede ser total o parcialmente desconocida por los administradores de justicia, dependerá de su conducta moral el convertirse en un profesional capaz de ser un sujeto - testigo de una falsa o verdadera realidad, según la honorabilidad que pregone.

El acto médico sin ética es como un androide sin espíritu, no es el médico que lo realiza sino un ser que de humano no tiene nada. La verdad puede tener diferentes puntos de objetividad, buscarla es una labor pericial nada fácil, el bando pericial no es análogo de ninguna falsedad o veracidad, cuando existe una verdad lógica que defender.

2) La ética médica en el Nuevo Código Procesal Penal.

La Ley N° 15173 del 16 de octubre de 1964, crea el Colegio Médico del Perú (CMP)²⁴, precisando en su Art. 5, que constituyen fines de la Orden, entre otros, el cuidar para que el ejercicio profesional se cumpla de acuerdo con las normas deontológicas contenidas en el Código de Ética profesional que el Colegio dicte (Mendoza, 2011). El primer código de ética data del año 1969, cuya base era el bienestar del paciente, teniendo el médico la potestad de poder decidir lo mejor para él, como si se tratase de un familiar. Esto fue modificado en el año 2000 debido a los avances de la medicina, publicándose el segundo código de ética²⁵. En el año 2007 se realiza una revisión desarrollando los derechos del paciente y los conceptos de la bioética, vigente desde el año 2008²⁶. Podrán cambiar las palabras, agregar o reducir artículos, pero la ética médica seguirá siendo la misma.

El NCPP es concebido como:

“[...] un método bilateral en el cual dos sujetos naturalmente desiguales discuten pacíficamente en igualdad jurídica asegurada por un tercero imparcial que actúa al efecto en carácter de autoridad, dirigiendo y regulando el debate, para llegado el caso, sentenciar la pretensión discutida [...]” (Alvarado, 2007, pág. 25).

Esta nueva etapa procesal, por tener repercusión en terceros, está vinculada con el buen actuar del perito médico quien será probo al momento de intervenir, manteniendo el código de ética y deontología en todo acto médico pericial realizado.

²⁴ Colegio Médico del Perú. (2008). Ley de Creación y Modificación. Estatuto. Reglamento. Código de Ética y Deontología. Trabajo Médico, Ley y Resolución. Ley General de Salud. Lima: Consejo Nacional del CMP.

²⁵ Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima: Consejo Nacional del CMP; 2000

²⁶ Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima: Consejo Nacional del CMP; 2007

Si bien al momento de realizar un peritaje se busca una verdad probabilística, al ser hallada es la ciencia la que se pronuncia. La labor del perito médico como intérprete e intermediario, es buscarla en lugares con alta credibilidad, bajo el rigor del prestigio de toda una comunidad científica, porque moldear parcialmente la ciencia a una coartada es un dogma incompleto.

Sin embargo, el perito médico no es un mero tramitador de la ciencia, su misión es analizar, cuestionar, ensamblar y concluir una realidad en verdad lógica significativamente probable. Evitará el papeleo y los fundamentos subjetivos que convierte al experto en títere de payasos corruptos que pululan en todo lugar.

Puede ser fácil alejarse del código de ética, y como gatos esconder el excremento de actos repugnantes. El perjuicio no solo es con los demás, lo es también con uno mismo. Alejado de la ética médica, el profesional médico se vuelve una patraña, estafa para confundirse entre la idoneidad de grandes y verdaderos colegas con historial limpio e intachable.

El personal que asume un estilo de vida basado en la artimaña, canibalismo oportunista, alejado del paciente y del bienestar de un gremio servidor, toma como mejor cortina de humo acciones fingidas a favor del necesitado, hace pública miserables acciones, cual migaja de pan al perro para ganar miradas. Los médicos son los que tienen sólida personalidad, no son maleables pero si adaptables, están colmados de vocación y motivación, actúan bajo consistentes principios éticos adquiridos desde el hogar, algunos con fe y sin buscar salidas hechas por el hombre, para el hombre y sin él, el trabajo del médico no tiene límites, abarca desde lo espiritual hasta el templo terrenal.

Un panorama de incertidumbre con engaños no puede predominar al realizar un informe pericial. Si el médico perito, por decisión interna exterioriza un alejamiento en la veracidad de sus hallazgos, está aceptando y consumando un acto delictivo. Su motivación ojalá sea la ignorancia y no una complicidad deshonesto infractora, al menos en la primera reconocerá su inconsciente realidad al ser apabullado en el debate pericial, porque si es la última opción la defenderá logrando ensamblar el

trío perverso “falsa realidad - ciencia - coartada”, donde se acomoda la ciencia para un mal proceder. Para esta última se requerirá de un buen experto que pueda desenmallar tanta injusticia.

Durante las exposiciones en un debate pericial los peritos médicos asumen la ética médica y el respeto mutuo:

Artículo 70° del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: “[...] faltando a la ética el médico que difame o injurie a otros médicos, de modo tal que afecte la reputación profesional o científica de un colega”.

Artículo 71° del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: “Los médicos legistas y médicos que realizan labores de auditoria médica, deben conformar sus actos a las normas establecidas en el presente Código. En sus informes, deberán limitarse a establecer causas, hechos y conclusiones de orden científico-técnico, absteniéndose de formular juicios de valor sobre la actuación de sus colegas o apreciaciones u opiniones que induzcan a terceros a comprometer la responsabilidad profesional de éstos”.

El acto médico está basado en el principio de responsabilidad y abnegación, pilares fundamentales y distintivos del trabajo del médico cirujano. Su contenido, vigilancia evaluación ético-deontológica se rige por el Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú (Artículo 4 de la ley del trabajo médico del Perú). Ya que los actos médicos son de exclusivo ejercicio del profesional médico (Art. 5 de la ley del trabajo médico del Perú), es el médico cirujano quien asume la responsabilidad legal por los efectos del mismo, siendo deber del Estado el garantizar las condiciones necesarias para su cumplimiento.

Guillermo detalló que un día un fiscal acude a la división forense y señalando el consultorio médico ingresa rápidamente, y en voz alta, casi gritando, solicita al médico:

¡Necesito evaluación médico legal para este detenido...! Además, requiero del resultado inmediato.

El perito le solicita algún documento del despacho fiscal para valorar la solicitud. El fiscal, al no contar con ninguna solicitud, levanta aún más la voz.

¡Yo soy el fiscal y requiero de esta pericial!, no importa, me lo da en un papel simple con su puño y letra.

Al parecer, el representante del MP olvidó que el acto médico le compete al médico, ni el fiscal ni nadie puede obligarlo a realizarlo cuando se va en contra de la ética médica y del NCPP.

Artículo 6, de la ley del trabajo Médico del Perú: “No podrá ser obligado a ejercer el acto médico, si las condiciones de infraestructura, equipo o insumos no garantizan una práctica médica ética e idónea, con arreglo al Código de Ética del Colegio Médico del Perú, [...] salvo aquellos actos médicos exigidos por la atención de un paciente en situación de emergencia”.

Si ponemos en el tapete las necesidades del médico en su centro laboral, de seguro muchos médicos se opondrían a trabajar en las condiciones actuales, alguien les ha preguntado ¿Por qué no lo hacen? Ahora las gerencias y alta direcciones dan falsos estímulos, como bonos de producción, en donde centros hospitalarios que no sobrepasan los indicadores de gestión no son merecedores de dicho beneficio. El pensamiento de la mayoría de médicos es distinto, el paciente es lo primordial, es una vida no un número, con que el médico salve una vida al mes está justificado todos sus beneficios, sobre todo el agradecimiento de los familiares.

Estamos aburridos cuando el gerente llama a reunión, viene con sus administrativos a darnos charlas, tratando de enseñarnos datos positivos de sus indicadores. Ellos se llevan el crédito por una gestión que realiza el médico y el personal de salud al atender pacientes sin las condiciones adecuadas, todavía se estresan cuando dicen que “*estamos flaqueando en el indicador de las cirugías de tipo A*”, cuando no saben que las cirugías B se realizan reusando material desechable. Quienes nos amanecemos en los hospitales no luchamos por una gestión, no nos importa si está el mejor gerente del mundo, o como usualmente sucede los mismos de siempre, es

el paciente que está frente a nosotros lo que realmente importa, los números fríos, sin ningún beneficio están hechos para justificar el trabajo de otros, no del médico.

En el estudio de la historia del Perú se ha desarrollado el término de peruanidad:

“[...] el comprender el gran mestizaje nacional en donde la conciencia pública y la confraternidad del blanco, mestizo e indio pueden lograr una conciencia pública mediante la solidaridad de sus costumbres” (De la Riva Agüero, 1966).

Lamentablemente, aún siguen latente las discordias entre este gran mestizaje porque para unos cuantos, no todos son indios, no todos son blancos y no todos son mestizos. Si se recorriera los caminos del imperio incaico, en sus ruinas se observaría lo imponente que fue, todos forjaron una civilización al logro de objetivos debidamente planteados. El legajo que movilizó la gran sociedad se basó en tres principios o normas que se cumplían obligatoriamente, ama sua, ama llulla y ama quella; el no seas ladrón, no seas mentiroso y no seas ocioso, fueron consideradas como las máximas pautas del imperio, quizás comprendieron que en lo simple está el éxito.

Mariátegui (2007, pág. 134), refirió que:

“[...] todos los testimonios históricos coinciden en la asección de que el pueblo inkaico - laborioso, disciplinado, panteísta y sencillo- vivía con bienestar material. Las subsistencias abundaban; la población crecía”.

El delito actual corrompe estas tres simples normas como si con los años no hubiésemos sido capaz de diferenciar que matar, robar, coludirse son un ejemplo del quebrantamiento del estado de derecho. El NCPP en el Perú es como un recién nacido que debe lidiar con el meconio que existe en casa, al crecer tiene que limpiar o cortar las manos asquerosas de aquel que lo quiere tocar, degollar aquellas putrefactas caras enfermas que lo quieren besar, si para algo llegó esta nueva etapa es para ser testigo del enfrentamiento que se da entre padres e hijos, la muerte matrimonial, parricidios, violaciones sexuales, corrupción, trata de personas, abuso a menores, y todo lo peor de una sociedad.

Si fuera una justicia platónica igual de anómala sería, no tenemos arcángeles ni querubines de jueces, nuestras autoridades son tan humanas e imperfectas como cualquier persona de este planeta. Por ende, siempre estará presente de manera agria pero fehaciente la frase célebre de Gonzáles Prada (1924) “El Perú es un organismo enfermo que donde se aplica el dedo brota la pus”.

3) La ética del perito médico y el acto médico

Con o sin razón, con el NCPP en Puno algunos médicos vienen siendo acusados por realizar presuntos actos negligentes. Los demandantes insatisfechos, con enojo y en uso de su derecho demandan justicia por un hipotético mal actuar médico, en cuya hipótesis se asoma el incumplimiento de parámetros para la atención, que están descritos y analizados en guías y protocolos de la profesión médica.

En estos casos el perito médico viene siendo requerido a fin de emitir un pronunciamiento que pueda explicar los acontecimientos científicos que pudieron ocurrir en el presunto delito. Ambas partes en disputa contratan expertos que puedan contribuir al logro de sus objetivos procesales. El perito tiene dos opciones bien marcadas:

- a) Primero: Realizar un correcto análisis del acto médico cuestionado, y emitir un informe pericial objetivo bajo el sustento imparcial de la ciencia médica al servicio de la justicia. Seguramente los peritos de ambas partes llegan hasta este punto de coincidencia, espacio inicial para seguir líneas iguales o distintas, según la coartada esbozada.
- b) Segundo: Nada recomendable, por ir contra la ética médica constituyendo un acto delincencial desleal. El perito malicioso intentará encubrir un delito, sinónimo de parcialización inescrupulosa. Tendrá como “modus operandis” la búsqueda de un conocimiento que únicamente se amolde y sustente conclusiones, obviando información. En su informe expondrá de manera maliciosa ciencia inconclusa, conclusiones basadas en segmentos de la misma, con la ocultación de información a fin de que se adapte a una

coartada preestablecida, induciendo al error a los administradores de justicia, ocasionando un acto jurídico ilícito con daño penal y civil.

La labor del perito no es únicamente acercar la ciencia a la justicia, es también tener un comportamiento ético y moral, ser probo en su labor, alejándose de cualquier influencia externa que contradiga su labor pericial. El hecho de cobrar un salario u honorario no es sinónimo de corromper la información. Para Guillermo, su principal incentivo era la búsqueda de conocimiento para conocer la realidad bajo los principios de una hipótesis con altas probabilidades de ser comprobada.

Recordemos que el perito médico es el profesional idóneo para una pericia, comprendiendo que su experiencia, honorabilidad y buen currículum lo recomiendan para apoyar a la justicia. Es capaz de refutar una pericia mal planteada o unirse a otra bien elaborada, porque es la ciencia que libremente encaja en diferentes conclusiones, pero es el juez quien con el análisis integral del expediente asume la pericia más fidedigna como parte de su sentencia. De ahí viene la importancia de la ética médica en la actividad pericial, es el perito médico que al momento de aunar la ciencia con información privilegiada del expediente, logra conocer los acontecimientos que rondan la denuncia. Pasa a ser un “*testigo fortuito*” al estudiar, comprender, enfocar y concluir un informe pericial de sucesos, de probabilidades explicadas científicamente para un presunto delito. Nadie puede impedir que al estudiar el expediente descubra una verdad, motivo para que algunos abogados intenten brindarle información incompleta, únicamente la favorable para la parte que defienden. Suficiente razón y motivo para que el experto se empape de todos los sucesos que el expediente expone, porque una pericia incompleta por falta de información se vuelve vulnerable al momento del debate pericial.

El médico acostumbrado a trabajar al filo de una denuncia, viene advirtiendo que con esta nueva etapa procesal no hay suficiente motivo para seguir tentando a la suerte. Ningún médico debe laborar en condiciones de carencia, porque lo que está en juego es su libertad y su buena reputación. La capacidad del estado para con la salud ha sido sobrepasada por beneficios de tinte político, se ha jugado con medidas

burocráticas endeudando la salud. La población que requiere una atención de salud ha crecido considerablemente, pero no así su cobertura. No es secreto que en los pasadizos de hospitales hay murmuraciones de compras de medicamentos y materiales de mala calidad, se esconden equipamientos e instrumental en mal estado, el médico y el personal de salud, cual piloto de un auto viejo arriesga su libertad y la vida de sus tripulantes al realizar el acto médico en estas condiciones. Salvo situación de emergencia para el resto la tranquilidad del galeno vale mucho más, aunque se desplomen los indicadores de gestión, considerados por muchos como el sustento de situaciones falsas y forma de esclavitud profesional, cuando son forzados.

Para el caso de la labor forense existen diligencias que se deben realizar con urgencia, por la probabilidad de pérdida de evidencia, si bien el perito médico no puede negarse, por ética médica tiene la obligación de dar a conocer si la diligencia se realizará en condiciones no adecuadas que podrían conllevar a errores involuntarios, que afectarían la investigación del representante del MP. El médico, en lo posible debe disminuir la probabilidad de errar al prevenir condiciones desfavorables.

En un congreso forense un ponente recordó

“[...] cada diligencia médico legal requiere de factores distintos para un adecuado acto médico”.

Guillermo, comentó que una mañana cuando se encontraba como único personal de guardia realiza el siguiente procedimiento médico legal:

Acudió una señora con su hija menor de cinco años, la solicitud mencionaba evaluación médico legal por probable violación sexual. El presunto autor estaba detenido, por lo que al representante del MP le urgía contar con el informe pericial. Se hace el procedimiento contando con el apoyo del fiscal, quien realiza la filmación del procedimiento, claro está previo consentimiento informado. La madre apoyó con la labor técnica, ayudando con la entrega de gasas y porta lámina al médico, mientras que el personal policial escribía lo que dictaba el perito. Las evidencias

encontradas fueron contundentes para que el agresor sea condenado a cadena perpetua, el juez concluyó que el informe pericial fue totalmente imparcial, lo que fue ratificado con los resultados de laboratorio.

A pocos días de la instalación del NCPP, la morgue de la ciudad de Puno no estaba implementada adecuadamente, carecía de lámparas cialíticas, de cámaras para la conservación de cadáveres, la mesa de necropsias era antigua, con desperfectos. Era imposible la realización de necropsias por la noche. Sin embargo, en una guardia nocturna, Guillermo atiende un llamado fiscal que solicitaba de forma verbal la pronta y urgente realización de una necropsia. Sin negarse al procedimiento, Guillermo le informa sobre las condiciones de la morgue, sin lograr persuadirlo, pues el funcionario insiste. Al llegar a la morgue, a fin de evitar problemas legales posteriores, Guillermo solicita levantar un acta a fin de describir y hacer constar las condiciones inadecuadas en las que se realizaría el acto médico. Pese a ello, el fiscal asume la responsabilidad del procedimiento, alegando que la urgencia provenía por exigencia de los familiares. Durante el procedimiento, el fiscal fue testigo de cómo los fluorescentes del techo no brindaban una iluminación adecuada para la observación de lesiones externas, ni mucho menos una visualización óptima de las cavidades ni órganos internos del occiso. Al término de la diligencia, el fiscal quedó convencido que la morgue de Puno no brindaba las garantías necesarias para una adecuada investigación preliminar en horas de la noche. Desde esa experiencia dicho representante del MP apoya el mejoramiento de esa morgue.

Un perito de la ciencia médica, sin importar la posición adoptada o su ubicación jurídica, mantendrá intacta su vocación hacia una correcta labor pericial. La base del informe pericial es la nobleza en la percepción del actuar correcto, lo malo no es tan malo, siempre y cuando el perito médico sea justo y sincero con los que buscan su servicio. La estrategia a seguir, según los hallazgos, se fundamentará en la evidencia científica disponible al momento de realizar la pericia (escribió Guillermo).

“[...] la aplicación de los conocimientos del experto a un supuesto concreto, emitiendo un parecer, evacuando una opinión o facilitando una información” (Flores, 2005, pág. 128).

“[...] si me respetas sabrás que jamás te aceptaré un soborno, jamás consentiré una mano corrupta en mi trabajo, pero si quieres mis servicios teniendo en cuenta las normas propias de mi institución, quizás puedas contratarme como perito, entonces todos sabrán que acepté ser parte de tu defensa porque encontré algo sincero, humano y verdadero que escudar, por lo cual merezco honorarios; actué correctamente y mi credibilidad sigue intacta”²⁷.

El perito médico debe ser motivado desde la universidad, con la experiencia y la buena reputación de sus maestros. El curso de medicina legal no debe ser dictado por médicos sin práctica en el tema o por profesionales de mala reputación. Sin embargo, se viene engendrando el miedo a ser perito con el mismo temor del maestro que no aprendió a peritar. El NCPP ha puesto al descubierto cómo algunos médicos especialistas se niegan a realizar pericias por el temor de ser examinados:

Artículo 181 del NCPP: Considera que se debe examinar o interrogar al perito en una audiencia.

Algunos de estos profesionales transmiten este tipo de temores en la docencia perjudicando la labor médica en el ámbito legal, no obstante, todo galeno al graduarse debe estar preparado para desempeñar esta función.

Es respetable cualquier otra opinión, pero se entiende que es obligación del médico conocer y aplicar la medicina legal no solo al servicio de los administradores de justicia, sino en todo acto médico que por competencia le corresponde. Si esta función no la realiza un médico entonces ¿Quién lo hará? Porque la responsabilidad legal del acto médico le corresponde al galeno desde que acepta brindar una atención. Por lo tanto, el médico no puede negarse a emitir un certificado médico de dicha atención alegando que “*estos casos traen problemas legales*”, o intentando evadir responsabilidades escribiendo al final la frase “*no válido para la parte médica legal*”.

²⁷ Jorge Félix Lévano, amigo de Guillermo, padre de quien escribe

Para Hipócrates la medicina era un arte que no debía morir con el maestro, y por el contrario debía ser transmitido de forma responsable al pupilo que deseara aprenderlo, siempre y cuando este oficio fuera aplicado para el bien, jamás para el aborto, para la eutanasia, injusticia, ni mucho menos para el mal, ni la corrupción. El trabajo como perito es seguir la línea de la ética, defender el gremio médico de la fuerza que lo contradiga deseando ensuciarla por un beneficio individual egoísta. Si bien el perito no cura enfermos, en sus manos está la oportunidad de disminuir injusticias y el delito si así fuera. Para ti, lector, cualquiera sea tu religión, filosofía u otra diferencia dada por el hombre en la búsqueda de la verdad, por ser médico eres parte de este arte. No es nada favorable escuchar que por ¿Soborno? la labor médica y forense puede ser parte de una presunta mafia perjudicando la verdad y la ética de un gran menester.

El Dr. Hugo Peña manifestó que el acto médico debe llevar consigo el principio de beneficencia (no causar daño), principio de equidad (sin privilegio), derecho de autonomía (el paciente brinda su consentimiento), principio de confidencialidad (secreto de información), principio de dignidad (sin humillación), principio de respeto (con cortesía), principio de solidaridad (compartir conocimiento y experiencia), principio de honestidad (no medicina defensiva), principio de lealtad (compromiso con el paciente) y principio de justicia (atención correcta)²⁸.

4) Corrupción al peritar ¿Una realidad?

Palmieri (1964), nos recuerda que para ser un buen perito médico es necesario ser un buen médico, pero esto no basta, se debe adquirir una sólida mentalidad jurídica y acertar en un repensar sobre los hechos biológicos, conocimiento que se adquiere con la investigación clínica.

“[...] no se puede ser un buen perito sin ser un buen médico, pero se puede ser un magnífico clínico y un perito mediocre”.

²⁸ “Presentación de Principios de ética y Deontología Médica”. Dr. Hugo Peña Camarena – Decano del Colegio Médico del Perú

El sistema corrupto es tan grande, canceroso e intimidante que enfrentarlo requiere talento y valentía, y para vencerlo se demanda un poder similar o mayor. Está presente desde siempre en la historia humana y es una constante lucha eliminar este nefasto sistema.

Algunos se excusan alegando:

“[...] qué hago, si los de arriba no hacen nada”,

“[...] acaso será que los corruptos tienen poder, parece que gozan de influencias, las sanciones no los alcanzan”.

Comentarios que representan el desahogo por el crecimiento de siglos de esta red criminal que busca anular valores, la libertad y el derecho de todos a una igualdad de oportunidades. Fue y es motivo de discursos políticos la presunta lucha contra la corrupción, proporciona triunfos electorales y cargos importantes; sin embargo el pueblo todavía no entiende que:

“El poder corrompe. El poder absoluto corrompe absolutamente”, aforismo descrito por Lord Acton, citado por Mandel (1994, pág. 276).

No es momento de preguntas sino de decisiones, toda persona y sobre todo el médico, perito o no, debe tener la mente puesta en los deberes, en su desarrollo personal y profesional al servicio de la sociedad.

Foffani (2001, pág. 59), puntualizó “El instrumento principal de la mafia y de las demás organizaciones criminales no es la violencia, sino la corrupción, pues esta última es por naturaleza propia silenciosa, favorece la mimetización, permite conseguir el objetivo deseado con menores riesgos y mina las instituciones desde su interior”. También referido por Sotomayor (2010).

Algunos comentan que si se prueba la corrupción con corruptos se percibe poder, blindaje y dinero. El perito médico nunca debe alejarse del motivo de su convocación:

“[...] cuando los tribunales o autoridades apelan a nuestro ministerio para que emitamos una opinión acerca de los hechos que someten a nuestro juicio, no es solamente ciencia lo que piden, sino también moralidad” (Mata, 1866, Pág. 208).

“El orgullo que ciega, la ignorancia, que nos hace dudar de nada, y la deshonestidad, que envilece y degrada son las tres taras psíquicas incompatibles con la misión del perito médico” (Simonin, 1973).

Gisbert (1998), nos recuerda que:

“[...] debe nacer en nuestro actuar el impulso vocacional apto para la función forense, ser objetivos al momento de interpretar las pruebas materiales, debemos reflexionar y tener sentido común para reducir cualquier problema, aun el más complicado, a sus términos más simples, debemos tener juicio para jerarquizar los hechos, subordinar lo secundario a lo principal y correlacionarlos entre sí, ser prudente en la elaboración de los dictámenes y, sobre todo, en la formulación de las conclusiones”.

El médico que se aleja de todo acto corrupto acata los consejos de antiguos tratadistas de esta disciplina. Ellos orientaban al experto a: 1) Saber dudar, desconfiar de los signos patognomónicos, porque tanto valor tiene en medicina legal la excepción como la regla; 2) Estar a la defensiva de todo dogmatismo, el aceptar como verdad solamente lo que es admitido y aprobado por todos los magisterios; 3) No creer en la infalibilidad de la técnica y poseer una dosis moderada de escepticismo, lo cual es compatible con la eficacia en la labor, permitiendo un sentido crítico de nuestra misión.

Brouardel (1986 – 1909), “[...] la calidad mayor que debe tener el perito no es la extensión de sus conocimientos, sino la noción exacta de lo que sabe y de lo que ignora”, texto también hallado en los escritos de Gonzales y col. (2005) y Romero (2002), sinónimo de ser prudente en sus informes periciales, que conjuntamente con

la objetividad²⁹, imparcialidad³⁰, veracidad³¹, honestidad³² reflexión y juicio³³ conforman los principios bioéticos de la actuación médica (Gonzales y colaboradores, 2005).

El médico tiene obligaciones morales de no hacer el mal a sus pacientes, bajo el principio dudosamente atribuido a Hipócrates de: "Primum non nocere"³⁴. Descrito por García y Ximénez (2010, pág. 62) como un principio ético de la práctica médica de no - maleficencia, el cual se ejerce sin discriminación de raza, edad, sexo, religión, u otra circunstancia (Gracia, 1989). Es imparcial al momento de redactar los informes periciales, dejando de ser perito de la parte para ser parte de una verdad, expresado en opinión con tacto, prescindiendo de epítetos y adverbios que dan cuerpo a un pensamiento con carácter apasionado, no adecuado para este tipo de actuaciones.

La veracidad deberá prevalecer siempre, cualesquiera que sean las consecuencias jurídicas y sociales que deriven de ella, los peritos en debate darán una verdad que puede o no ser coincidente, siendo el punto álgido y a la vez cumbre del juicio oral.

El lado oscuro no vive en la labor forense, lo que se percibe es el buen o mal actuar pericial, la sociedad juzgará a cualquier perito en uno de estos extremos. El médico que ha adoptado la ciencia pericial debe primero acreditarse frente a los administradores de justicia, con un digno y buen currículum para esta labor. El médico legista, parte del IML del Perú, institucionalmente está acreditado. Como empleado

²⁹ Norma fundamental para la interpretación de las pruebas y resultados obtenidos sin atender a posibles prejuicios o condicionantes, que pueden derivar de los propios hechos o de las circunstancias particulares de la persona a explorar.

³⁰ Expresar sus opiniones científicas prescindiendo de cualquier implicación afectiva sobre los hechos valorados, o sobre cualquiera de las partes contrapuestas en el procedimiento, realizando su valoración con independencia de las consecuencias jurídicas y sociales que puedan derivar de ella. Este principio de imparcialidad se resume en que el psiquiatra forense debe ser siempre y únicamente perito de la verdad.

³¹ El perito debe emplear un método que permita contrastar las conclusiones científicamente obtenidas, debiendo constituirse este principio de veracidad como uno de los soportes primordiales que guíe la prueba pericial forense.

³² Por la cual el perito permanecerá ajeno a cualquier interés espurio en las evaluaciones que se le encomienden.

³³ al objeto de racionalizar los hallazgos razonando de manera lógica sobre ellos, simplificando los problemas que pueden plantearse y jerarquizando lo principal sobre lo accesorio, hasta alcanzar las conclusiones válidas.

³⁴ Lo primero es no hacer daño

del estado recibe un sueldo, sea mucho o poco es libre de quedarse o retirarse de la institución en búsqueda de una mejor estabilidad laboral, pero cualquier pago que reciba de las partes en conflicto es considerado como soborno, sinónimo de corrupción.

La defensa de la pericia se fundamenta en la sinceridad del perito con la medicina basada en evidencia o providencia, además del aporte invaluable de una buena experiencia. Jamás será fundamento pareceres periciales o subjetividades, propias de una era de charlatanería, espiritualismo o chamanismo, la justicia peruana no se merece líneas vacías, carentes de conocimiento que son el reflejo de mediocridad.

Toda pericia debe ser correcta y éticamente elaborada. La coherencia basada en ciencia será el espejo de las conclusiones emitidas. Ningún perito médico puede contemplar únicamente la experiencia para definir un desenlace, salvo otras intenciones, el administrador de justicia no debería aceptarlo. El NCPP es claro, la evidencia es muda si no se puede demostrar y es nula si no cumple con requisitos establecidos. Cuando existe conflicto las partes suelen hacer lo imposible por la veracidad de sus declaraciones, que cuando abarcan un campo del experto necesariamente deben respaldarse en pericias, siendo la pericia médica de uso exclusivo de los médicos, de ahí la importancia que se escriba de ética y deontología médica.

Si eres parte de la defensa de un presunto ladrón, asesino, criminal o violador, no es un delito, la búsqueda de la verdad no tiene vereda ni esquina jurídica preestablecida, si existe una mínima probabilidad a defender una verdad estarás en lo correcto. La buena defensa reduce penas, ayuda a liberar inocentes y a sentenciar culpables. El NCPP no está para respetar condición social, raza, profesión u otra diferencia, porque nadie está libre de permanecer en la silla de los acusados o del acusador.

5) Episodios

Digamos que fue el destino que lleva a Guillermo a Puno, y uno de sus motivos fue el aportar y ser parte de una diversidad cultural que es un orgullo para el Perú, tal como escribió:

“[...] todo estará bien cuando sea propio el respetar los pensamientos aymaras, quechuas, o cualquier otro, mientras que no entren en conflicto con los principios y valores adaptados e inculcados hacia el alma de nuestro ser social, pero si llegase a existir controversia, se requiere de prudencia, calma como un buen camino para mantener el ánimo de respeto, comprensión y adaptabilidad democrática; además de pensamientos equilibrados de paz y tranquilidad, sin ánimo discriminador, ni mucho menos el afán de ser aislado porque la sangre peruana es el fruto de la gran interrelación cultural”.

La profesión médica, ya sea en la etapa de estudiante o como profesional, lleva al médico a dedicar parte de su vida al ámbito social. En su recorrido como médico cirujano serumista por pueblos andinos aprende los orígenes de sus raíces, la generosidad y el desprendimiento de la pobreza; pero también que sin una adecuada educación pueden ser fácilmente influenciados por malos elementos.

El desenvolvimiento de un pueblo democrático pero que vive en desorden, informalidad, contaminación y sin respeto a los derechos de los demás, es un caldo de cultivo para la corrupción, lo que muchas veces se refleja en las autoridades que eligen.

El médico tiene familia y derecho a gozar de una vida sin carencias, pero no por medio de actos que contradicen las buenas costumbres y la ética. El perito médico de Puno con el NCPP tiene en sus manos una gran responsabilidad, y un compromiso con la ética médica.

Una tarde, cuando Guillermo estaba en el consultorio, se acerca una persona que se presenta como representante legal de un peritado, y requería de un favor pericial. *“Doctor, mi patrocinado tiene un problema que con su apoyo puede ser solucionado”*. Antes de que concluyera, el perito le dijo *en este consultorio solo se*

atiende con la verdad, no se permiten favores a cambio de algo, espero que su propuesta siga esa línea porque si no voy a llevarlo a la fiscalía de prevención del delito. El hombre no dijo más y se retiró.

Los peritos médicos, sobre todo los oficiales, no pueden convertir el conflicto ajeno en un tema de interés personal lucrativo, pues de ser así se resquebrajan los cimientos de la institución y se pierde la decencia. No obstante, no faltan los susurros de pericias a cambio de algo.

[...] una vez, un señor acude con solicitud de fiscalía de provincia preguntando:
¿Cuánto cobra por un certificado médico legal a mi favor?

Una pregunta directa a la yugular del perito. Existen profesionales que deshonran a una institución, pero otros que luchan y se esfuerzan por mejorar.

Los grandes pensadores del conocimiento científico no han ideado la fórmula para que todo acto sea el éticamente correcto, pero es imposible que el ladrón no sepa que es ladrón hasta que se le acusa como tal, porque es un ser totalmente racional. Al ofrecimiento de un acto anti ético “el ello”, “el yo” y “súperyó”, entran en conflicto, debiendo resultar en una decisión que al final para bien o mal convierten a estos elementos en meros cómplices del acto resultante.

Manuel María Núñez Butrón, de padres arequipeños, se ganó el respeto y el mérito actuando con valores, es probable que haya tenido desaciertos pero logró ser médico mediante esfuerzo y dedicación. Actualmente somos conscientes, tal como lo menciona Brunner y col. (1995) que:

“[...] la carrera de Medicina Humana es catalogada dentro del modelo clásico como una de las “grandes profesiones”, susceptible al deterioro como tal, debido a la rápida masificación, los bajos niveles de escolarización de los ingresantes, el descrédito de las prácticas pedagógicas convencionales, y la inflación de los certificados educacionales”.

Las distintas universidades son los semilleros de profesionales, su labor es grande pero se hace pequeña cuando el destino de una semilla se coloca en manos

equivocadas; porque la ética tiene la perspectiva de aquel que la pregona, con un Dios o sin él, jamás debe ser distinta al de la justicia, honestidad, amor y bondad (Platón, 2005).

“Cada sociedad posee un acervo genérico de valores (o desvalores) que luego se va traduciendo en manifestaciones concretas sobre los distintos ámbitos de la vida social (familiar, asociativo, convivencial, político, etc.). Vista, así las cosas, es lógico que la vida pública – que es la única que aquí interesa- refleje con fidelidad la temperatura ética del cuerpo social conjunto, de tal manera que una sociedad honesta no tolerará la existencia de una clase política corrupta ni una sociedad corrupta escapará a las prácticas deshonestas de sus gobernantes. Cada sociedad tiene el gobierno, la administración y las empresas que se merece y que, en definitiva, forman parte de su seno, ya que de ella han emanado” (Torca, 2003, pág. 107).

Guillermo señaló que un buen día recibió la visita de un representante de entidad pública, quien trató sobre el delito de violación sexual de una menor de seis años. La propuesta fue realizar una falsa declaración en el debate pericial. Guillermo debía señalar frente al juez que las lesiones anales halladas en la menor, no solamente pudieron ser producidas por penetración de un pene, sino también quizás por un objeto contuso, tipo palo de escoba o por estreñimiento. Antes de retirarse, el corrupto indicó que por su trabajo le iban a pagar muy bien y que no tenga miedo porque habían contratado a dos peritos médicos quienes se pronunciarían en la misma línea. Guillermo no aceptó aquella manipulación de la verdad, por el contrario, en el debate pericial fue un acérrimo defensor de su pericia, pero tuvo que lidiar con los dos peritos contratados, quienes declaraban barbaridades, afirmaciones basadas en una experiencia inexistente para la ciencia médica.

La población tiene la primordial función de formalizar sus denuncias, los funcionarios de las instituciones dejar de esconderse al momento de brindar un servicio, el personal médico llevar el código de ética del Colegio Médico del Perú, desde la etapa de pre grado.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado A. (2007). La Imparcialidad Judicial. Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Garantista. Editorial Egacal.

Basados en (Mateo 7:1-5). Donald A. (1996). Una exposición bíblica de Mateo 5-7: El Sermón del Monte (Primera Edición). España. Editorial: Publicaciones Adamio.

Bloodgood J.M., Turnley W.H. y Mudrack P.E. (2010). Ethics instruction and the perceived acceptability of cheating. Journal of Business Ethics. Vol 95, pp 23 - 37

Brouardel, P. (1986 – 1909). Cours de Médecine Légale. Paris, Francia. Editorial: J.B. Baillière.

Brunner J. Balán J. Courard H., Cox C., Durham E., García A., Kent R., Klein L., Lucio R., Sampaio H., Serrano M. Schwartzman S. (1995). Educación Superior en América Latina una Agenda de Problemas, Políticas y Debates en el Umbral del año 2000. Santa Fe, Colombia. Editorial Universidad de Colombia, Santa Fe de Bogotá.

Colegio Médico del Perú. (2008). Ley de Creación y Modificación. Estatuto. Reglamento. Código de Ética y Deontología. Trabajo Médico, Ley y Resolución. Ley General de Salud. Lima: Consejo Nacional del CMP.

Collins D. (2000) The quest to improve the human condition. Journal of Business Ethics. Vol 26, pp 1 – 73.

Conroy S.J. y Emeron T.L.N. (2004). Business ethics and religión: religiosity as a predictor of ethical awareness among students. Journal of Business Ethics. Vol 50, pp 383 – 396.

De la Riva Agüero J. (1966). Estudio de Historia Peruana: Las Civilizaciones Primitivas y el Imperio Incaico. Perú. Editorial: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Flores I. (2005). La prueba pericial de parte en el proceso civil. Valencia, España. Editorial: Tirant lo Blanch.

Foffani L. (2001). Criminalidad organizada y criminalidad económica. Barcelona, España. Revista Penal N°02.

García A. Ximénez L. (2010). Ética y Valores II: con enfoques de competencia. México. Editorial Cengage Learning.

Gisbert C. (1998). Medicina Legal y Toxicología (Quinta Edición). Barcelona, España. Editorial Masson.

Gonzales M. (1924). Horas de lucha. Perú. Editorial: Tipográfica Lux.

González J., Rapún A., Altisent R., & Irigoyen J. (2005). Principios éticos y legales en la práctica pericial psiquiátrica. Cuadernos de Medicina Forense, (42), 275-285.

Gracia, D (1989). Fundamentos de Bioética. Madrid España. Editorial: Eudema. Pp.505-6.

Litzky B.E., Eddleston K.A., y Kideer D. (2006). The good, the bad and the misguided. Academy of Management Perspectives, Vol. 20, N° 1, pp 91-103.

Mandel E. 1994). El Poder y el Dinero (primera edición). México. Editorial: siglo XXI editores, S. A. de C.V.

Mariátegui J.C. (2007). Los siete ensayos de la realidad peruana (tercera Edición). Perú. Editorial: Fundación Biblioteca Ayacucho.

Mata, P. (1866). Tratado de Medicina y Cirugía Legal (tercera edición). Madrid, España. Editorial: Baylli-Bailliere.

Mendoza A. (2011). Ética y Medicina: la Experiencia del Colegio Médico del Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 28(4):670-75.

Merton R.K. (1957). The Role Set. British Journal of Sociology, Vol. 8 pp. 106 – 120.

Nonis S., y Swift C.O. (2001). Personal value profiles and ethical business decisions. Journal of education for business. Vol 76, pp. 251 – 256.

- Palmieri V. (1964). *Medicina Forense*. Morano. Italia, Napoli. Editorial: Morano.
- Platón. (2005). *Eutifrón o de la santidad*. Diálogos. México. Editorial Porrúa. Vol. 1. (pp. 39-55).
- Romero J.L. (2002). La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica. *Cuadernos de Medicina Forense*, (27), 11-28.
- Simonin C. (1973). *Medicina Legal Judicial (Segunda Edición)*. Barcelona, España. Editorial Jims.
- Singhapakdi A., and Vitell S.J. (1993). Personal values underlying the moral philosophies of marketing professionals. *Business & Professional Ethics Journal*. Vol 12, pp. 91 – 106.
- Sotomayor Acosta, J. (2010). Criminalidad organizada y criminalidad económica: los riesgos de un modelo diferenciado de derecho penal. *Revista de Estudios de la Justicia*, (12), pp. 229-260.
- Sparks J.R., y Hunt S.D. (1998). Marketing researcher ethical sensitivity: Conceptualization, measurement and exploratory investigation. *Journal of Marketing*, Vol 62, pp. 92 – 109.
- Torca M. Ramón J. y Col. (2003). *Responsa Iurisperitorum Digesta*. Salamanca, España. Ediciones Universidad Salamanca.
- Treviño L.K. (1986). Ethical decision making in organizations: a person – situation interactionist model, *Academy of Management Review*, Vol. 11, pp. 601-617.
- Treviño L.K., Hartman L.P. y Brown M. (2000). Moral person and moral manager: how executives develop a reputation for ethical leadership. *California Management Review*. Vol 42, pp. 128 – 142.
- Treviño L.K, and Nelson K.A. (2004). *Managing business ethics: Straight talk about how to do it right*. JohnWiley & Sons, New York

Capítulo Sexto

EL ROL DEL PERITO MÉDICO EN EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

SUMARIO

1.- La función preventiva del perito médico. 2.- El perito médico en el Nuevo Código Procesal Penal. 3.- La prueba pericial. 4.- Peritajes médico legales con el NCPP.

1) La función preventiva del perito médico

Con la aplicación del NCPP en el Perú, se deja atrás al Código de Procedimientos Penales de 1940, caracterizado por ser un modelo inquisitivo, donde el formalismo, el escrito conjuntamente con el secreto de la investigación eran primordiales. El actor principal de esta etapa era el juez. Otras peculiaridades del modelo antiguo eran el papeleo, declaraciones y ratificaciones realizadas en las instalaciones del Poder Judicial, convirtiendo a esta entidad en fundamental de *Justicia honorable, país respetable*, por el dominio que ejercía de investigar y al mismo tiempo dictar sentencia.

Con el NCPP se establece un modelo más dinámico, de tipo acusatorio, sin vulneraciones al derecho a la defensa, con garantía a los derechos fundamentales de la persona, con el juicio oral como punto de quiebre en donde el perito médico tiene una participación activa y dinámica.

“Siendo la oralidad, un instrumento, un mecanismo previsto para garantizar ciertos principios básicos del juicio penal. [...] Representa fundamentalmente un medio de

comunicación: la utilización de la palabra hablada, no escrita, como medio de comunicación entre las partes y el Juez y como medio de expresión de los diferentes órganos de prueba” (Binder, 1999, pág. 100 - 101).

La función pericial con el NCPP tiene un lugar privilegiado y trascendental. El perito médico es la plataforma de todo caso médico legal, asistiendo para que no exista culpa si no coexiste evidencia del delito, tan igual como no habrá caso sin una denuncia, ni sentencia sin una pericia convincente que la sustente. Sin lugar a dudas, es un tema conocido por los hombres del derecho, pero ignorado y/o discriminado por las entidades de salud, y a veces por el propio médico.

El médico desconocedor de esta nueva etapa procesal, al ser denunciado no sabe cómo actuar ni mucho menos auto asesorarse.

Las instituciones de salud han dejado de realizar pericias médicas de gran importancia para la salud individual y pública, como es el caso de necropsias clínicas³⁵. En el olvido han quedado las auditorias médicas practicadas por peritos médicos, acto que refleja el silencio en los pasillos nosocomiales de las ciencias forenses y de la medicina legal. Será que, para los gerentes y directores, no es necesario prevenir probables acusaciones de negligencia médica, por considerar que es un conocimiento ajeno al personal de salud.

Por el contrario, un tema preponderante en los establecimientos de salud es la guerra interna por asumir efímeramente el control político de un cargo de confianza. Se vienen dando batallas galénicas en donde, si bien ganarán unos cuantos, las pérdidas en general son mayores, con desgaste del adecuado ambiente laboral, que al final logra repercutir en los pacientes.

En la realidad actual los especialistas en medicina legal, salvo exista una denuncia por negligencia médica, no tienen cabida en los hospitales, clínicas u otra institución de salud. Actualmente laboran en institutos forenses, cumpliendo un fin pericial sin

³⁵ Son autopsias practicadas a pedido del médico o de la familia, a fin de confirmar la enfermedad causante de muerte o la falta de correlación entre la clínica presentada, en vida por el occiso, con la probable enfermedad.

destacar su labor en la prevención de estos presuntos errores médicos. Han adoptado un matrimonio con la justicia únicamente cuando el posible error médico ya se dio, iniciando su labor de asesoramiento médico legal, pero no en prevención. Ahora se escucha que se quiere despenalizar el acto médico, con mucha mayor razón los peritos médicos deben estar presentes donde se efectúan actos médicos con un gran riesgo de eventos adversos, porque no todas las acusaciones son presuntas negligencias médicas sino complicaciones de la misma.

“[...] solamente nacerá la obligación legal de indemnizar cuando los daños sean consecuencia de conductas antijurídicas, pues si los daños son consecuencia de conductas permitidas legalmente, no habrá obligación alguna de hacerlo” (Taboada, 2003).

Imaginemos que la función pericial sea un acto de prevención, de mejoramiento científico en la atención de salud, permitiendo que la medicina legal y las ciencias forenses cumplan una función de protección legal del acto médico en beneficio del paciente y la salud pública. El médico, cumpliendo parámetros recomendados, con justificación científico legal, contará con un respaldo para afrontar cualquier eventualidad en el NCPP, puerta inicial para pensar en una despenalización del acto médico. No obstante, actualmente los nosocomios de alta complejidad no cuentan con un servicio de especialistas en medicina legal, es inexistente un staff de peritos médicos debidamente acreditados por las instituciones, cuya labor no sería únicamente la defensa legal de una denuncia por presunta negligencia médica, o la defensa de la reputación institucional, el objetivo sería llevar la medicina legal hacia un mundo preventivo de eventos adversos, brindando pautas para el mejoramiento y asesoramiento del acto médico que evitarían errores prevenibles.

En la actualidad se busca que el personal de salud reporte casos imprevistos, eventos adversos; sin embargo, no se viene dando de la manera correcta porque los encargados de realizar las auditorias desconocen la verdadera función pericial, quedando casi siempre en el ámbito de la estadística fría, útil para justificar un empleo y no para cambiar una realidad.

2) El perito médico en el Nuevo Código Procesal Penal

Se comenta que el juez es perito de peritos, pero si fuera una expresión indiscutible no sería indispensable la necesidad de peritos.

El juez al estudiar, comprender, analizar y aceptar una opinión pericial en su veredicto se convertiría en un “perito de peritos” porque toma como suya la pericia expuesta. El perito médico oficial (médico legista) no es perito MP, ni del estado peruano, es perito de la verdad que será transmitida a la sociedad con gran responsabilidad. Si bien el IML es parte del MP, no cumple funciones similares. La labor de todo perito médico es en auxilio de la justicia, ofreciendo el fundamento objetivo, ético y científicamente demostrable para una sentencia. Recae en esta labor la importancia de tener una adecuada interpretación de la ética médica porque:

“[...] una pericia médica negligente puede provocar una sentencia desacertada” (Flores, 2011, pág. 67).

La medicina basada en evidencia es una herramienta que ayuda al perito médico a conectar el delito con la sentencia judicial, bajo el principio del NCPP, controversia en igualdad de condiciones:

“[...] las partes pueden presentar el caso bajo condiciones que no impliquen ninguna posición desventajosa respecto a la contraparte” (Ambos, 2005).

Artículo 158°, 1 del NCPP: la valoración de la prueba deberá observar las reglas de la lógica, la ciencia y las máximas de la experiencia, y expondrá los resultados obtenidos y los criterios adoptados.

Antes de la instalación del NCPP se solía escuchar que, “la palabra del médico legista es ley”, con el NCPP se convierte en una falacia dado que la verdad objetiva le pertenece a quien resguarde los parámetros de la ciencia para explicar la realidad de un delito.

El NCPP estipula pautas para hacer un adecuado peritaje, con la mayor responsabilidad por ser considerado como una prueba material³⁶. Antes de la realización de un peritaje, el perito debe ser acreditado o auto acreditarse como un profesional de conducta intachable, cumpliendo con los criterios de conocimientos y desenvolvimiento propios de la solicitud de los administradores de justicia. Un perito médico puede ser tachado o cuestionado en su credibilidad durante el contra examen³⁷, motivo suficiente para que el perito esté acreditado y preparado para la función pericial.

El IML designa a sus peritos con el término de “médicos legistas”, pudiendo ser médicos generales o especialistas. La labor que desempeñan, al igual que los peritos de parte, tiene como primera pauta el alejarse de la charlatanería del desconocimiento, que tanto daño hace a la función forense

3) La prueba pericial

Guillermo, antes de desaparecer de la ciudad por hechos que aún están en investigación, dejó varios escritos, algunos en su computadora personal, otros que me entregó. Las investigaciones por su desaparición motivan muchas interrogantes para los especialistas en criminalidad de la PN, sus últimos movimientos no fueron ajenos a lo habitual, no existen llamadas ni amistades extrañas que indiquen el camino a investigar. La última vez que lo vieron fue declarando ante un tribunal por el caso de presunto homicidio, cuyo acusado era un prontuariado delincuente, con sentencias por asesinatos, tráfico de drogas, extorsión y cabecilla de una de las bandas más peligrosa de la capital. El delincuente había declarado desconocer el paradero del perito; sin embargo, es el principal sospechoso.

En uno de sus escritos, Guillermo comentaba acerca de la prueba pericial, interpretándola como parte fundamental para el conocimiento minucioso del delito, debiendo ser su búsqueda una rutina pericial para luego confrontarla con las

³⁶ Es un medio probatorio, al igual que la prueba testifical y la prueba pericial. La prueba material la constituyen los documentos y objetos que se presentan ante el juzgador en la audiencia del Juicio oral.

³⁷ Etapa Judicial donde la parte contraria mediante realiza un interrogatorio al perito.

declaraciones emitidas. Siempre en sus charlas forenses, sobre todo a sus estudiantes de medicina, les recalca que a fin de evitar la realización de pericias sesgadas:

“[...] el perito no debe aceptar ser parte de una investigación sin antes no haberse empapado de toda la información o documentación del caso” (Roberts, 1991). Para Aso (2009) obviar este camino es un factor para que se produzca un sesgo.

Una vez que se conozca una prueba pericial, se debe valorar si es correcta o es una falacia, para lo cual la experiencia norteamericana brinda parámetros muy útiles. La valoración de la prueba pericial indica la importancia de la aplicación de directrices para poder calificarla como válida para un proceso, porque no siempre todo lo que se dice de una prueba es verificable y aplicable como verdad. El testimonio del perito, plasmado en un informe pericial, debe ser analizado mediante criterios que otorga la aceptación de la medicina basada en evidencia. Siendo uno de estos mecanismos la experiencia del caso de Daubert contra Merrell Dow Pharmaceuticals (Guillen y col., 1998), que se describen a continuación:

- Criterios del Tribunal Supremo Norteamericano (1993): ¿Se puede verificar las opiniones, afirmaciones o conocimiento científico? ¿Se ha publicado la teoría o la técnica en una revista de prestigio que tenga un sistema revisión por pares (“peer review”)? ¿Cuál es tasa de errores, o efectos no deseados? (Conocida o potencial) ¿Cuál es el grado de aceptación o consenso sobre esa teoría o técnica en la comunidad científica?
- Criterios del Tribunal Supremo de Justicia de Tejas (1995): ¿En qué grado la técnica se basa en la interpretación subjetiva del experto? ¿Qué aplicaciones y usos no judiciales se han derivado de esa teoría?

Lo anterior se complementa con la utilización de la prueba pericial de Frey (subjetiva) y de Daubert (objetiva):

Frey, descrito por Bórquez, (2009), exige que la prueba pericial pueda responder los siguientes cuestionamientos:

- ¿La teoría científica es aceptada, en términos generales, por la comunidad científica?
- ¿El método científico es usado, en términos generales, por la comunidad científica?
- ¿La técnica ha sido aplicada correctamente?

Daubert, exige que se responda las siguientes preguntas:

- ¿La teoría científica o técnica ha sido testeada?
- ¿La teoría científica o técnica ha sido sujeto de revisión y publicación?
- ¿Cuáles son los conocimientos o potenciales errores de la teoría o técnica cuando es aplicada?
- ¿Existen estándares y controles? y ¿Son estos mantenidos en el tiempo?
- ¿La teoría o técnica es aceptada, en términos generales, por la comunidad científica más importante?

El perito médico para emitir conclusiones debe ser un investigador con la capacidad de analizar, describir, saber preguntar y hallar respuesta en la ciencia. Su experiencia será valorada bajo el respaldo del nivel de evidencia que corresponda si decide publicarla.

Existen peritos médicos especialistas en medicina legal, así como maestrías en ciencias forenses y criminalísticas que están en la capacidad de alejarse de comentarios como:

“[...] para qué complicarnos la vida con casos difíciles que nos llevarán a debates periciales o quizás a un proceso, es mejor estar tranquilos” (pensamiento de algunos peritos médicos).

Por el contrario, ellos están conscientes que el perito médico crece con los casos considerados complicados, los que aparentan no tener ninguna salida porque siempre hay algo que aportar y tratar de sacar adelante al momento de peritar. Guillermo sustenta:

“Mientras existan buenos peritos de parte existirán buenos médicos legistas, y viceversa, estar en el mejor nivel de conocimiento forense es requisito necesario para asumir una buena función pericial en el NCPP, porque el conocimiento que no existe se debe crear”.

Por el momento, la medicina legal y las ciencias forenses en el Perú requieren de peritos médicos capaces de desarrollar conocimiento científico en cada región, debido a que un gran porcentaje de informes periciales se fundamentan en experiencias y evidencias extranjeras. Las ciencias forenses en el país son un territorio donde hay mucho que investigar y aportar.

4) Peritajes médico legales con el NCPP

Guillermo mejoró sus habilidades periciales con la práctica de las ciencias forenses, se unían la física, la antropología, la medicina, la química, todo lo cual se enlazaba al explicar un presunto delito. Comprendió que un perito médico que se encierra única y exclusivamente en un solo pensamiento o ciencia se vuelve escribano de la misma, sin capacidad de raciocinio para discernir y hallar conclusiones.

Algunas veces renegaba por sus colegas de mayor antigüedad, que apelaban a su experiencia en sus informes periciales, obviando bibliografías científicas. Para Guillermo, el perito médico debería realizar diversos procedimientos con la finalidad de proporcionar elementos de prueba, no siendo recomendable su contribución en ramas médicas que no sean de su dominio y experiencia.

Si bien los peritos médicos oficiales son cuestionados en el debate pericial, la mayoría de veces por la falta de especialidad médica, es indiscutible la experiencia y habilidades que tienen en la pericia médica. Sin embargo, para el NCPP la máxima experiencia está en que el perito sea un experto en el ámbito a peritar. Un perito acreditado acredita a una institución, nunca debe ser al revés.

Dentro de los peritajes que realizan los peritos médicos en esta nueva etapa procesal, Guillermo mencionó:

4.1) Pericias por lesiones: Son lesiones por agresiones ocurridas por violencia familiar, agresión de un tercero, accidente de tránsito, de trabajo, mordedura canina, tortura, entre otros.

“[...] el perito médico debe determinar el tipo de lesiones consignando los daños corporales sufridos, la finalidad es valorar el daño corporal y el instrumento que la ocasionó; cuando se trata de emitir nuevo pronunciamiento médico del ya realizado en base a nuevos exámenes auxiliares practicados al agraviado, se procede mediante post factos ampliación de reconocimiento; es decir, un segundo certificado sobre nueva valoración³⁸”.

Artículo 199°, 1 del NCPP. En caso de lesiones corporales se exigirá que el perito determine el arma o instrumento que la haya ocasionado, y si dejaron o no deformaciones y señales permanentes en el rostro, puesto en peligro la vida, causado enfermedad incurable o la pérdida de un miembro u órgano y, en general, todas las circunstancias que conforme al Código Penal influyen en la calificación del delito.

Al final debe emitir una calificación de incapacidad médico legal^{39 40} y una atención facultativa⁴¹.

Guillermo acudía a realizar evaluaciones medico legales a pacientes, que por la gravedad de sus lesiones se encontraban hospitalizados. En estos casos el perito médico, además de evaluar las lesiones propias del paciente, también verifica el diagnóstico médico en la historia clínica, lo que es valorado para la calificación

³⁸ Resolución de Gerencia general N° 213-95-MP-FN-GG, del 01 de diciembre del 1995, en donde se aprobaba el Manual de Procedimientos Administrativos de la División Central de exámenes Médico Legales, en su punto 4.1.1 – 4.1.14.

³⁹ Es el tiempo promedio que requiere la persona para realizar actividades similares a las que realizaba antes de sufrir el daño; es decir, el tiempo que requiere una lesión para lograr su reparación biológica primaria.

⁴⁰ El instituto de medicina legal cuenta con parámetros establecidos para lesiones conocidas como “Tabla Referencial de valoración Médico Legal de Lesiones en Adultos y Niños”, en donde se describe por ejemplo que, para una fractura de huesos propios de nariz le corresponde una incapacidad médico legal que va de 15 a 35 días dependiendo del tipo y la complejidad de la fractura y una atención facultativa de entre 5 – 15 días.

⁴¹ Considerado como el número de veces que el agredido o el paciente debe ser evaluado o acudir para atención médica a fin de lograr su recuperación.

médico legal y atención facultativa del informe pericial. Existen circunstancias en que los diagnósticos formulados, por sus ambigüedades, no cumplen con los requisitos del informe pericial. Guillermo menciona dos ejemplos frecuentes:

- Fractura de tibia: No existía otro dato. Para la parte legal es importante ser más específicos: si la fractura es distal, proximal o medial, es desplazada, expuesta, con minuta o complicada. Si compromete otros órganos como tendones, músculos o vasos importantes. Obviar estos datos en el diagnóstico o descripción son perjudiciales al momento de peritar, sobre todo si el paciente ha sido sometido a un acto quirúrgico. Un diagnóstico preciso determina diferencias en la determinación de la calificación médico legal que se emitirá.
- Traumatismo encéfalo craneano (TEC): cuya clasificación será según la escala de Glasgow⁴² (leve, moderado y grave), correspondiéndoles una calificación médico legal diferente para cada caso. El perito médico se vuelve mero tramitador cuando califica un TEC moderado porque lo certifica un médico especialista particular en consultorio médico, sin analizar o desconociendo que requiere de un tratamiento hospitalario. Ahora si se coloca TEC en evolución ¿Qué calificación recibirá? Lo único que este diagnóstico demuestra es que el médico no aplicó la escala de Glasgow en su examen médico.

Las lesiones por mordedura canina tienen características peculiares, como el tamaño, presencia de señales de la arcada dentaria del animal, lesión tipo arrancamiento con proceso inflamatorio. La lesión debe guardar relación con lo detallado por el paciente, posición del animal y la posición de la víctima.

El 03 de noviembre de 1998 se aprueba incluir el "Protocolo de Reconocimiento Médico Legal para la Detección de Lesiones o Muerte Resultante de Tortura", en los alcances de la RES. ADM. N° 523-97-SE-TP-CEMP. El documento brinda parámetros para realizar un adecuado informe pericial con respecto a muerte por tortura, de utilidad a nivel nacional. Protocolos similares se encuentran en bibliografía internacional como el "Protocolo de Estambul: Manual para la

⁴² Descrita en 1974 por Bryan Jennet y Graham Teasdale, miembros del Instituto de Ciencias Neurológicas de la Universidad de Glasgow, tiene la finalidad de valorar el estado o nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma.

investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Para realizar esta pericia es recomendable la participación de grupos especializados integrados por peritos médicos, antropólogos, odontólogos, arqueólogo, psicólogos u otros necesarios para el esclarecimiento de delitos con repercusión en los derechos humanos.

Con respecto a la calificación médico legal en relación con las lesiones, es importante conocer que:

- Si la incapacidad médico legal es menor o igual a 10 días, constituye una falta.
- Si es de 11 a 29 días es un delito por lesiones leves.
- Si es igual o más de 30 días es catalogada como delito por lesiones graves.

Puede haber prisión para las personas que produzcan una lesión calificada con más de diez días de incapacidad médico legal. No es similar los días de incapacidad médico legal, de importancia para los administradores de justicia, que los días de descanso médico otorgado por un médico tratante al paciente con alguna enfermedad. En la emisión de un informe médico legal es importante tener en cuenta lo estipulado en el artículo 178° del NCPP (Pág. 115). La labor pericial se basa en patrones establecidos, siendo la calificación médico legal de las lesiones una de ellas, en donde por el tipo de lesión existe una tabla de calificación y valoración del daño corporal del IML.

4.2) Lesiones por arma de fuego: Con esta pericia se valora toda lesión producida por un proyectil de arma de fuego. El perito médico tiene que determinar el orificio de entrada, salida, así como la trayectoria del proyectil. Para la descripción se toma en cuenta los planos anatómicos (coronal, sagital y transversal), parámetros que guardarán relación con los hallazgos en la necropsia de ley. Las bibliografías describen patrones de comportamiento del proyectil en el interior del cuerpo, así como los signos presentes cuando se realiza el disparo a corta y larga

distancia. El proyectil de arma de fuego hallado en el cuerpo de la víctima será entregado al fiscal con su respectiva cadena de custodia.

Según el artículo 7 del Reglamento de la Cadena de Custodia de Elementos Materiales, Evidencias y Administración de Bienes Incautados (Aprobado por Resolución N° 729-2006-MP-FN del 15 junio 2006): “la cadena de custodia es el procedimiento destinado a garantizar la individualización, seguridad y preservación de los elementos materiales y evidencias, recolectados de acuerdo a su naturaleza o incorporados en toda investigación de un hecho punible, destinados a garantizar su autenticidad, para los efectos del proceso, las actas, formularios y embalajes forman parte de la cadena de custodia.”

Se recomienda hacer un rastreo radiográfico ante la sospecha de la presencia de proyectil de arma de fuego en el interior del cuerpo. La necropsia de ley se realizará, en lo posible, con participación de peritos médico, balístico, antropólogo y odontólogo, los dos últimos tienen una participación fundamental en la identificación de una víctima catalogada como “NN”, por desconocimiento de su identidad. La antropología forense brinda un soporte para el estudio de restos óseos con lesiones por proyectil de arma de fuego, como el hallazgo de la delaminación circunferencial (Kimmerle y Baraybar, 2008).

Para una buena descripción de la ubicación de las lesiones causadas por proyectil del arma de fuego se utilizan puntos anatómicos, como partes óseas sobresalientes (acromio, crestas ilíacas, espinas ilíacas, etc.), líneas imaginarias (ej. Línea media axilar, línea media clavicular, etc.). En las conclusiones es inestimable determinar si la lesión fue producida en periodo antemortem, perimortem o post mortem. En casos de múltiples disparos, por participación de más de un agresor, es deber del perito médico establecer cuál de ellos causó la muerte, dato útil para determinar responsabilidades.

En toda muerte por proyectil de arma de fuego, previa a la necropsia de ley se realiza una evaluación de la escena del crimen, con el respectivo levantamiento del cadáver, en donde participan tanto el perito médico como los peritos de la PN. Por

ende, los peritos deben estar debidamente acreditados y capacitados para un adecuado manejo de dicha diligencia.

En caso que la víctima llegue al hospital el médico tratante debe describir adecuadamente las lesiones halladas, siendo de gran ayuda la toma fotográfica de las mismas.

4.3) Pericias para determinar edad aproximada: La edad que aparenta un paciente se puede obtener mediante: edad ósea, edad mental, edad constitucional, edad dental, edad cronológica o edad sexual. El perito médico determina la edad aproximada mediante el desarrollo sexual del paciente, utilizando herramientas médicas para tal fin como por ejemplo la escala de Tanner⁴³. Crecimiento de glándulas mamarias y el vello púbico en el caso de la mujer. Para el hombre el crecimiento del pene, testículo y vello púbico. Siempre bajo los principios éticos y legales que garanticen una pericia de calidad (Schmeling y col, 2007)

Para Ritz y col (2000): “Es importante que los métodos utilizados para estimar edad deben cumplir: 1) Deben ser de conocimiento de la comunidad científica; 2) Debe tener datos precisos y claros en la estimación de la edad; 3) Considerar principios éticos médicos y regulados legalmente”.

Para el caso de determinación de edad aproximada de restos oseos humanos, es importante la participación de peritos antropólogos. Estudios realizados por Ubelaker (2001), Hua Q. et al (2013), Ubelaker (2014), Ubelaker y Parra. (2011). Ubelaker et al (2015) demuestran la relación entre la edad y la presencia de radiocarbono artificial en restos orgánicos.

“[...] métodos apropiados para la estimación de edad en restos juveniles y adultos; el primero se basa principalmente en el desarrollo, y el último degenerativo, características morfológicas. Dicha revisión es oportuna ya que los

⁴³ Determina la valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico de los niños, adolescentes y adultos. En ella se establecen características sexuales externas como el tamaño de las mamas, genitales volumen testicular y el desarrollo del vello púbico y axilar.

nuevos métodos se desarrollan constantemente, junto con los refinamientos de aquellos ya bien establecidos en la antropología convencional” (Franklin, 2010).

Incluso se viene valorado la utilización de técnicas especiales como la racemización de aminoácidos en el esmalte para determinar edad en restos esqueléticos:

“[...] Una técnica que ha tenido éxito en la estimación de la edad forense es la racemización de aminoácidos en la dentina. Sin embargo, este método no puede utilizarse en restos donde el intervalo post mortem es superior a 20 años. Un enfoque alternativo es medir la racemización de aminoácidos en el esmalte dental, que se cree que es más resistente al cambio post-mortem. [...] Se observó una fuerte correlación entre la edad del diente y el grado de racemización. No se detectó ningún sesgo sistemático en la dirección de errores de estimación de edad. [...] la presencia de caries dental no afectó los resultados obtenidos.” (Griffin R.C. y col, 2008)

Al final la justicia busca la aproximación más exacta a la edad cronológica, definida por Krogman (1968) como el cumpleaños o la edad del calendario. Sobre todo, para casos de personas vivas que según su edad pueden ser catalogadas como imputables de un delito, siendo para el Perú la mayoría de edad (mayor a 18 años). En caso de dudas son imprescindibles las combinaciones de métodos como por ejemplo:

“La utilización del examen físico, radiografía de la mano / muñeca, examen radiológico o tomografía computarizada de las clavículas, y evaluación dental que registra el estado de la dentición y evalúa un ortopantomograma [...] cuya precisión de estos métodos está influenciada por el género, raza, condiciones ambientales y a mayor edad” (Ritz y col, 2000).

También se puede solicitar apoyo a médicos radiólogos para casos complicados quienes utilizan para tal fin la osificación de puntos óseos, como muñeca, mano,

pie, hombro, rodilla y cadera. La comparación se realiza con los patrones estándares (atlas de Greulich y Pyle)⁴⁴.

La determinación de edad aproximada se solicita también en presuntos delitos por agresión sexual, porque el agresor en su defensa aduce “error de tipo”, aludiendo que la agraviada le dio a conocer que era mayor de edad o que aparentaba serlo.

Artículo 14° del Código Penal: Error de tipo y error de prohibición El error sobre un elemento del tipo penal o respecto a una circunstancia que agrave la pena, si es invencible, excluye la responsabilidad o la agravación. Si fuere vencible, la infracción será castigada como culposa cuando se hallare prevista como tal en la ley.

Aparentemente es un tema simple para fines forenses pero no es así, para la determinación de edad aproximada el perito requiere de un adecuado estudio y preparación, según sea el delito y las eventualidades que lo rodeen.

4.4) Pericias por presunta responsabilidad médica: Si bien el acto médico no nace con la intención de concretar “acto delictivo”, ni el médico estudia para ser un asesino, ni mucho menos conspira un delito momentos previos a realizarlo, en el Perú el médico pueda ser denunciado, investigado, socialmente lastimado y privado de su libertad, cuando ocurre un evento adverso o exista inconformidad por parte del paciente o familiares. El fundamento normativo es que el “bien jurídico”, que es la persona, ha sido lastimado de manera intencional (con dolo), dando la impresión que el médico nunca tuvo como fundamento el sanarlo, aliviarlo o curarlo, lo cual es incompatible con el actuar del médico. Pero las circunstancias cambian cuando el médico realiza un acto médico de manera imprudente, sin el cuidado que requiere su accionar, excediendo sus competencias, actuando negligente, sin respetar normas imperativas del Estado peruano y sobre todo con desconocimiento. Para

⁴⁴ Método utilizado para la determinación de edad ósea, para la cual agrupa una serie de radiografías, cada una representa la maduración ósea típica por edad y sexo.

estos casos existe una obligación de reparación, ya sea mediante una acción civil, penal o administrativa.

- Presunta impericia (“no saber”).
- Presunta imprudencia (“arriesgar demasiado”).
- Presunta negligencia (“Descuido, omisión”).
- Presunta inobservancia de normas y procedimientos (“menosprecio a las normas”).
- Presunta iatrogenia (“originado en el arte de curar”).

Para los que creen que el consentimiento firmado puede salvar al médico de responsabilidades, es mi deber informar que no es así porque el consentimiento no alega una defensa absoluta (Faunce, 2005). El informe pericial que se realice por alguna denuncia por presunta responsabilidad médica debe descartar y diferenciar eventos adversos de un posible mal actuar médico.

“[...] Sin embargo, una de las preguntas sin respuesta más desafiantes es ¿Qué constituye un error médico? La respuesta a esta pregunta básica no ha sido claramente establecida. Debido a definiciones poco claras, los " *errores médicos* " son difíciles de medir científicamente. Una falta de nomenclatura estandarizada y definiciones superpuestas de médicos han obstaculizado el análisis, la síntesis y la evaluación de datos. Hay dos tipos principales de errores: 1. Los errores de omisión ocurren como resultado de acciones no tomadas. Los ejemplos no son atar a un paciente en una silla de ruedas o estabilizar una camilla antes de la transferencia del paciente. 2. Los errores de la comisión ocurren como resultado de la acción incorrecta tomada. Los ejemplos incluyen la administración de un medicamento para el cual un paciente tiene una alergia conocida o el no etiquetado de una muestra de laboratorio que posteriormente se atribuye al paciente equivocado” (Rodziewicz, & Hipskind, 2018).

Todas estas medidas legales contra el médico están perturbando el acto médico, haciendo que el galeno perciba ansiedad, miedo, sentimiento de falta de confianza al momento de realizarlo, en algunos casos se llega a la frustración, depresión y suicidio (Rodziewicz y Hipskind, 2018).

De una u otra forma el médico está aprendiendo a colocar por delante de la atención al paciente su propia seguridad, en donde reside la estabilidad familiar y laboral. Si al efecto psicológico que conlleva el poder ser denunciado, sobre todo con el NCPP, se agrega la falta de apoyo institucional, aunado con el comportamiento déspota de un director o jefe superior ¿Qué más se le puede pedir al médico?

El perito médico no tiene una función exclusivamente pericial, y debe prevenir presuntos errores lo que tendría un gran impacto en la salud pública, con beneficio en el costo de la atención y del paciente.

“[...] La tendencia es que los expertos en seguridad del paciente se centren en mejorar la seguridad de los sistemas de atención médica para reducir la probabilidad de errores y mitigar sus efectos, en lugar de centrarse en las acciones de un individuo [...] Las instituciones gubernamentales y médico legal, deben trabajar en colaboración para eliminar la cultura de la culpa mientras se mantiene la responsabilidad. Cuando se cumple este desafío, las instituciones de atención de la salud no se verán obligadas a medir los objetivos para la mejora del proceso, incluidos todos los errores, incluso con resultados adversos. [...]. A pesar de los mejores esfuerzos del proveedor, las tasas de error médico siguen siendo altas con discapacidad significativa y muerte.” (Rodziewicz y Hipskind, 2018)

Las definiciones que el perito médico debe valorar en sus informes periciales, serán los siguientes (Rodziewicz, & Hipskind, 2018):

- **Error activo:** Cometidos por personas en primera línea, como los médicos y las enfermeras. Por ejemplo, operar en el ojo equivocado o amputar la pierna equivocada son ejemplos clásicos de un error activo.
- **Evento adverso:** No todos los resultados adversos son el resultado de un error; por lo tanto, solo los eventos adversos prevenibles se atribuyen a errores médicos.
- **Error latente:** Estos son errores en el diseño del sistema o proceso, instalación o mantenimiento defectuoso del equipo o estructura organizacional ineficaz. Pueden pasar desapercibidos durante mucho tiempo sin ningún efecto negativo. El error humano activo desencadena el error latente oculto, lo que resulta en un evento

adverso en el paciente. Los errores latentes son básicamente "accidentes que esperan suceder".

- **Error médico:** El fracaso para completar el plan de acción previsto o la implementación del plan equivocado para lograr un objetivo. Un acto involuntario o uno que no logra el resultado deseado.
- **Negligencia:** Incumplimiento del estándar de atención razonablemente esperado de un trabajador de la salud calificado y promedio que atiende a un paciente en cuestión en circunstancias similares.
- **Eventos adversos negligentes:** Una subcategoría de eventos adversos prevenibles que satisfacen los criterios legales utilizados para determinar la negligencia. La lesión causada por un manejo médico deficiente.
- **Near Miss:** Cualquier evento que podría haber tenido una consecuencia adversa para el paciente, pero no lo hizo [...] ya sea por casualidad o porque alguien o algo intervino. Las fallas cercanas brindan oportunidades para desarrollar estrategias y acciones preventivas y deben recibir el mismo nivel de escrutinio que los eventos adversos.
- **Nunca evento:** Son errores que nunca deberían haber sucedido. Un ejemplo clásico de un evento nunca es el desarrollo de úlceras por presión.
- **Episodio nocivo:** Eventos desagradables, complicaciones y contratiempos que resultan de medidas diagnósticas o terapéuticas aceptables instituidas deliberadamente. Por ejemplo, enviar a un paciente de trauma hemodinámicamente inestable para estudios de imagen prolongados en lugar de la sala de operaciones.
- **Seguridad del paciente:** El proceso de mejorar, evitar y prevenir lesiones adversas o resultados que surgen del proceso de atención médica.
- **Evento Potencialmente Compensable:** Es un error que podría potencialmente llevar a reclamaciones por negligencia profesional. Tratamiento médico que resultó en una discapacidad y, posteriormente, una hospitalización prolongada.
- **Causa principal:** Una deficiencia o decisión que, si se corrige o evita, eliminará las consecuencias indeseables (Kellogg et al., 2017). [...] Deficiencias en educación, entrenamiento, orientación y experiencia. [...] Políticas inadecuadas para guiar a los trabajadores de la salud. Falta de consistencia en los procedimientos. Personal inadecuado y/o supervisión deficiente. Fallas técnicas asociadas con equipo médico sin auditorías en el sistema.

- **Evento centinela:** La Joint Commission define un "evento centinela" como "cualquier evento inesperado que implique la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves, o el riesgo del mismo. La frase 'o el riesgo' incluye cualquier variación del proceso por la cual una recurrencia llevaría una posibilidad significativa de un resultado adverso grave". Los eventos centinelas se llaman así porque una vez descubiertos, con frecuencia indican la necesidad de una investigación inmediata, descubrimiento de causa y respuesta.
- **Alcance del desafío:** La mayoría de los reclamos por negligencia profesional en los hospitales están relacionados con errores quirúrgicos, mientras que la mayoría de los reclamos por atención ambulatoria están relacionados con el diagnóstico faltante o tardío.

El informe pericial se emite posterior al análisis de la historia clínica u otro documento remitido. Se debe establecer si el profesional médico acusado incumplió o tomó decisiones impropias al momento de realizar el acto médico. Si el médico cumple y respeta criterios establecidos en protocolos, manuales y/o guías médicas institucionales o dados en consensos internacionales, su actuar tiene un sustento sólido ante una complicación inesperada que escapa de su responsabilidad. Decisiones fuera de este ámbito son las que pueden ser motivo de sentencias judiciales desfavorables, por ser catalogadas como incorrectas por los administradores de justicia. Sustento importante del porqué las instituciones de salud deben desarrollar protocolos, guías o manuales institucionales, basadas en criterios con sustento científico y legal.

4.5) Pericias para evaluación de salud actual: A solicitud de los administradores de justicia o entidad afín, el perito médico evalúa mediante la aplicación de la semiología y exámenes auxiliares, el estado de salud actual del paciente. Los detenidos deben pasar obligatoriamente esta evaluación médico legal. También lo suelen solicitar para determinar el estado de salud de un menor de edad que va a ser internado en un hogar de menores.

Resolución de Gerencia General N° 213-95-MP-FN-GG, del 01 de diciembre del 1995, en donde se aprobaba el Manual de Procedimientos Administrativos de la

División Central de exámenes Médico Legales, en su punto 4.1.8: “El Médico Legista, en base a exámenes practicados, procede a determinar algún tipo de enfermedad crónica, intoxicación, enfermedades de la piel, la sangre la vista, pulmones, corazón, encéfalo, idiosincrasia, taras y/o discrasias”.

Algunos criminales lo solicitan, incluso mediante hábeas corpus, bajo el sustento que el actual régimen de carcelería conjuntamente con las condiciones ambientales, climáticas u otro factor del penal están en contra de la salud del interno.

4.6) Pericias por examen psicosomático: Una pericia que no se solicita con frecuencia. Tiene como finalidad valorar la interacción entre el estado físico y psíquico del peritado. Para el desarrollo de esta pericia se recomienda la participación del perito médico conjuntamente con personal psicólogo y/o psiquiatra. Suele ser un requisito previo para ser considerado como apto para lograr la adopción de un menor de edad. Este examen evalúa la relación entre el desarrollo fisiológico y psicológico.

Resolución de Gerencia General N° 213-95-MP-FN-GG. “Proyecto de Procedimientos Administrativos de la División Central de Exámenes Médico Legales” del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público: “[...] el médico legista emitirá opinión sobre la salud mental del individuo en relación al aspecto Psicológico, Psicosomático y/o Psiquiátrico.”

Los síntomas de un paciente no siempre son de origen orgánico, también son de índole psicológico por situaciones de estrés, agregados a factores de la personalidad, que convergen en una alteración psiquiátrica. El perito médico mediante un examen exhaustivo, contemplando una adecuada anamnesis, debe descartar alguna patología, mientras que el psicólogo explora problemas o diagnósticos de su profesión. Al final ambos concluyen en diagnósticos integrados.

4.7) Pericias por integridad sexual, aborto, determinación de estado gestacional, determinación de parto anterior y determinación de sexo:

Art. 199°, 2 del NCPP: En caso de agresión sexual, el examen médico será practicado exclusivamente por el médico encargado del servicio con la asistencia, si fuera necesario de un profesional auxiliar. Exclusivamente se permitirá la presencia de otras personas previo consentimiento de la persona examinada.

Artículo 200° del NCPP: Examen en caso de aborto, se hará comprobar la preexistencia del embarazo, los signos demostrativos de la interrupción del mismo, las causas que lo determinaron, los probables autores y las circunstancias que sirvan para la determinación del carácter y gravedad del hecho.

La Guía Médico Legal: Evaluación Física de la Integridad Sexual, del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú brinda parámetros que pueden ser seguidos para desarrollar esta pericia de manera confiable y adecuada. Esta pericia requiere de preparación, experiencia, capacitación y conocimiento, el médico que asume esta labor lleva consigo la responsabilidad médico legal de los eventos que pueda acarrear una mala conclusión.

A continuación, se darán algunas sugerencias que pueden disminuir errores en la realización de la presente diligencia:

- Primero: se debe realizar la toma de huellas digitales del paciente. En menores de edad se recomienda obtener las huellas digitales de los 10 pulpejos de la mano, manteniendo en reserva la identidad del menor. La persona acompañante (padre/madre o responsable) dejará su huella digital del dedo índice. Si el niño o adolescente no desea la presencia de una persona en la evaluación médico legal se debe dar cumplimiento a su solicitud.

Ley 27115 Artículo 3° Inciso 3.2: El examen médico legal será practicado, previo consentimiento de la víctima, exclusivamente por el médico encargado del servicio con asistencia de un profesional auxiliar. Se permitirá la presencia de otras personas previo consentimiento de la víctima.

- Segundo: contar con un consentimiento informado firmado, con huella digital por los padres o responsables del menor.

Artículo 9° A la libertad de Opinión. El niño y el adolescente que estuviera en condiciones de formarse sus propios juicios tendrán derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afecten y por los medios que elijan, incluida la objeción de conciencia y a que se tenga en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez.

Ley 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, inciso 15.4. Consentimiento informado

Si se va a filmar o fotografiar el acto médico debe ser también autorizado, evitando la toma del rostro del paciente. Se recomienda la visualización de códigos o iniciales en vez de nombres. Previo a la evaluación médico legal el perito médico debe explicar al paciente, a los padres o apoderados el procedimiento que va a realizar, luego hará firmar el consentimiento informado. El consentimiento informado es llenado por el perito médico, porque puede ser refutado por vicio de llenado y de consentimiento, considerándose negligente el llenado, y negligente el procedimiento. Es inaceptable realizar un procedimiento médico sin haberse llenado y firmado el debido consentimiento. Puede existir discrepancia de peritos por el acto médico, pero no por la falta de un consentimiento informado, lo cual no es negociable.

- Tercero: contar con adecuada iluminación, una camilla ginecológica, cámara fotográfica (en el IML se utilizan y recomiendan cámaras fotográficas con más de 10 megapíxeles, sujeto a variación según nuevas evidencias). Para el caso del uso de filmadora se debe tener un trípode. Lo recomendable es contar con personal de sexo femenino como colaboradora del médico, quien debe permanecer en todo momento en el ambiente. La evidencia obtenida (incluida la fotografía, videos) serán entregados al fiscal a cargo de la investigación⁴⁵, bajo las normas de una adecuada cadena de custodia:

⁴⁵ Directiva General N.-009-2011-MP-FN-GN "Normas para la peremización Fotográfica y Filmación de la Labor Forense y su Cadena de Custodia en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses".

“[...] es el documento escrito en donde quedan reflejadas todas las incidencias de una prueba” (Angulo, 2005, Pág. 1). Con este instrumento, “se asegura la integridad de la muestra desde su toma hasta la emisión del informe (...) debiendo ser observada, mantenida y documentada” (Policía Nacional del Perú, 2006).

- Cuarto: se realizará la toma de muestra biológica u otra, si los hallazgos lo ameritan. Las muestras embaladas, conservadas adecuadamente serán remitidas con cadena de custodia al laboratorio para su análisis y conclusiones. En el informe pericial se debe consignar las muestras obtenidas, y el método de perennizado del examen médico legal (fotografías o grabaciones).
- Quinto: el fiscal o juez, a fin de brindar la legalidad del procedimiento deberá estar presente en todo el procedimiento.
- Sexto: todo menor de edad con sospecha de haber sido agredido sexualmente pasará por una entrevista única mediante cámara Gesell⁴⁶. La finalidad de este procedimiento es evitar la re-victimización. Por este motivo, el perito médico evitará realizar un excesivo o minucioso interrogatorio. Este procedimiento está a cargo de un perito psicólogo, quien evalúa a la paciente en un ambiente adaptado especialmente para tal fin, mientras que en otro ambiente continuo podrán estar presente el fiscal de Familia, Penal, Mixto, los padres o responsable de la misma.

Artículo 144 del Código de los Niños y Adolescentes, inciso b, “[...] Durante la declaración de la víctima puede participar cualquiera de los padres o la persona que tenga bajo su tutela al menor de edad, siempre que no fueran los denunciados. Si los padres o la persona que tiene bajo su tutela al menor de edad no pudieran participar, podrán designar una persona que los represente”.

También pueden participar como observadores los abogados de la defensa y de la parte denunciada, personal policial, si fuera necesario también un intérprete, quien estará en el interior de la sala, al lado del psicólogo. La presencia de un digitador también es permitida, quien realiza la transcripción pericial. Está prohibida

⁴⁶ Se sugiere revisar “Guía de Procedimiento para la Entrevista Única de Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso sexual, explotación sexual y trata con fines de explotación sexual” del Ministerio Público del Perú.

la presencia de estudiantes de cualquier profesión, profesionales o funcionarios distintos a los mencionados anteriormente.

- Séptimo: el adecuado llenado del informe pericial es vital, no se permite errores de escritura, ni la falta de fecha del examen (día y hora de evaluación de la paciente). Una adecuada anamnesis y llenado de los antecedentes de importancia ayuda en la realización de la pericia, se recomienda preguntas puntuales evitando re victimización:
 - Fecha de la presunta agresión
 - Número de agresores
 - Uso de método anticonceptivo
 - Si existió agresión físicamente
 - Si el agresor ha utilizado en la víctima drogas
 - Si la víctima fue amenazada de muerte y cualquier dato que la peritada realice de manera espontánea.
 - Antecedentes gineco obstétrico (menarquia, fecha de última menstruación, régimen cataménial, fórmula obstétrica, inicio de relaciones sexuales, última relación sexual consentida y no consentida, número de parejas sexuales, actos contra natura, uso de métodos anticonceptivos).

- Octavo: la evaluación médico legal se realiza con la paciente en posición ginecológica, describiendo la distribución del vello púbico, genitales externos (región de la vulva), para luego examinar el himen (considerado como la barrera anatómica judicial). Para evaluar la región anal, la posición genupectoral es muy utilizada, describiéndose aspectos como la tonicidad anal, descripción de las características de los pliegues anales, presencia de lesiones recientes antiguas, dilatación de los esfínteres anales, presencia de plicomas - repliegues, presencia de hemorroides. Concluida las dos anteriores se debe evaluar la región para genital (muslo, nalgas, mamas) y región extra genital (cuello, manos, muñecas, etc.) buscando presencia de lesiones.

- Noveno: se debe determinar la edad aproximada de la paciente, mediante la evaluación de caracteres sexuales secundarios u otros métodos.

- Décimo: con respecto a las conclusiones, éstas deben ser dadas de acuerdo a los hallazgos a nivel del himen, región anal, lesiones en la región para genital y extra genital⁴⁷. Si existen lesiones en la región para genital o extra genital deben ser descritas y concluidas según los artículos 198° y 199° del NCPP. En agresiones por violencia sexual el agresor en su búsqueda de someter a la víctima ocasiona lesiones en región extra genital, la gravedad de estas lesiones dependerá de la agresividad del delincuente. El examen médico legal sin una descripción adecuada de estas lesiones puede ser considerado como incompleto. Al final se debe emitir también una calificación médico legal y una atención facultativa.

Para los hallazgos de lesiones en región himeneal y anal la Guía Médico Legal: Evaluación Física de la Integridad Sexual, del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, recomienda lo siguiente:

- **Himen:** Según el hallazgo se puede concluir: 1) No permite el examen médico legal (paciente no colabora); 2) No presenta signos de desfloración himeneal; 3) Presenta signos de lesiones traumáticas recientes en genitales externos sin desfloración himeneal; 4) Presenta signos de desfloración himeneal reciente; 5) Presenta signos de desfloración himeneal reciente con lesiones traumáticas recientes en genitales externos; 6) Presenta signos de desfloración himeneal reciente con secuelas (lesiones traumáticas antiguas) en genitales externos; 7) Presenta signos de desfloración himeneal antigua; 8) Presenta signos de desfloración himeneal antigua con presencia de lesiones traumáticas recientes en genitales externos; 9) Presenta signos de himen dilatado (complaciente); 10) Presenta signos de himen dilatado (complaciente); 11) Presenta signos de himen dilatado (complaciente) con lesiones traumáticas recientes en genitales externos; 12) Presenta signos de himen dilatado (complaciente) con lesiones traumáticas recientes en genitales externos; 13) Presenta signos de himen dilatado (complaciente) con secuelas (lesiones traumáticas antiguas) en genitales externos; 14) Presenta signos de himen dilatado (complaciente) con secuelas (lesiones traumáticas antiguas) en genitales externos;

⁴⁷ Basados en diagnóstico sugeridos por la Guía Médico Legal: Evaluación Física de la Integridad Sexual, del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

15) Presenta signos de himen dilatado (complaciente) con secuelas (lesiones traumáticas antiguas) y lesiones recientes en genitales externos; 16) Presenta signos de himen dilatado (complaciente) con secuelas (lesiones traumáticas antiguas) y lesiones recientes en genitales externos; 17) Presenta signos de parto vaginal antiguo; 18) Presenta signos de parto vaginal reciente; 19) Presenta signos de vulvovaginitis / enfermedad inflamatoria pélvica. Presenta signos de Infección de Transmisión Sexual (ITS).

- **Región anal:** 1) No permite el examen médico legal; 2) No presenta signos de coito contranatura; 3) No presenta signos de acto contranatura; 4) Presenta signos de coito contranatura reciente (cuando existen lesiones que siguen el trayecto de los pliegues anales); 5) Presenta signos de acto contranatura reciente (cuando existen lesiones que cruzan transversal u oblicuamente los pliegues anales); 6) Presenta signos de coito contranatura antiguo; 7) Presenta signos de acto contranatura antiguo; 8) Presenta signos de coito contranatura antiguo con lesiones recientes; 9) Presenta signos de acto contranatura antiguo con lesiones recientes; 10) Presenta signos de ano marcadamente hipotónico; 11) Presenta signos de Infección de transmisión sexual.
- **Para el caso del varón:** Dependiendo los hallazgos se puede concluir: 1) No permite el examen médico legal; 2) Genitales externos de caracteres morfológicos normales / acordes a su edad cronológica, sin lesiones traumáticas recientes ni antiguas; 3) Genitales externos de caracteres morfológicos normales y acordes a su edad cronológica, con lesiones traumáticas recientes; 4) Genitales externos de caracteres morfológicos normales / acordes a su edad cronológica, con secuelas de lesiones traumáticas antiguas; 5) Genitales externos de caracteres morfológicos anormales / no acordes a su edad cronológica, sin lesiones traumáticas recientes ni antiguas; 6) Genitales externos de caracteres morfológicos anormales / no acordes a su edad cronológica, con lesiones traumáticas recientes; 7) Genitales externos de caracteres morfológicos anormales / no acordes a su edad cronológica, con secuelas de lesiones traumáticas antiguas; 8) Presenta signos de Infección de Transmisión Sexual (ITS).

4.8) Pericias para ampliaciones de reconocimientos médicos legales:

Existen informes periciales para ampliar conclusiones dadas en un informe pericial

previamente emitido, se denominan informes periciales para ampliación médico legal, cuya finalidad es:

Resolución de Gerencia general N° 213-95-MP-FN-GG, del 01 de diciembre del 1995, en donde se aprobaba el Manual de Procedimientos Administrativos de la División Central de exámenes Médico Legales, en su punto 4.1.14. “[...] emitir nuevo pronunciamiento médico del ya realizado en base a nuevos exámenes auxiliares practicados al agraviado.”

También se puede realizar ampliación de informe pericial basado en documentos médico legales, como historia clínica, certificado médico, u otro documento médico legal. A estas pericias se denominan informes periciales post factos cuya finalidad es:

Resolución de Gerencia general N° 213-95-MP-FN-GG, del 01 de diciembre del 1995, en donde se aprobaba el Manual de Procedimientos Administrativos de la División Central de exámenes Médico Legales, en su punto 4.1.13. “[...] emitir pronunciamiento por parte del médico legista examinador, en base al estudio de evaluación de los informes médicos (historias clínicas) del agraviado en clínicas o áreas de salud relativo al estado del paciente”.

En etapa del juicio oral se suele cuestionar estos informes periciales, aludiendo que fueron realizados sin la presencia del paciente. Si bien no se evalúa directamente al paciente, lo que se analiza es un hecho que éste padeció, y se encuentra descrito y debidamente sustentado en una historia clínica y/o certificado o informe médico. Sin embargo, el perito médico, para esta pericia deberá buscar relaciones entre los diagnósticos y los datos que lo fundamenten, es decir medicina basada en evidencia disponible.

4.9) Pericia por necropsias de ley: La necropsia de ley se da cuando:

Artículo 196° del NCPP: a) Cuando sea probable que se trate de un caso de criminalidad se practicará la necropsia para determinar la causa de la muerte. b) En caso de muerte producida por accidente en un medio de transporte, o como resultado de un desastre natural, en que las causas de la misma sea consecuencia

directa de estos hechos, no será exigible la necropsia sin perjuicio de la identificación del cadáver antes de la entrega a sus familiares. Es obligatoria la necropsia al cadáver de quien tenía a cargo la conducción del medio de transporte siniestrado. En los demás casos se practica a solicitud de parte o de sus familiares.

c) La necropsia será practicada por peritos. El fiscal decidirá si él o su adjunto deban presenciarse. Al acto pueden asistir los abogados de los demás sujetos procesales e incluso acreditar peritos de parte.

Una etapa principal de la necropsia es el examen de vísceras y materias sospechosas, la cual debe ser minuciosa con mayor detalle si existen:

Artículo 198° del NCPP.1. Indicios de envenenamiento, el perito examinará las vísceras y las materias sospechosas que se encuentran en el cadáver o en otra parte y las remitirá en envases aparentes, cerrados y lacrados, al laboratorio especializado correspondiente. 2. Las materias objeto de las pericias se conservarán si fuese posible, para ser presentadas en el debate oral.

En Francia, mediante la reforma de la medicina forense realizada en el año 2011, la necropsia de ley esencialmente es realizada por un médico especializado en medicina forense (Delbreil y col, 2018). Además, debe existir una estricta cooperación entre el médico y el fiscal para garantizar la realización de todos los procedimientos formales y médicos, sin sobrepasar la competencia del experto (Swiatek, 2005). Un cadáver ya no es una parte integral de un ser humano. Los derechos humanos legales solo se aplican a seres humanos vivos, y no a un cadáver. Un óvulo humano fertilizado, un embrión humano, un feto o una parte separada de un cuerpo humano (vivo) tienen problemas de estatus legal que son similares a los de un cadáver (Sodesaki, 2001). Entonces es de vital importancia determinar el término cadáver, que constituye la barrera judicial para la realización de necropsia de ley:

“[...] Se pueden dividir en cuatro categorías: 1) de acuerdo con la falta de signos vitales o signos seguros de muerte 2) de acuerdo con el grado de descomposición y / o cohesión de las partes del cuerpo 3) sobre la base del cuerpo cortado en partes, y 4) diferenciación terminológica de mortinatos y muertes neonatales por

abortos involuntarios. [...] Por lo tanto, la decisión de si los restos humanos o partes de los mismos califican como un "cadáver" debe dejarse a la discreción médica (Gile y col, 2006)".

Mientras más pronto se realiza una necropsia de ley la certeza de hallazgos de evidencias es mayor. Los alemanes consideran "cadáveres domésticos" al intervalo post mortem mínimo de 24 horas, porque pasado este tiempo, existen signos avanzado de descomposición, la causa de muerte se vuelve más incierta [...] (Merz y col, 2012). No es un misterio que el hallazgo de causa de muerte es un trabajo de gran responsabilidad, para lo que se requiere de un exhaustivo estudio del cadáver e historia clínica, sobre todo si presenta un periodo largo de sobrevida agonizante, relacionada con un previo evento traumático. Esta dificultad se basa en que el perito médico debe reconocer que no toda conclusión proviene de la necropsia de ley, sino de un estudio en conjunto con los datos obtenidos de la historia clínica. Los diagnósticos de un síndrome de embolia grasa, insuficiencia orgánica múltiple y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica se basan en datos clínicos, muy pocos datos aportan los hallazgos de la necropsia de ley y los estudios histológicos, que suelen ser inespecíficos (Milic y col, 2002). El perito médico no puede concluir en un diagnóstico de causa de muerte sin contar con un respaldo científico que lo acredite, de lo contrario estaría cometiendo un error tan garrafal como aseverar infarto de miocardio sin hallazgo clínico o patológico que lo sustente. Errores se han dado en el pasado donde la medicina basada en evidencia todavía no se posesionaba:

"[...] durante muchos años, la errónea teoría de la fluidez de la sangre en un cadáver como indicador de estrangulación violenta, dio lugar a opiniones dudosas sobre el estrangulamiento al bloquear los orificios respiratorios de la víctima, especialmente en los casos de infanticidios. Otra teoría errónea que era obligatoria en la tanatología forense, fue la del estado timolinfático que utilizaba la hipertrofia tímica para explicar las muertes de individuos jóvenes, como resultado de una pequeña lesión o incluso una fuerte emoción. Las pruebas estadísticas y el desarrollo de la medicina general permitieron refutar la teoría. En el manejo del diagnóstico de la muerte por hipotermia, a pesar de que sus características más

importantes, las manchas de Wischnewski y la pérdida de glucógeno hepático, se conocían desde hacía mucho tiempo, se las consideró inútiles durante varios años. En este momento, los casos de muerte por hipotermia se incluyeron en la categoría de "parálisis cardíaca". A pesar de varios cambios de las autoridades, una revisión de los protocolos de autopsia preparados en el Departamento de Medicina Forense de Cracovia proporcionó al autor una gran cantidad de información de gran valor histórico [...] (Konopka, 2011).”

Toda necropsia de ley plantea un desafío al médico forense, por más simple que aparentara, requiere de un análisis complejo en donde el dudar de los patrones patognomónicos es crucial para logro de objetivos. La causa de muerte súbita natural inesperada se debe dar bajo el criterio de descarte o de exclusión de otras patologías, mediante un examen post mortem minucioso, que incluso incluye el pesado de órganos relacionado con otros parámetros (índice de Broca, por ejemplo), estudios inmunohistoquímicos, histológico, laboratoriales, clínicos, entre otros (Takatsu, 1995). Incluso se viene utilizando análisis genético para el estudio causa de muerte que quedan sin un diagnóstico por necropsia de ley.

“El análisis genético se ha incorporado recientemente al campo de la medicina forense, especialmente en pacientes con muerte súbita y en los que no se identifica una causa concluyente de muerte después de una autopsia médica legal completa. Las enfermedades arritmogénicas heredadas son la principal causa de muerte en estos casos. [...]” (Bonilla y col, 2018).

La necesidad de una interpretación precisa de los hallazgos de la necropsia para evitar diagnósticos erróneos, con implicaciones potencialmente devastadoras (Papadakis y col, 2013), se basa principalmente en la competencia de quien realiza la necropsia de ley, el perito médico.

4.10) Pericias por necropsias clínicas: Las pautas para su realización no son similares a las autopsias médico legales. Estas se efectúan a solicitud del médico tratante con autorización de la familia cuando los diagnósticos planteados clínicamente no logran determinar las verdaderas causas de la muerte. Por lo tanto,

son realizadas a occisos que fallecen de causa natural o por enfermedad de interés científico, o de salud pública.

Yamashiro y col. (2018), describen el caso de un paciente de 90 años de edad que presenta signos meníngeos (rigidez de cuello, signo de Kernig), además de parálisis del nervio facial derecho. En líquido céfalo raquídeo (LCR) fue positivo para PCR de virus de varicela Zóster. Resonancia magnética con lesiones hipertensas en región protuberancia y lóbulo temporal izquierdo. El diagnóstico fue de Síndrome de Ramsay Hunt y meningoencefalitis por virus de herpes Zóster. A pesar del tratamiento el paciente fallece. Hallazgos histológicos post autopsia fue infiltración linfocítica de la leptomeninges y espacio perivascular del cerebro. La confirmación patológica es rara en la meningoencefalitis por el virus varicela zóster.

Winchmann et al. (2020), Yao et al (2020), Menter et al. (2020), entre otros, nos han recordado la importancia de las autopsias clínicas para las enfermedades nuevas como la causada por el nuevo virus SARS CoV2 (Covid-19).

Manual de procedimientos Tanatológicos forenses y Servicios Complementarios IML-MP- Perú, la necropsia clínica se realizará en las Divisiones que cuenten con el servicio Tanatológico Forense, para confirmar o conocer las causas de la muerte con fines científicos u otros; siempre y cuando la causa de la muerte no sea de carácter médico legal.

También puede ser solicitada para confirmar enfermedades hereditarias que pueden acarrear la muerte de integrantes de una familia.

Se debe sospechar un diagnóstico de hemocromatosis después de encontrar un páncreas patológico de color negro-grisáceo durante una autopsia. Se debe realizar una evaluación histológica usando tinción con azul Prusia de Pearls. La necesidad de un examen genético es innegable cuando se formula un diagnóstico positivo de hemocromatosis, centrándose especialmente en los familiares de primer grado, ayudando a diagnosticar y prescribir un tratamiento adecuado y temprano (Chmieliauskas y col., 2017)

Gracias a las autopsias clínicas se dieron grandes avances en la ciencia médica; sin embargo, actualmente no se realiza de manera rutinaria debido a los adelantos tecnológicos de los exámenes auxiliares que han logrado brindar diagnósticos certeros sin la necesidad de la apertura del cadáver.

En Puno no se tiene informe de realización de necropsias clínicas, sin embargo, siempre será una buena alternativa para la confirmación de causa de muerte, estudios de enfermedades hereditarias o para brindar una intervención terapéutica adecuada en enfermedades no frecuentes. Algunas de estas enfermedades pueden explicar el fracaso del tratamiento aplicado, tienen repercusión en la salud pública por presencia de cepas patógenas desconocidas, para el caso de un donador de órganos con muerte desconocida que pueda afectar al receptor, entre otras.

Los trastornos de inmunodeficiencia primaria incluyen un amplio espectro de trastornos hereditarios caracterizados por anomalías funcionales de uno o más componentes del sistema inmune. [...] El diagnóstico siempre es desafiante debido a su presentación clínica variable [...], como resultado, estos pacientes sucumben a la enfermedad. Los datos de autopsias para esta patología son carentes en la literatura, y su evaluación histopatológica se limita a informes de casos raros. [...], la correlación de las características patológicas con los síntomas clínicos proporciona pistas para un diagnóstico oportuno y una intervención terapéutica adecuada (Gupta y col., 2018).

4.11) Exhumaciones: La extracción del cuerpo con fines forenses se da mediante solicitud fiscal o parte interesada, aprobada por un mandato judicial cuya finalidad es esclarecer una muerte con presunto acto de criminalidad aún no determinado con o sin procedimientos previos. Para este tipo de procedimientos médico legales se requiere de peritos expertos, en lo posible de ambas partes involucradas. Lo recomendado es la participación de peritos patólogos, odontólogos, antropólogos, fotógrafos, y técnicos forenses. También se han dado exhumaciones a fin de realizar estudios por ejecuciones extrajudiciales, con violación de los derechos humanos:

En 2011 en Wrocław (Polonia), se exhumaron los cuerpos de 223 prisioneros, incluidas las víctimas de represiones políticas y procesamientos en el período 1949-1954, durante los cuales las personas que luchaban por la independencia de Polonia fueron ejecutadas y enterradas en tumbas no identificadas en varios cementerios. Fue la primera exhumación realizada en Polonia a tan gran escala (Szleszkowski y col., 2014).

En el período comprendido entre octubre y diciembre de 2011, se llevó a cabo en el cementerio Osobowicki de Wrocław una serie de investigaciones sobre la exhumación de los denominados recintos penitenciarios que datan de 1949-1954. Entre los enterrados había presos políticos ejecutados por disparos: miembros genuinos o supuestos de organizaciones de la independencia de la posguerra. Fue una oportunidad única para determinar el método de ejecución de la pena de muerte en ese período porque, según los datos históricos y los resultados de dos exhumaciones de prueba, este método difería considerablemente de las instrucciones sobre el uso de un pelotón de fusilamiento durante la ejecución de la pena de muerte. (Szleszkowski, 2012).

En Perú se han realizado importantes exhumaciones por muertes durante la guerra que se libró contra el terrorismo, actualmente muchas están descritas en el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Las exhumaciones fueron realizadas por un equipo multidisciplinario conformado por peritos médicos, patólogos, antropólogos, odontólogos, arqueólogos, fotógrafos forenses, entre otros tanto del IML como de la PN. Definitivamente aún queda mucho por exhumar, por la cantidad de personas desaparecidas que no han sido halladas. En estos casos el motivo de las exhumaciones son primero el reconocimiento de identidad de las víctimas, para lo cual se realiza el recojo de muestras para ADN y descubrir la causa de la muerte.

En el primer caso, se han recibido las declaraciones de los familiares de la víctima y de testigos de los hechos. El 25 de junio de 2004, el representante del Ministerio Público realizó una diligencia de exhumación en el lugar donde fueron enterrados los restos de la víctima. En la citada diligencia se ordenó recoger muestras para la

prueba de ADN. De igual forma, se llevó a cabo una inspección judicial en el lugar donde la víctima habría sido asesinada. (Defensoría del Pueblo, 2004).

Guillermo fue requerido para una exhumación con la finalidad de extraer muestra de ADN para determinar paternidad. A pesar que cualquier tejido corporal puede ser utilizado para tal fin, es recomendable la diáfisis del fémur.

En los últimos años se han incrementado las solicitudes de exhumación de restos humanos para determinar relaciones genéticas en juicios civiles y acciones judiciales. Los autores proporcionan una extensa revisión de la literatura sobre el uso de esta nueva metodología para la identificación humana de huesos antiguos o recientes (Iwamura y col., (2004).

Una exhumación jamás debe ser practicada por un perito médico inexperto, sin una solicitud de lo que se requiere investigar, sin contar con la documentación existente como: acta de levantamiento de cadáver, informe pericial de necropsia de ley (si existiera), historia clínica, antecedentes de lesiones y si es posible la carpeta fiscal.

4.12) Pericias por levantamiento de cadáveres: Según el Manual del procedimiento de la diligencia de levantamiento de cadáver del IML del Perú:

“Lo realiza el perito médico legista y el equipo de profesionales de las ciencias forenses, de todo lo existente en el lugar de los hechos (tanto del continente como de su contenido) o el lugar del hallazgo, donde se encuentre(n) cadáver(es) o restos humanos con la finalidad de establecer si la muerte es de etiología violenta, natural o sospechosa de criminalidad”.

“La fiscalía actúa como una unidad y no interesa el fiscal individual” (Pomareda, 2005, pág.377).

En el levantamiento del cadáver estará presente un perito médico, quien primero certifica la muerte para luego buscar evidencias que puedan advertir si la muerte fue por circunstancias naturales o violenta no natural. El perito médico debe asesorar y guiar al fiscal acerca de las causas, circunstancias de la muerte, así como el tiempo aproximado en la que se produjo. El tratamiento o manipulación del

cuerpo se realiza de manera conjunta con los otros peritos presentes, estando obligado en todo momento a no alterar la escena del crimen, uniendo esfuerzos en apoyo mutuo, en coordinación y colaboración con el área logística. Recordemos que la escena del crimen es una parte importante para la elaboración del perfil criminológico, las evidencias halladas en dicho lugar muestran una conducta (evidencias conductuales), para comprender las emociones y pensamientos del criminal (Teoría Racional emotiva conductual de Albert, Ellis).

El NCPP estipula que el levantamiento del cadáver debe hacerse cuando se sospecha de muerte por hecho punible, de ser posible con participación de personal policial especializado en criminalística, y haciendo constar en acta las personas o peritos que participaron. El procedimiento está bajo la batuta del fiscal, con la intervención del perito médico y del personal policial especializado en criminalística, solo por razones de índole geográfica podrá prescindirse de la participación de personal policial especializado en criminalística.

Artículo 195° del NCPP: El Fiscal según las circunstancias del caso, podrá delegar la realización de la diligencia en su adjunto, en la Policía o en el Juez de Paz. La identificación, ya sea antes de la inhumación o después de la exhumación, tendrá lugar mediante la descripción externa, la documentación que porte el cadáver, huella dactiloscópica o palmatoscópica, o por cualquier otro medio.

4.13) Pericia por muerte con presunta Responsabilidad Médica: El médico está expuesto a ser denunciado por una presunta mala praxis, siendo una de las principales causas la anafilaxia.

“La anafilaxia se entiende simplemente como una reacción alérgica multisistémica y potencialmente mortal (Sampson, y col., 2006).”

“[...] La causa más común de las demandas fue la exposición a un desencadenante conocido, seguido de un reconocimiento o tratamiento retrasado de la anafilaxia y el uso inadecuado de la epinefrina IV, incluidos los errores de dosis excesiva o insuficiente (Lindor y col., 2018)”.

Los procesos de demandas están presentes en todas las especialidades médicas, siendo una preocupación para los médicos, con un costo anual estimado de diez millones de dólares (Colaco y col., 2015).

“Cuando un urólogo está involucrado en un litigio de torsión, rara vez tienen éxito en su defensa. Finalmente, el ultrasonido no es garantía de éxito contra un litigio (Colaco y col., 2015)”.

Los pacientes que llegan a la emergencia en estado crítico, son atendidos por médicos de emergencia, quienes realizan una labor con inmunidad de responsabilidad (inmunidad del buen samaritano). A pesar que pueden ser denunciados por presunta mala praxis, muchos se acogen a esta inmunidad de atención, porque una falta de atención sería de mayor perjuicio.

“Aunque la mayoría de los demandados del sistema de atención de emergencia utilizaron la inmunidad de responsabilidad como defensa legal, el resultado del tribunal de apelación fue similar independientemente de su uso (Trompler, 1995).”

“Desafortunadamente, debido a que muchos de estos tipos de casos dan lugar a un litigio, algunos cirujanos vasculares se niegan a responder a un llamado de ayuda. Simplemente, es importante que los cirujanos vasculares "hagan lo correcto" y respondan a estas solicitudes de asistencia. El sistema legal reconoce la necesidad de proteger a los médicos que responden adecuadamente y, por lo tanto, se adoptaron los estatutos del Buen Samaritano (Brown, 2010).

Si realizáramos un estudio del tema nos encontraríamos con múltiples referencias donde el médico tiene grandes posibilidades de perder si es denunciado. El papel del perito médico en Puno y gran parte del Perú se ha convertido en un mero tramitador de los informes médicos de médicos especialistas, e incluso con desconocimiento de la labor pericial. A continuación, algunas afirmaciones de peritos médicos oficiales:

“El médico legista se encarga de encontrar fallas en el acto médico, descritos en la historia clínica o certificado médico. No es necesario ser especialista en

determinadas áreas médicas para eso, únicamente de preparación mínima de auditoría médica”.

“[...] hacemos informes según la historia clínica y los informes de los especialistas, no es algo que se nos ocurre [...]”

“[...] el médico legista tiene la facultad de realizar diversas pericias de especialidades, cuando solo se requiere conocimiento básico y lógico del acto médico.”

La labor pericial no es un juego que se aprende de la noche a la mañana, Guillermo siempre comentaba que cada pericia que realizaba era un mundo a investigar, e incluso al concluirla sentía cierto temor porque existía la posibilidad de estar obviando algún conocimiento que la otra parte conozca y saque a relucir en el debate pericial. Estas opiniones que nacen de algunos comentarios de colegas demuestran las pocas ganas de mejorar en la labor pericial, la opinión de Guillermo es *“dejar que los especialistas debatan en temas de sus especialidades...”* El acto médico es una labor compleja no mecanizada ni ilógica, la toma de decisiones de un médico especialista al momento de un evento crítico, con riesgo de la vida del paciente es más complicado y divergente que un análisis básico y lógico de un perito médico no especialista al momento de peritar. Todos podemos encontrar presuntos errores médicos al momento de evaluar una decisión médica, tan igual como todos podemos encontrar horrores al momento de estudiar y analizar una pericia médica, pero la responsabilidad legal en ambos casos no es la misma, al igual que las circunstancias en las que se dieron.

El perito médico debe saber dudar de las historias clínicas, informes médicos, certificados médicos, si existe correlación entre los diagnósticos con la clínica, el examen auxiliar y el conocimiento médico actual, sinónimo de aplicar el criterio médico en la labor pericial. Al momento de un evento adverso lo primero que se intenta corregir es la historia clínica, el certificado o informe médico. Ahora coexisten médicos especialistas inescrupulosos que dan certificados médicos según requiera el paciente a cambio de algún evento antiético.

Para el caso de muerte por una presunta responsabilidad médica, es necesaria una necropsia de ley que determine las posibles causas de muerte. Lo recomendable es la participación de un equipo forense y médicos especialistas en patología o medicina legal, además de la presencia del médico investigado y peritos de partes. La necropsia de ley en Puno tiene tres etapas principales (Félix, 2015):

La primera: Obtener todos los datos de eventos previos a la muerte del paciente (historia clínica, informe médico, levantamiento de cadáver, etc.).

La segunda: Cuando se realiza la necropsia de ley. Toma de muestras para anatomía patológica, toxicológica, inmunológica, genética, u otra de importancia para el caso médico legal. Posteriormente se emite una causa probable de muerte; es decir, aún no determinante.

La tercera: A la llegada de los resultados se requiere de un análisis definitivo, basado en todos los hallazgos obtenidos en las etapas anteriores. Se emite un diagnóstico definitivo de causa de muerte, que puede ser similar o distinto a la causa de muerte presuntiva de la segunda etapa.

Muchas de las necropsias de ley se quedan solamente en la segunda etapa, sin llegar a ser concluidas de manera definitiva, con consecuencia negativas en el proceso judicial. Cuando un perito médico comete errores en la necropsia de ley, causa un daño irremediable en las investigaciones.

4.14) Rol del perito médico en algunas diligencias

Escena del Crimen: El manejo de la escena del crimen es un tema ampliamente debatido y descrito en las diferentes literaturas, estudiarlo en profundidad no es una actual prioridad, pero diremos que el NCPP señala que:

Artículo 68°, 1, b del NCPP: [...] el personal de la PN quien debe vigilar y proteger el lugar a fin de que no sean borrados los vestigios y huellas del delito.

Artículo 331°, 1 del NCPP: Tan pronto la Policía tenga noticia de la comisión de un delito, lo pondrá en conocimiento del MP por la vía más rápida (verbal o escrita), indicando los elementos esenciales del hecho y demás elementos inicialmente

recogidos, así como la actividad cumplida, sin perjuicio de dar cuenta de toda la documentación que pudiera existir;

Artículo 68°, 1, d del NCPP. [...] debe recoger y conservar los objetos e instrumentos relacionados con el delito, así como todo elemento material que pueda servir en la investigación.

Artículo 330°, 3 del NCPP: sobre todo cuando estas evidencias corren el riesgo de perderse por factores del momento, por ejemplo acción del medio ambiente (lluvia, viento, etc.); si la evidencia no corre peligro, el efectivo policial debe esperar la llegada del Fiscal quien al tener conocimiento de un delito de ejercicio público de la acción penal, podrá constituirse inmediatamente en el lugar de los hechos con el personal y medios especializados necesarios para efectuar un examen con la finalidad de establecer la realidad de los hechos y, en su caso, impedir que el delito produzca consecuencias ulteriores y que se altere la escena del delito.

Artículo 322°, 3 del NCPP: Es el Fiscal quien podrá disponer las medidas razonables y necesarias para proteger y aislar indicios materiales en los lugares donde se investigue un delito, a fin de evitar la desaparición o destrucción de los mismos.

La participación del perito médico en la escena del crimen tiene como prioridad la vida humana, sin perjuicio de la investigación debe ingresar de manera correcta a la escena del crimen, sin contaminarla, sin entorpecer la labor de los peritos que intervienen, evaluar a la persona, certificar la muerte, seguir un protocolo o guía para tal fin. Es muy probable que se le solicite informe de su participación, posteriormente será citado para declarar en el juicio oral, es parte de la labor, debiendo por tal motivo actuar con responsabilidad y buen criterio. La actuación de buena fe no solamente salva vidas, sino que es un acto médico valorado.

Al inicio de la Instalación del NCPP existía desconcierto con respecto a la participación del perito médico, sobre todo del médico legista en la escena del crimen, porque antes de su instalación todo se realizaba de manera muy rápida, no se llenaba tantos formatos, como por ejemplo cadena de custodia.

Para Fuertes y col. (2007, pág. 171), la cadena de custodia, "(...) tiene el propósito de garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad de elementos materiales de prueba (...) desde el momento que son encontrados en el sitio del suceso o lugar de los hechos, hasta que son entregados en los laboratorios criminalísticos o forense a fin de que sean analizados y así obtener por parte de los expertos, técnicos o científicos, los resultados periciales correspondientes. Su importancia radica en que garantiza el adecuado e idóneo manejo de los elementos materiales de prueba desde su identificación en el sitio del suceso, pasando por su tratamiento, análisis en los diferentes laboratorios, hasta el envío del resultado pericial correspondiente a la autoridad judicial competente".

El médico legista, acostumbrado en muchos casos a ingresar primero a la escena del crimen, ahora tenía que esperar la previa participación de peritos especializados de la PN, salvo la persona esté con vida o por disposición fiscal. Si el perito está capacitado y acreditado en el manejo de escena del crimen podrá ser designado para dirigir esta diligencia.

Examen médico legal del imputado: La persona que es imputada y detenida debe ser evaluada por el médico legista a fin de verificar su estado de salud, presencia de lesiones o características de identificación (señales de lesiones traumáticas, cicatrices, lunares, tatuajes, entre otros). En ningún momento se le falta el respeto ni a su dignidad como persona, será evaluado sin grilletes, contando con la presencia del personal policial para evitar fugas y resguardar la integridad del equipo profesional.

Artículo 41°, 2, f del NCPP. El inculpado tiene derecho a ser evaluado por un médico legista o en su defecto por otro profesional de la salud, cuando su estado de salud así lo requiera.

Artículo 77°, 1 del NCPP: Por mal estado de salud, puede solicitarse mediante los mecanismos establecidos la evaluación o examinación por parte de un médico legista o en su defecto por un perito designado.

Artículo 77°, 2 del NCPP: [...] si el imputado requiere de atención en centro hospitalario se puede ordenar su internamiento en este o en una clínica que reúna las condiciones según lo diagnosticado.

El penal Challapalca, de alta seguridad, se encuentra a 4.800 m.s.n.m, recluye a sentenciados de alta peligrosidad, con delitos que sin derechos humanos muy probablemente serían merecedores de la pena de muerte, algunos de estos criminales solicitan, mediante hábeas corpus⁴⁸, evaluaciones médico legales alegando enfermedades que son acentuadas por las características de la región y las condiciones que ofrece el recinto penitenciario. Algunos solo buscan su traslado a otros centros penitenciarios. El perito médico oficial es responsable de evaluar el estado de salud del recluso, recomendando si amerita o no dicho traslado.

Diligencia de reconstrucción y el perito médico: Guillermo relata que con la instalación del NCPP, la Fiscalía de Acora fue una de las primeras en solicitar apoyo de peritos médicos para la reconstrucción de los hechos por un presunto asesinato. La diligencia se realizó con participación del equipo capacitado en el manejo de escena del crimen de Puno, conformado por perito médico, antropólogo, biólogo y técnico necropsiador. La diligencia permitió obtener evidencia de importancia para los administradores de justicia. La participación del personal médico es factible (Artículo 194°, 1 del NCPP), pudiendo grabar, filmar, realizar croquis del lugar (Artículo 194°, 2 del NCPP). La diligencia de reconstrucción puede ser solicitada por el juez o fiscal durante la investigación preparatoria (Artículo 192°, 1 del NCPP), debiendo ser de manera minuciosa, comprendiendo la escena de los hechos y todo lo que pueda constituir en ella prueba material del delito.

Intervención corporal: En la búsqueda de evidencia por delitos con pena privativa de la libertad mayor a cuatro años, el fiscal puede solicitar al perito médico que realice un examen corporal en el imputado, persona a quien se le atribuye un delito,

⁴⁸ Constitución Política del Perú de 1993- Artículo 200°, inciso 1°, el objetivo del proceso de habeas corpus es para proteger la libertad individual y los derechos constitucionales conexos ante cualquier amenaza o violación de éstos por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona.

mediante el acto de imputar la comisión de un hecho o acto punible (Uriarte y Farto, 2007, pág. 75).

El juez debe ser informado del procedimiento, estando condicionado a que no se produzca un daño grave para la salud del imputado, para lo cual si resulta necesario se contará con un previo dictamen pericial (Artículo 211°, 1 del NCPP). Por la importancia para el desenlace del caso, la diligencia se debe realizar aun sin la autorización del imputado. Entre los casos que requieren de esta medida están la obtención de muestra para comparación de ADN (caso de paternidad o resolución de un asesinato), exploraciones radiológicas (tráfico de drogas). En el caso que sea una mujer para no ofender el pudor, a petición suya se puede admitir otra mujer o un familiar durante el examen (Artículo 211°, 2 del NCPP). El fiscal puede solicitar el examen corporal sin esperar orden judicial en caso de urgencia o si hay peligro por la demora (Artículo 211°, 3 del NCPP). Durante la diligencia se debe elaborar el acta respectiva a cargo del fiscal, podrá estar el abogado defensor del imputado o en su ausencia por no acudir o por el peligro de que la prueba se perjudique una persona de confianza, pero en caso de que no acudiera ninguna de estas el fiscal dejará constancia en el acta de las causas de sus inasistencias (Artículo 211°, 4 del NCPP).

El representante del MP podrá disponer sin orden judicial mínimas intervenciones para observación, como pequeñas extracciones de sangre, piel o cabello que no provoquen ningún perjuicio para la salud, ni sean consideradas riesgosas para la vida del imputado, siendo necesaria la previa consulta al perito médico. Si existe riesgo en la salud del peritado se pedirá la orden judicial, para lo cual se contará con un previo dictamen pericial que establezca la ausencia de peligro de realizarse la intervención (Artículo 211°, 5 del NCPP).

¿Se puede realizar también exámenes en personas que no son las imputadas? La respuesta es sí, incluso pueden ser examinadas sin su consentimiento, en su consideración de testigos, siempre que deba ser constatado para el esclarecimiento de los hechos si se encuentra en su cuerpo determinada huella o secuela del delito

(Artículo 212°, 1 del NCPP). De la misma manera se les puede realizar exámenes para la constatación de descendencia y la extracción de análisis sanguíneos sin el consentimiento del examinado, son admisibles si no cabe temer ningún daño para su salud y la medida es indispensable para la averiguación de la verdad. Los exámenes y la extracción de análisis sanguíneos únicamente pueden ser efectuados por un médico (Artículo 212, 2 del NCPP). En caso de menores de edad o incapaces, decide su representante legal si se le toma exámenes o extracciones de análisis sanguíneos, salvo que esté inhabilitado para hacerlo por ser imputado en el delito, en cuyo caso decide el juez (Art. 212.3 del NCPP).

Guillermo, como perito médico, fue designado por un juez para la extracción de sangre y muestra de mucosa oral. El motivo fue la homologación de ADN por caso de paternidad. El presunto violador se encontraba en la cárcel. En coordinación, el fiscal y el perito acuden al penal para la extracción de la muestra. El interno se negó e impidió el procedimiento, el fiscal suspendió la diligencia, siendo reprogramada para otra fecha. Llegada la fecha reprogramada el imputado, por segunda vez, frustra el procedimiento. Al llegar el juicio oral el juez que había ordenado la homologación de ADN, solicitó explicaciones del por qué no se había tomado la muestra, a lo que el representante del MP alegó que el imputado se rehúsa e impide la toma de muestra. En el alegato del juez exhortó al representante de la fiscalía a hacer cumplir el mandato judicial, la prueba era muy valiosa para la emisión de sentencia, autorizando si fuera necesario el uso de la fuerza para la obtención de la muestra. Por tercera oportunidad el interno se rehúsa al procedimiento, pero esta vez el personal del Instituto Penitenciario del Perú (INPE) colabora con el procedimiento, el perito médico logra obtener la muestra, la cual fue positiva, siendo el imputado sentenciado por violación sexual.

Protección de la identidad del menor de edad: En Puno se percibe un incremento de los casos reportados por delitos contra menores de edad, siendo uno de ellos el delito contra la libertad sexual, con daño irreparable o consecuencia fatal. La sociedad puneña se encuentra alerta, preocupada por la violencia enfermiza contra la niñez y la adolescencia. Cada día son más las personas que para casos de

violadores y asesinos, estiman se deberían imponer sanciones más estrictas e incluso la pena capital. El delito se está extralimitando, tomando en algunos casos la vida de la víctima, mientras que el criminal sigue vivo, a veces sin arrepentimiento.

Los delitos contra la libertad sexual en menores de edad afectan de manera irreversible el ámbito espiritual, físico y psicológico de la víctima y de su entorno. Se altera la estabilidad familiar, pilar fundamental de la sociedad. Día a día la población guarda rencor por la impotencia que genera el observar tanta impunidad desde las más altas esferas hasta los polvorientos barrios de la ciudad, a pesar que *los menores de edad están bajo la protección del Estado y por la comunidad internacional, debiéndose garantizar los derechos de la víctima en todos los procedimientos policiales y judiciales*⁴⁹, los delitos se siguen cometiendo. Las leyes que protegen al menor de edad⁵⁰; *“los menores de catorce años puedan evitar la confrontación entre él y el presunto agresor, se prohíbe la concurrencia de los menores de edad a la reconstrucción de los hechos”*, no son un freno para los actos delincuenciales que se vienen dando.

El perito médico no debe re victimizar al menor de edad durante el examen médico legal, así como respetará todos sus derechos. El NCPP estipula que la identidad del menor de edad agraviado, en caso de delito contra la libertad sexual, se debe mantener en reserva bajo responsabilidad de quien conduzca la investigación o el proceso (Artículo 94°, 1, 3 del NCPP). Las actuaciones procesales se realizan en castellano, se deberá proveer de un traductor o intérprete en caso de otro idioma (Artículo 114°, 3 del NCPP). La recomendación es no detallar el nombre completo del menor de edad sino colocar sus iniciales o uso de códigos como identidad.

Ley N° 27337 ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes. Artículo N° 4: El niño y el adolescente tienen derecho a que se respete su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. No podrán ser sometidos a tortura, ni a trato cruel o degradante.

⁴⁹ Código de Niños y Adolescentes (Ley N.° 27337), en su artículo 38

⁵⁰ leyes N° 27055 y 27115.

Artículo N° 06 – Código de los Niños y Adolescentes: Cuando un niño o adolescente se encuentren involucrados como víctimas, autores, partícipes o testigos de una infracción, falta o delito, no se publicará su identidad ni su imagen a través de los medios de comunicación.

Motivo suficiente para que no existan solicitudes de evaluaciones médico legales con el nombre completo del menor de edad.

Los menores de edad que permanecen en los albergues del estado pasan por exámenes de integridad sexual en múltiples oportunidades, por ejemplo cuando ingresan al albergue, al salir, cuando son trasladados de un albergue a otro, al regresar de visitar a sus familiares. Hay una revictimización constante, hecho que hace que el menor de edad rechace este examen de manera constante, sobre todo si son mujeres.

Antes del NCPP el menor de edad era sometido a interrogatorio por parte del personal policial, fiscal, juez, perito médico, psicólogo, incluso abogados. Con el NCPP, el perito médico no está facultado para el interrogatorio, por el contrario, debe buscar datos de importancia con preguntas simples, tratando de evitar el recuerdo del delito. Una de las medidas acertadas aplicadas con el NCPP, que evita la revictimización en menores de edad, es la instalación de las entrevistas únicas en cámaras Gesell.

Según Cosacov (2005, pág. 64) “[...] consta de un vidrio o espejo unidireccional (de un lado transparente, pero del otro un espejo) que originalmente sirvió para observar a los niños sin perturbarlos con la presencia. Pero en la actualidad se lo emplea igualmente en modernas formas de investigación terapéuticas, como en terapia sistémica, o en experimentos que utilizan la observación de la conducta espontánea, e incluso en zoológicos de diseño moderno”.

La experiencia de Puno al instalarse el NCPP, se inició con la realización de la entrevista única mediante un circuito cerrado de video, en donde el perito psicólogo entrevista a la menor en un ambiente con cámaras, mientras que en otro ambiente observan por una pantalla digital, los espectadores judiciales.

BIBLIOGRAFIA

Ambos K. (2005). Principios del proceso penal europeo. Bogotá Colombia. Editorial: Universidad del Externado de Colombia.

Angulo R. (2005). Cadena de Custodia en Criminalística. Colombia. Ediciones Doctrina y ley Ltda.

Aso J. (2009). Bioética de la actividad pericial médica. Cuad Med Forense, 15(56).

Binder A. (1999). Introducción al Derecho Procesal Penal (Segunda Edición). Buenos Aires, Argentina. Editorial: AD-HOC S.R.L.

Bonilla JC, Parra-Medina R, Chaves JJ, Campuzano O, Sarquella-Brugada G, Brugada R, Brugada J. (2018). Molecular autopsy in sudden cardiac death. Arch Cardiol Mex.

Bórquez V, Pamela. (2009). Forma y fondo del peritaje médico legal. Revista médica de Chile, 137(6), 856-857.

Brown, O. W. (2010). Good Samaritan statutes: A malpractice defense for “doing the right thing.” Journal of Vascular Surgery, 51(6), 1572–1573. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2010.02.028>

Chmieliauskas, S., Banionis, D., Laima, S., Andriuskeviciute, G., Mazeikiene, S., Stasiuniene, J. Jarmalaite, S. (2017). Autopsy relevance determining hemochromatosis: Case report. Medicine, 96(49), e8788. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000008788>

Colaco, M., Heavner, M., Sunaryo, P., & Terlecki, R. (2015). Malpractice litigation and testicular torsion: A legal database review. Journal of Emergency Medicine, 49(6), 849–854. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.052>

Defensoría del Pueblo (2004). A un año de la Comisión de la Verdad y reconciliación. Informe Defensorial N° 86. Lima Perú. Pág. 72.

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/021documentos/E6F398F168C6A7A005258154005A16E8/\\$FILE/Informe_N_86.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/021documentos/E6F398F168C6A7A005258154005A16E8/$FILE/Informe_N_86.pdf)

Delbreil, A., Voyer, M., Sapanet, M., & Leturmy, L. (2018, April 1). Autopsy legal under the law. *Presse Medicale*. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.01.015>

Faunce, T. a, & Bolsin, S. N. (2005). Fiduciary disclosure of medical mistakes: the duty to promptly notify patients of adverse health care events. *J Law Med*, 12(4), 478–482.

Félix G. (2015). Factores relacionados a la correlación entre diagnosticos presuntivos y definitivos de causa de muerte en autopsias realizadas en Puno en el periodo 2006 – 2012. (Tesis de Maestría en Ciencias Forenses y Criminalísticas). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.

Franklin, D. (2010, January). Forensic age estimation in human skeletal remains: Current concepts and future directions. *Legal Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2009.09.001>

Flores G. (2011). Consideraciones sobre el consentimiento del paciente en la prueba pericial médica. *Acta méd. costarric*. Vol 53 (1).

Gille RJ, Ribe M, Kreutz K, Weiler G, Verhoff MA. (2006)The significance of the legal term "corpse" in forensic medicine. *Arch Kriminol*. 217 (3-4):81-91.

Guillen C., Aguinaga I., Guillén F. (1998). La medicina basada en la evidencia en el sistema Judicial Norteamericano. *ANALES Sis San Navarra*, Vol. 21 N° 3, pp 385-388.

Griffin, R. C., Moody, H., Penkman, K. E. H., & Collins, M. J. (2008). The application of amino acid racemization in the acid soluble fraction of enamel to the estimation of the age of human teeth. *Forensic Science International*, 175(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2007.04.226>

Gupta, K., Rawat, A., Agrawal, P., Jindal, A., Nada, R., Saikia, B., Singh, S. (2018). Infectious and non-infectious complications in primary immunodeficiency disorders: An autopsy study from North India. *Journal of Clinical Pathology*, 71(5), 425–435. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2017-204708>

Hua Q., Barbetti M., & Rakowski A. (2013). Atmospheric Radiocarbon for the Period 1950 – 2010. *Radiocarbon*, 55(4), 2059 – 2072. doi: 10.2458/azu_js_rc.v55i2.16177

Iwamura, E. S., Soares-Vieira, J. A., & Munoz, D. R. (2004). Human identification and analysis of DNA in bones. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, 59(6), 383–388.

Kellogg, K. M., Hettinger, Z., Shah, M., Wears, R. L., Sellers, C. R., Squires, M., & Fairbanks, R. J. (2017). Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ Quality & Safety*, 26(5), 381–387. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005991>

Konopka, T. (2011). [Development of forensic thanatology through the prism of analysis of postmortem protocols collected at the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University]. *Archiwum Medycyny Sadowej i Kryminologii*, 61(3), 213–300.

Krogman WM. (1968). Biological timing and the dento-facial complex. *ASDC J Dent Child*.35:175–85.

Lindor, R. A., McMahon, E. M., Wood, J. P., Sadosty, A. T., Boie, E. T., & Campbell, R. L. (2018). Anaphylaxis-related Malpractice Lawsuits. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(4), 693–700. <http://doi.org/10.5811/westjem.2018.4.37453>

Love, J.C. Erin H. Kimmerle, José Pablo Baraybar (2008). Skeletal Trauma: Identification of Injuries Resulting from Human Rights Abuse and Armed Conflict. *Forensic Sci Med Pathol* 4, 202. <https://doi.org/10.1007/s12024-008-9048-6>

Menter T, Haslbauer JD, Nienhold R, Savic S, Hopfer H, Deigendesch N, Frank S, Turek D, Willi N, Pargger H, Bassetti S, Leuppi JD, Cathomas G, Tolnay M, Mertz

KD, Tzankov A. (2020). Postmortem examination of COVID-19 patients reveals diffuse alveolar damage with severe capillary congestion and variegated findings in lungs and other organs suggesting vascular dysfunction. *Histopathology*. 77(2):198-209. doi: 10.1111/his.14134. Epub 2020 Jul 5. PMID: 32364264; PMCID: PMC7496150.

Merz M, Heidorn F, Birngruber CG, Ramsthaler F, Risse M, Kreutz K, Krähahn J, Verhoff MA. (2012) Definition of a "domestic-setting corpse"--a retrospective study of 211 discoveries. *Arch Kriminol*. 230 (3-4):115-27.

Milic, J., Nikolic, S., & Mihailovic, Z. (2002). [Analysis of causes of death in long-term survivors of injuries sustained in traffic accidents]. *Srp Arh Celok Lek*, 130(5–6), 149–153.

Papadakis, M., Raju, H., Behr, E. R., De Noronha, S. V., Spath, N., Kouloubinis, A., Sharma, S. (2013). Sudden cardiac death with autopsy findings of uncertain significance: Potential for erroneous interpretation. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 6(3), 588–596. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.113.000111>

Policía Nacional del Perú. (2006). *Manual de Criminalística PNP*. Lima, Perú. Servicios Gráficos SMD, Lima. Aprobado por Resolución Directoral N° 1299-2005-DIRGEN/EMG, del 2 de julio del 2005.

Pomareda C. Alfred J. (2005). *El Nuevo Código de Procedimiento penal de la teoría a la Práctica a Través de casos Desarrollados (segunda Edición)*. Bolivia. Editorial La Paz GTZ. Pág. 377.

Ritz-Timme, S., Cattaneo, C., Collins, M. J., Waite, E. R., Schütz, H. W., Kaatsch, H. J., & Borrman, H. I. M. (2000, April). Age estimation: The state of the art in relation to the specific demands of forensic practise. *International Journal of Legal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s004140050283>

Roberts HJ. (1991). Medical consultation and expert testimony in claims litigation. Professional and ethical guidelines. *J Insur Med*; 23(2):130-134.

Rodziewicz, T. L., & Hipskind, J. E. (2018). Medical Error Prevention. StatPearls. Retrieved from <http://ezproxy.bangor.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=29763131&authtype=shib&site=ehost-live>

Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A, Brown SG, Camargo CA Jr, Cydulka R, Galli SJ, Gidudu J, Gruchalla RS, Harlor AD Jr, Hepner DL, Lewis LM, Lieberman PL, Metcalfe DD, O'Connor R, Muraro A, Rudman A, Schmitt C, Scherrer D, Simons FE, Thomas S, Wood JP, Decker WW. (2006). Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 117(2):391-7.

Swiatek B. (2005). Medicolegal autopsy--realization of procedural and essential requirements. *Arch Med Sadowej Kryminol.* 55(1):55-60.

Schmeling, A., Geserick, G., Reisinger, W., & Olze, A. (2007). Age estimation. *Forensic Science International*, 165(2-3), 178-181. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2006.05.016>

Sodesaki K (2001).The legal status of a human corpse. *Nihon Hoigaku Zasshi.* Jul;55 (2):235-42.

Szleszkowski, Ł., Thannhäuser, A., Szwagrzyk, K., Konczewski, P., Kawecki, J., & Świątek, B. (2014). Exhumation research concerning the victims of political repressions in 1945-1956 in Poland: A new direction in forensic medicine. *Forensic Science International*, 235. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.12.001>

Szleszkowski L. (2012). Reconstruction of methods of execution of the death penalty by shooting in the years 1949-1954 based on exhumation research of "prison fields" in Osobowicki Cemetery in Wrocław. Part I- Historical outline and results of research conducted prior to exhumations performed in 2011. *Arch Med Sadowej Kryminol.* 62(1):14-20, 7-13.

Taboada L. (2003). Elementos de la Responsabilidad Civil: comentarios a las normas dedicadas por el Código Civil a la Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual (Segunda Edición). Lima, Perú. Editora Jurídica Grijley.

Takatsu, A. (1995). Sudden unexpected natural death from a viewpoint of forensic pathology. In Japanese Journal of Legal Medicine (Vol. 49, pp. 432–446).

Trompler, V. A. (1995). Liability Immunity as a Legal Defense for Recent Emergency Medical Services System Litigation. *Prehospital and Disaster Medicine*, 10(2), 82–90. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00041777>

Ubelaker DH. (2001). Artificial radiocarbon as an indicator of recent origin of organic remains in forensic cases. *J Forensic Sci.* 46(6):1285-7. PMID: 11714136.

Ubelaker DH. (2014). Radiocarbon analysis of human remains: a review of forensic applications. *J Forensic Sci.* 59(6):1466-72. doi: 10.1111/1556-4029.12535. PMID: 25041129.

Ubelaker DH, Parra RC. (2011). Radiocarbon analysis of dental enamel and bone to evaluate date of birth and death: perspective from the southern hemisphere. *Forensic Sci Int.* 208(1-3):103-7. doi: 10.1016/j.forsciint.2010.11.013. PMID: 21167668.

Ubelaker DH, Thomas C, Olson JE. (2015). The impact of age at death on the lag time of radiocarbon values in human bone. *Forensic Sci Int.* 251:56-60. doi: 10.1016/j.forsciint.2015.03.024. PMID: 25863698.

Wichmann D, Sperhake JP, Lütgehetmann M, Steurer S, Edler C, Heinemann A, Heinrich F, Mushumba H, Kniep I, Schröder AS, Burdelski C, de Heer G, Nierhaus A, Frings D, Pfefferle S, Becker H, Bredereke-Wiedling H, de Weerth A, Paschen HR, Sheikhzadeh-Eggers S, Stang A, Schmiedel S, Bokemeyer C, Addo MM, Aepfelbacher M, Püschel K, Kluge S. (2020). Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Ann*

Intern Med. 18;173(4):268-277. doi: 10.7326/M20-2003. Epub 2020 May 6. PMID: 32374815; PMCID: PMC7240772.

Yamashiro N, Nagasaka T, Ooishi N, Tsuchiya M, Takaki R, Kobayashi F, Shindo K, Takiyama Y. (2018). An Autopsy Case of Meningoencephalitis and Cerebral Infarction that Developed with Ramsay Hunt Syndrome and Disseminated Herpes Zoster. *Brain Nerve*. 70(3):253-258. doi: 10.11477/mf.1416200990.

Yao XH, Li TY, He ZC, Ping YF, Liu HW, Yu SC, Mou HM, Wang LH, Zhang HR, Fu WJ, Luo T, Liu F, Guo QN, Chen C, Xiao HL, Guo HT, Lin S, Xiang DF, Shi Y, Pan GQ, Li QR, Huang X, Cui Y, Liu XZ, Tang W, Pan PF, Huang XQ, Ding YQ, Bian XW. (2020). [A pathological report of three COVID-19 cases by minimal invasive autopsies]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 8;49(5):411-417. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112151-20200312-00193. PMID: 32172546.

Capítulo Sétimo

LA APLICACIÓN DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA CON EL NUEVO CÓDIGO PROCESAL PENAL

SUMARIO

1.- Perito no especialista. 2.- Medicina basada en evidencia y el nuevo Código Procesal Penal. 3.- Detractores de la medicina basada en evidencia. 4.- Utilidad de guías médicas en la labor forense. 5.- Señor juez ¿Qué guía aplicamos? ¿Guía Nacional o Internacional? 6.- Las guías médicas ¿Son una herramienta para la defensa o para la acusación? 7.- La medicina basada en evidencia en Puno. 8.- El perito médico y los niveles de evidencia.

1) Perito no especialista

En su aprendizaje como perito médico, Guillermo adquirió las experiencias y habilidades con el transcurrir de ocho años en el IML. Pero aún no se consideraba completamente un experto, no cumplía con el criterio para ser considerado como tal, mostrando su talón de Aquiles para cualquier juicio oral.

Una fría mañana de junio, la ciudad de Puno fue conmovida por un hecho delictivo que acaparó todas las portadas periodísticas de la región, se había cometido un aterrador crimen. Dos personas habían encontrado en un pequeño descampado un

costal conteniendo el cuerpo de una mujer atada en sus cuatro extremidades, mientras que una cinta de embalaje ensangrentada apretaba intensamente el cuello, entre el hueso hioides y el mentón. Las múltiples lesiones en la cara desfiguraban por completo su rostro y la sangre, los moretones y hematomas cubrían su cabeza. Todos estos signos hablaban de una brutal golpiza con posterior muerte por estrangulamiento, un evidente homicidio con suma crueldad (violencia excesiva).

Guillermo tuvo que realizar el levantamiento del cadáver y la posterior necropsia de ley, levantamiento en el que participó el fiscal de turno y personal de la PNP.

Al llegar a la morgue se encontró con un abogado que había llegado dos años antes a la ciudad, provisto de gran reputación como penalista, y que se presentó como representante de la defensa (el esposo de la víctima era el principal sospechoso). Lo acompañaba un perito de parte, quien se presentó como médico especialista en medicina legal de la ciudad de Lima. Durante la diligencia el perito contratado sugirió la realización de algunas muestras, además tomar fotografías. Al finalizar la diligencia el mencionado abogado dejó constancia en el acta fiscal que *“el médico legista que realizó la diligencia no tiene especialidad médica alguna”*.

En el juicio oral, este abogado defensor buscó desacreditar al perito que realizó la necropsia de ley por no ser médico especialista en la materia. Para la defensa, no reunía las competencias ni estaba acreditado para llevar a cabo de manera adecuada dicha diligencia. Otro punto que atacó fue la falta de evidencia basada en medicina que sustentaba las conclusiones planteadas. Definitivamente, la intervención del abogado estaba dirigida a desmoronar cualquier hallazgo de la necropsia de ley, por ser el principal obstáculo para su defensa. Los exámenes solicitados por Guillermo fueron analizados en la ciudad de Lima, con una demora en los resultados de entre 15 a 30 días.

“Sobre la necropsia, el abogado en cada momento me cuestionaba no poseer una especialidad inherente a la labor pericial, que según él no me hacía idóneo para la labor forense. Por último, cuestionó la ruptura de cadena de custodia porque al

momento de entregar las muestras a la empresa privada que las trasladaba a los laboratorios de Lima no firmaba la continuidad, dejando en duda la veracidad y autenticidad de dichas muestras. El caso para el fiscal fue calamitoso, perdiendo en muchos aspectos, creándose serias dudas donde no tendrían porqué haber existido". (Escribió Guillermo)

Gracias a este juicio se tuvieron que realizar algunas reformas y procedimientos en la labor del MP. Guillermo debió pensar más en su carrera profesional, no era suficiente la acreditación como perito oficial.

El talón de Aquiles de Guillermo surgía en su falta de especialización, no era médico especialista en medicina legal, por ende su participación como perito podría ser cuestionada en cualquier debate pericial. Si bien podría obtener el título de especialista por competencia, cuyo trámite sería el camino más rápido, en ese entonces no existían los convenios para tal fin, dicho tema no era percibido como una prioridad institucional. Sin pensarlo mucho decidió postular y competir por una plaza ofrecida en la modalidad de residentado médico en la especialidad de Medicina Legal, teniendo que prepararse con perseverancia para tal reto.

Guillermo comentó: "Al dar el examen del residentado médico las preguntas no me eran nada fáciles porque al dedicarme de lleno a la labor forense había dejado de lado la parte clínica. A pesar de estas dificultades logré un cupo para estudiar tres años más a fin de lograr ser especialista en medicina legal".

Al inicio le fue difícil, por teléfono comentaba que adaptarse a este nuevo estilo de vida requería mucho esfuerzo, estudiar tres años más de carrera es algo que muchos no quieren emprender. Definitivamente hubo momentos en que sus ganas de continuar se resquebrajaban, la idea de renunciar rondaba su caminar en los primeros días. Pero lentamente se fue adecuando al trabajo y ritmo que se requiere para seguir adelante en esta dura etapa. Con el estudio de su especialidad médica empezó a entender hechos, sucesos, teorías, y el nuevo conocimiento, la medicina basada en evidencia resaltó en todo su esplendor, reconociendo que es un tema

que todo médico, perito o no, debe conocer y aplicar en su labor diaria, a pesar de existir diferentes pensamientos.

2) Medicina Basada en evidencia y el Nuevo Código Procesal Penal.

Muchos conceptos acuñan a este término, Guillermo lo entendía, pero no lo aplicaba correctamente. Uno de ellos fue el siguiente:

“[...] un documento que presenta las recomendaciones apropiadas para ayudar a los pacientes y a los profesionales en la toma de decisiones con respecto a la práctica clínica de gran importancia, en base a la cantidad de evidencia evaluada e integrada por revisiones sistemáticas y el equilibrio entre los beneficios y los riesgos” (Fukui y Yamaguchi, 2014).

Otros autores también hacían del presente concepto un reiterativo evento; sin embargo, Guillermo lo simplificó como:

“La respuesta objetiva a un vacío de conocimiento científico, herramienta útil para la labor del médico, comprensión del paciente y en circunstancias como un fundamento para una sentencia judicial”.

El NCPP no siempre toma en cuenta la buena voluntad del personal médico, no evalúa la experiencia adquirida en la labor especializada. Se ha sancionado a médicos con gran prestigio y reconocimiento social, sin importar sus intervenciones exitosas. Ante una presunta mala praxis el médico, de la noche a la mañana se convierte para la prensa y los presuntos afectados en un “asesino”, “maldito criminal”, merecedor de la cárcel y de pagar una fuerte reparación civil. En esas circunstancias, el médico sufre estrés y ansiedad que lo pueden llevar al resquebrajamiento personal y familiar.

Pero ¿Quién cree que el médico se forma para matar? Cuando constantemente se está capacitando para la obtención de nuevos conocimientos, buscando las mejores decisiones para su paciente. ¿Será culpable de la muerte de su paciente? Veámoslo desde todos los ángulos.

Si un médico no recibe a un paciente, igual es acusado, si el medicamento causa una reacción alérgica, el médico es el culpable, pero si no lo receta y se muere el paciente también es culpable; si hace un paro cardíaco por una cardiopatía idiopática, el médico es presunto culpable porque debió solicitar más exámenes médicos, pero ¿Cómo pudo diagnosticarlo si el hospital no tiene el equipamiento ni infraestructura adecuada? La otra parte diría - entonces que cierren los hospitales y que funcionen solamente los que están implementados de acuerdo a su categoría, lo que en el Perú sería un caos, con una mayor sobrepoblación concentrada en pocos nosocomios.

El MINSA lucha por implementar sus propios hospitales, a pesar que es el ente rector de la salud a nivel nacional tiene muchas dificultades. Mientras tanto el NCPP alista un sinnúmero de acusaciones más maliciosas contra el médico, es cuestión de tiempo para que los pacientes reconozcan que en esta nueva etapa cualquier denuncia, así fuera anónima, tiene que ser investigada. Para algunos la solución es la despenalización del acto médico, cuya aprobación de seguro traerá múltiples debates, no todos los médicos actúan éticamente, ni se brinda la importancia debida a la labor pericial por la crisis en salud.

Guyat (2015), establece que, *“la medicina basada en evidencia al ser parte de la ciencia goza de principios fundamentales, serán puesto en la práctica diaria de todo perito al momento de realizar una pericia, siendo imperdonable olvidar que toda pericia: a) Requiere de conocimiento, de la mejor evidencia disponible, b) debe responder ¿Cómo podemos estar seguros de las propiedades de las pruebas diagnósticas, del pronóstico, o del impacto de nuestras opciones terapéuticas sobre nuestros pacientes?, y c) La evidencia por sí sola nunca es suficiente para tomar una decisión clínica, siempre se debe sopesar los beneficios, riesgos, los costos de un manejo alternativo teniendo en cuenta siempre al paciente”*.

Las denuncias por probable negligencia médica se dan en la práctica médica porque existen médicos que se resisten al empleo de esta herramienta en la toma de decisiones, circunstancia que vuelve legalmente vulnerable el acto médico.

La historia clínica, hábitat del acto médico, es la llave del médico para cualquier evento catastrófico. Con la medicina la basada en evidencia y realizar un adecuado llenado de esta herramienta legal se tiene asegurada una sólida defensa. Pero, lamentablemente, este valioso documento viene siendo tomado como evidencia para denunciar a su creador; ya sea por un desliz, afán simplista, costumbre y/o descuido en su llenado, que agregado al desconocimiento de las normas se convierte en un caldo de cultivo para el sustento de futura acusación. Es lamentable que posterior a un hecho infortunado o catastrófico el personal médico recurra a su corrección, intentando evitar responsabilidades u obstruir las investigaciones. Algunos al tratar de encontrar una salida o explicación inician lecturas de medicina legal hallando tardíamente que:

Sackett y col. (1996) *“[...] para algunos se vuelve una forma de tomar adecuadas decisiones que benefician el cuidado y seguridad del paciente con la aplicación de manera juiciosa la mejor evidencia médica actualizada en evidencia”*.

Pope (2003) justifica el uso de la medicina basada en evidencia porque considera que al aplicarla *“[...] se logra una transformación de la parte empírica en una práctica clínica científica, haciendo que el tratar un paciente se vuelva un acto seguro, consistente y también rentable”*.

El médico, según su experiencia, la aceptabilidad y patología del paciente, debe valorar el aplicar una determinada guía médica. La experiencia médica por sí sola no hace al profesional un experto, usualmente se confunde experiencia con rutina. Lo primero se basa en un juicio previo al acto médico, sustentado en conocimientos médicos basados en evidencia, adquiridos en la labor diaria, permitiendo un desenvolvimiento capaz de identificar, comprender y tratar una patología en un menor tiempo, sin causar daño al paciente. Lo segundo es aplicar lo mismo a todos los pacientes.

En el ámbito nacional e internacional existen vacíos de conocimiento científico que la medicina basada en evidencia también debe resolver, para ello se recurre a la

medicina basada en opinión de expertos, que consiste en la toma de decisiones en base a recomendaciones de los médicos investigadores del tema. En el Perú se toman decisiones basadas principalmente en la providencia, fundadas en el equipamiento, infraestructura y drogas existentes, asequibles tanto para el paciente como para el médico; es decir, el médico y el paciente se adaptan a lo que se tiene disponible.

La verdadera medicina basada en la experiencia debe ser considerada cuando el médico adquiere conocimientos al practicar la medicina basada en evidencia, momento en que es capaz de discernir y aceptar que no todos sus pacientes entran en la evidencia científica disponible, descubriendo que determinados cuadros clínicos y enfermedades hacen que la medicina humana no sea de un régimen cerrado o totalmente descrito y/o explicado, hecho que le hace recurrir al colega de mayor antigüedad para preguntarle ¿Qué haría usted en este caso?

El perito médico recurre a la medicina basada en evidencia como un escudo que respalda y fundamenta sus conclusiones, dejando de lado una “*pseudo experiencia*”, cuando no se ha investigado ni autocrítico nada.

Junquera y col. (2003) “[...] *las observaciones personales, tan frecuentemente expresadas como “en mi experiencia” han perdido el peso a la sombra de la información sistematizada obtenida por la comunidad científica*”.

Las experiencias, como opinión de expertos, o que el profesional médico pueda adquirir en su día a día para la medicina basada en evidencia tienen, concertadamente, el nivel más débil de certeza científica, lo cual explica que aplicarla de manera individual no tiene un fundamento sólido, así que ante cualquier consulta, la recomendación del médico antiguo debe ser tomada con pinzas.

Ruiz (2001, pág. 527) “[...] *la experiencia clínica que merece consideración y respeto, debe valorársela, pero al mismo tiempo debe reconocérsele que tiene limitaciones y que no puede ser la única fuente de conocimiento para la toma de decisiones*”.

La ciencia no responde toda disyuntiva, motivo para tomar en cuenta la opinión del experto. Si la ciencia explica una disyuntiva deja de ser necesario recurrir a la experiencia de expertos.

Sánchez (2001) “[...] la importancia de examinar la evidencia de la investigación clínica, restando importancia a la intuición, a la experiencia clínica no sistematizada, y a la fisiopatología, como bases suficientes para la toma de decisiones en la práctica clínica”.

El NCPP va junto al conocimiento actualizado, adecuadamente buscado e interpretado. Al ser un proceso dinámico el perito médico no puede quedarse en ser un mero escribano, transcriptor, pues la ciencia no es rígida. Lamentablemente los peritajes de peritos no expertos suelen definir la ciencia como un conocimiento e indagación experimental, que sigue la ruta de un protocolo predeterminado y totalmente rígido. Panorama muy distinto al de un experto que considera al conocimiento científico como algo tentativo, cambiante e influenciado por la cultura y la experiencia, que requiere creatividad al formular una hipótesis, diseñar experimentos y analizar datos (Adams y col, 2006). El NCPP requiere de un cambio de mentalidad, si se desea llegar a ser un experto se debe pensar como tal y dejar de comportarse como estudiantes de pregrado.

Jeffery y col. (2016) “[...] los expertos tienen creencias, percepciones, opiniones y actitudes particulares sobre la ciencia que a menudo están ausentes en los estudiantes de pregrado de primer año”.

Pocos llegan a consolidarse para emitir opinión de experto, siendo la práctica científica un parámetro importante para tal fin. El perito médico para realizar su trabajo debe saber preguntar a la ciencia, ser observador antes de describir, correlacionar datos o variables para luego emitir conclusiones. En la mayoría de casos una sola bibliografía no resuelve una pregunta, pero aun así en Puno y gran parte del Perú se emiten informes periciales carentes de ellas.

“Los científicos en astronomía, genética, biología de campo, oceanografía, geología y meteorología rutinariamente crean modelos de fenómenos no

controlando las condiciones, sino más bien seleccionando las observaciones naturales y buscando tendencias descriptivas, correlativas o causales en esas observaciones [...] De hecho, estos investigadores puede estar buscando relaciones de causa y efecto a través de las diferencias entre dos conjuntos de observaciones, pero estas observaciones no surgen de situaciones controladas per se". (Windschitl et al., 2007, pp. 383-384)".

Lo descrito por Navarro y col. (2013) lamentablemente sucede en el Perú como también en otros países:

"[...] no existe un estándar de guía o protocolo para evaluación de los actos médicos denunciados por presunta responsabilidad médica, ocasionando que un número importante de casos no tengan conclusiones valorativas sobre el acto médico debido principalmente a la falta de información o la ausencia de registro del acto médico".

El perito médico, en su búsqueda de información, debe desplumar la ciencia, lograr descifrar lo que es evidencia científica de murmuraciones y chamanismo excéntrico. La medicina basada en evidencia no está exenta de críticas, sus detractores no pueden ser menospreciados ni catalogados como destructores de ciencia. Sus divergencias también intentan proteger el binomio médico - paciente, que sin llegar a un radicalismo destructivo hace conveniente el deber de escucharlos, leerlos, analizarlos en un contexto que corresponde en un adecuado discernimiento pericial, pudiendo llegar al judicial si se vuelve debate pericial.

3) Detractores de la Medicina Basada en Evidencia

La medicina basada en evidencia promueve la identificación de los mejores métodos de atención médica y ayuda a los pacientes y a los profesionales de la salud a tomar mejores decisiones (Kerridge y col, 1998). Su práctica se basa en:

"Integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible de la investigación sistemática". (Al-Gelban y col, 2009).

Sin embargo, no todo es felicidad, para sus detractores la medicina basada en evidencia disminuye la importancia del juicio médico y hace imposible la individualización de los pacientes (Sackett y col, 1996). Si bien existen conceptos y frases alentadoras como:

Fujimoto y col. (2017): *"[...] mediante su aplicación en las guías médicas se mejoran las actitudes y el comportamiento profesional"*.

Freund (1993), *"[...] convierte, la medicina subjetiva, en una ciencia objetiva"*.

Para sus detractores aún queda mucho por cuestionar, a causa que viene siendo utilizada para beneficios de grandes intereses de industrias farmacéuticas, que al manipularla les otorgan ganancias de millones, sin importar mucho la salud de los pacientes.

Si bien se reconoce que mediante la medicina basada en evidencia se ha logrado avances importantes en la ciencia médica, gracias a ella se ha permitido explicar y fundamentar estrategias para el acto médico, aún quedan dudas sobre su utilización en la administración de justicia, por ser el médico libre en su elección de aplicarla o no en su labor diaria. Acto similar al del paciente, quien una vez informado decide libremente aceptar o no dicho acto. Incluso en algunos países como Holanda, Bélgica, Suiza, el estado de Oregón (Estados Unidos) y no hace mucho tiempo Colombia, son libres de elegir la eutanasia como opción para la culminación de su existencia, dejando de lado los cuidados paliativos, religión y conceptos éticos para la medicina humana.

La medicina basada en evidencia ha producido gran cantidad de guías médicas, algunas han pasado al olvido y otras se vienen renovando cada cierto tiempo mediante la actualización del conocimiento.

Greehalgh y col. (2014) *"[...] gracias al entusiasmo y gran derroche de presupuesto, permitiendo lograr establecer gran cantidad de guías médicas para las diversas especialidades"*.

El conocimiento nuevo ha dado motivo a la proliferación de múltiples guías, siendo el Perú un potencial receptor de todas ellas. No hay norma, ley, decreto o proyecto de ley que brinde legalidad para el uso de algunas de ellas con predilección. Existe libertad de información, tan igual como independencia de conocimiento, hecho que hace al médico autónomo para decidir según su criterio y aceptación del paciente del método para desarrollar el acto médico.

Para casi todo procedimiento médico le corresponde un consentimiento informado, salvo excepciones, por ejemplo cuando la vida del paciente depende de un rápido e impostergable actuar médico o por mandato judicial. El paciente y/o su familiar, al estar debidamente informado, deciden aceptar el acto médico asumiendo libremente las repercusiones positivas y negativas que de ello derive. Por su parte, el médico tiene el deber y la obligación de guiar su actuar con el menor riesgo posible, respetando el código de ética del Colegio Médico del Perú.

Desafortunadamente, la cantidad de guías y protocolos médicos no solamente causan malestar a los administradores de justicia, es el mismo médico quien queda perplejo al contemplar la cantidad de información existente en el universo de las ciencias médicas. Desalentadoramente contempla que quizás toda una vida no bastaría para leer tanto conocimiento, preguntándose ¿Por qué leer tantas bibliografías si la ciencia basa su esmero en su uniformidad y aplicabilidad universal?

Algunas de estas publicaciones emiten conocimientos contradictorios. Otras tratan de resolver problemas locales o regionales mediante la emisión de conocimiento desmembrado de guías internacionales. Estas copias, cual plagios, no generan nuevos conocimientos, por el contrario atrapan sugerencias a criterio del escribiente. Lo lamentable es que algunos administradores de justicia brindan más credibilidad a las guías locales o nacionales sin considerar sus orígenes, hecho que desacreditaría cualquier fallo judicial.

Entre tantos comentarios se viene dando controversias con respecto a la medicina basada en evidencia, sus detractores consideran que esta corriente viene fracasando por sucesos alejados al de la administración de justicia.

Greenhalgh y col. (2014), refiere: “[...] *existir intereses ocultos, que por ser muy sutiles, son difíciles de detectar, logrando únicamente resolver los sesgos de la evidencia*”.

Al igual como sucede con la marca “Perú”, Loannidis (2005) y Greenhalgh (2012) refieren que existen empresas que intentan, si no han logrado ya, adueñarse de la marca “*basada en evidencia*”, como símbolo de su calidad, olvidándose que el término “*salud*” es universal, y no así únicamente un negocio lucrativo. Estas empresas se vienen aprovechando que todo paciente desea curarse o en el mejor de los casos, vivir con calidad de vida sus últimos días. En estas circunstancias se vuelve manipulable las manos del médico captado para recetar sus drogas. Tanto el paciente como el médico se vienen mentalizado en el término “*lo mejor*”, pagando por el lo que sea necesario con la intención de obtener óptimos resultados. Con el NCPP el perito médico debe emitir pericias basadas en la mejor evidencia existente, siendo su obligación lograr una admirable búsqueda y una sincera interpretación de la misma.

Greenhalgh y col. (2014) también describe las siguientes eventualidades negativas transmitidas por la medicina basada en evidencia: 1) El mal uso, por intereses creados de la “*marca calidad*” basada en evidencia; 2) Se ha vuelto inmanejable el volumen de evidencia descritas en guías clínicas; 3) Los beneficios logrados bajo la estadística significativa puede no ser aplicable en la práctica clínica; 4) La tecnología impulsa reglas y pautas inflexibles que pueden producir una atención dirigida por la administración y no por el paciente; y 5) Las guías basadas en evidencia a menudo se relacionan pobremente con la multimorbilidad compleja.

Esta corriente, cual propaganda, ofrece y aplica el concepto mentir, mentir que algo queda en sus consumidores y por qué no en los administradores de justicia. Para otros al no existir más clientes que la razón salud sobre la enfermedad, ha

conseguido que estas empresas logren confundir y simplificar el discernimiento humano entre el consumismo “*de lo bueno*”, “*lo no tan bueno*” y “*lo genérico*”. Le queda al médico saber identificar el conocimiento que es netamente independiente, sin conflicto de interés, con la aceptabilidad que otorga toda evidencia basada en la experiencia de verdaderos expertos, y no de los autodenominados “*expertos*” con un fin meramente lucrativo de estafa como lo menciona Stamatakis y col. (2013), algo similar cuando un perito médico ofrece en su declaración, “*en mi experiencia*”, sin ser experto, lo que Guillermo denomina “*pseudo experto*”.

Para el año de 1992 Liang (1992) estimó que se habían desarrollado un conjunto de 1.400 guías, en todas ellas se estampaba el término de “*basada en evidencia*”, a lo que Letelier y col. (2003) catalogaron como:

“[...] deshumanizando una medicina con mucha ciencia y poco arte, menospreciando y devaluando el valor de la experiencia y los expertos”.

Liang (1992) puntualizó que se viene “*convirtiendo la práctica médica en un libro de cocina*”, en donde el médico aprendía a curar siguiendo las recomendaciones y sugerencias establecidas en guías realizadas por expertos en la materia.

Nadie puede negar que la medicina basada en evidencia viene ganando voces detractoras por considerarla inadecuada para el binomio médico – paciente, porque en la experiencia diaria no todos los pacientes tienen los criterios de inclusión de los estudios que sustentan las recomendaciones. Rosenberg y Donald (1995) consideran que la medicina basada en evidencia jamás podrá “*cerrar el abismo entre la buena investigación clínica y la práctica clínica*”.

Freddi y Román (2011), agregan que: “*[...] este abismo nunca será cerrado por completo al representar una brecha filosófica intrínseca, debido a que el individuo es un problema más complejo que la salud pública, minimizándose la importancia de los aspectos físicos, emocionales y espirituales intangibles de la enfermedad*”.

A raíz de múltiples incertidumbres han surgido duras críticas, aún existe escepticismo en el ámbito espiritual en donde la ciencia no ha logrado brindar explicaciones por ser un tema de fe, de conceptos filosóficos, metafísicos, de religiosidad difíciles de entender para muchos. Mientras tanto, la medicina humana se viene embarcando en avances de lo explicable, en el conocimiento sustentado en la investigación científica, dejando para la parte carente de explicación el término de opinión de expertos, hecho criticado por Holmes y col. (2006), catalogándola quizás como una corriente excluyente, antidemocrática, y motivo de conflicto:

Holmes y col. (2006): “[...] *excluyente y peligrosamente normativo [...] constituyendo un buen ejemplo del microfascismo en juego en la arena contemporánea*”.

El NCPP, tanto en Puno como en el resto del país, no ha tomado en cuenta a quién otorga la legitimidad de una guía ¿Por qué usar una guía y no otra para dictaminar sentencia?, desconcierto que motiva la importancia de la participación del perito médico, quien lleva la ciencia médica al juzgado. Tendrá que exponer según sus intereses probados, ya sea basado en argumentos valorados por la defensa o la parte acusadora, meta que cumplirá mediante su destreza de perito. El experto, al llamado de la justicia, tendrá que valorar el uso de la medicina basada en evidencia, analizará si su convicción es estar cerca o alejado de ella.

Sin embargo, no es la escena más fiel que requiere la justicia porque el delito, si realmente fue realizado, tiene una única verdad siendo el deber del perito hallarla científicamente, para luego hacerla pública mediante el mejor peritaje escrito que será expuesto frente a una corte para su valoración, con contundencia y sencillez para el entendimiento de todos, usando para tal fin los medios más idóneos como parte de una estrategia para sobresalir sobre cualquier otra que intente desacreditarla.

Pero a pesar de los detractores de esta corriente, sobre la medicina basada en evidencia actualmente existen infinidad de artículos, guías y protocolos para el actuar forense, todos basados en estudios aleatorios publicados por reconocidos

investigadores. A pesar de contar con este respaldo, todavía hay médicos que como bien describe Cheah (1998)

“[...] se sienten inseguros acerca del propósito y la validez de las guías [...]”

Por lo tanto, recae sobre el médico la decisión de utilizarla o no. Para Manterola y Zavando (2009), es importante la evidencia que posea el médico para tomar una decisión, basada en su realidad y previo juicio profesional:

“[...] es absolutamente imprescindible entender que las recomendaciones, son consejos desde la más alta perspectiva científica, no importa cuál propuesta usemos sino cómo las empleemos, qué juicios hagamos y cómo interrelacionamos la evidencia con los factores propios de nuestro entorno”.

Los detractores de la medicina basada en evidencias son estudiosos de la vida laboral médica diaria, hacen sus críticas fundamentados en la experiencia diaria del binomio médico – paciente. No existe ninguna similitud a las críticas o sustento que pueda dar un profesional de salud que omite una acción en su acto médico por mero desconocimiento. Algunos profesionales de la salud, investigados por algún presunto mal actuar, pretenden basar su defensa en la no aplicación de la medicina basada en evidencia por ser detractores de la misma, tratando de esconder su desconocimiento y/o nomadismo laboral e intelectual. Si bien la experiencia es la base fundamental de todo acto médico, toda experiencia se debe fundamentar y explicar en lo estudiado, que a la larga conlleva a la medicina basada en evidencia, o en último caso *“la medicina basada en la providencia”*, pero si a pesar de la búsqueda queda un vacío, es una experiencia que se debe estudiar y tratar de difundir como conocimiento nuevo a investigar.

4) Utilidad de guías médicas en la labor forense

Para cualquier caso médico legal, el NCPP contempla que una prueba debe ser aceptada cuando la evidencia se contrapone a la subjetividad de una realidad, sobre todo las que implican probable negligencia médica, siendo improcedente la emisión de sentencia por parte de los administradores de justicia, si no existe una pericia

médica que lo justifique. Ahora si se llegase a despenalizar el acto médico, se debe buscar cuál es el mejor e idóneo acto médico, debidamente fundamentado y acreditado para evitar un libre mal albedrío, con injusticia contra el paciente como daño colateral.

¿Cómo catalogar un mal actuar médico? ¿Quién se atreve a defender o clasificar un mal acto médico basado únicamente en la experiencia profesional? Un perito que quizás nunca ha escrito nada, que no se actualiza, que no perita o no busca información no tiene la credibilidad de realizar pericias, porque obvia que la lectura de guías médicas es buscar una salida para una eventualidad médica.

Ritchie y col (1997): “[...] ayuda a practicantes y pacientes a buscar las respuestas sanitarias más apropiadas a circunstancias clínicas específicas”.

Esta herramienta se ha vuelto en una ayuda poderosa para lograr discernir correctamente un acto médico. Un experto o especialista de alguna rama médica, al ser acusado por una presunta mala praxis, es sentenciado o absuelto basado en el análisis de su actuar médico en conflicto. Un perito médico especialista en la materia en confrontación emitirá conclusiones que sustenten o desacrediten dicho actuar. Él tiene que responder una pregunta fundamental: ¿Cómo hubiese actuado él u otro profesional en la misma situación, bajo las mismas circunstancias y eventualidades que llevaron a tal desenlace? Motivo indiscutible para la búsqueda de peritos de la misma especialidad, debidamente acreditados para tal responsabilidad. Volvemos a recordar, las ciencias forenses no requieren de meros escribanos o transcritores de otros pareceres, sino de profesionales que investiguen, analicen y concluyan con criterio sustentado en sus propios hallazgos, que puede ser similar o distinto a otros.

Un perito médico será capaz de ponerse en los pantalones del médico investigado por presunta negligencia médica, si su experiencia y conocimiento lo conduce a discernir errores o coincidencias en dicho actuar los expondrá, pero si está perdido sin saber cómo actuaría, no es idóneo para peritar en el caso, no es un experto en la materia, debiendo eximirse de participar por ética y el bien de la investigación.

Nadie es dueño de la verdad, así como nadie está libre de ser denunciado, se puede dar a conocer el presunto error del acto médico mediante la frase *“lo que se debió realizar”* o *“no se realizó...”*, cuando se estudia en retrospectiva el hecho. El médico, como Field y col (1990) detallan, *“es capaz de brindar asesoramiento, ya sea al médico o paciente, sobre una atención médica apropiada para una circunstancia específica”*, lo cual se logra al estar en contacto con múltiples casos médicos. Para el caso del perito médico, su asesoramiento legal se basa en su experiencia pericial, que lo convierte en un experto capaz de asesorar al médico, paciente y/o administradores de justicia.

El perito realiza la búsqueda bibliográfica en relación con el acto médico que se investiga, revela si el médico denunciado dirigió su actuar bajo los principios éticos y basados en un nivel de evidencia. Además analiza las circunstancias en las que se desarrolló el acto médico, porque las decisiones que toma el médico no siempre son iguales para todas las circunstancias, dependerá del paciente y situación que rodean a dicha atención (medicina basada en experiencia y providencia).

Brook (1989): *“[...] evitar acciones innecesarias, inapropiadas e inútiles, que también están descritas en las guías médicas, según el tipo de paciente”*.

Es el perito médico el encargado de evaluar y comparar estas acciones, sin catalogar el hecho jurídico, mucho menos juzgar la decisión del profesional. Su conducta debe ser el analizar si el denunciado siguió o no pautas establecidas recomendadas por la ciencia y si éstas fueron las más apropiadas para el paciente, de ahí que el término de “recomendación” jamás será una imposición.

Schwartz y col. (1999) *“[...] debe ser hecho por el médico sobre una base individual, teniendo en cuenta las condiciones específicas del paciente, las guías no deben entenderse como restricciones de la libertad terapéutica, sino que deben considerarse como una oportunidad para la orientación en un sistema de atención de la salud caracterizado por la racionalización y el racionamiento”*.

El médico posee independencia en la toma de la mejor decisión para atender a un paciente, acto médico que depende al individualizar al enfermo en su patología, lo

que la ciencia describe y aconseja, sin sobrepasar los derechos constitucionales e inherentes que el afectado concede al firmar el “*consentimiento informado*”, para lo cual ambos deben conocer la disponibilidad de una realidad que lo rodea denominada medicina basada en evidencia, experiencia y providencia.

Para la administración de justicia tanto el fiscal, la defensa técnica, como el juez requieren de una base científica para formular una acusación, defensa o sentencia; individual o unánimemente, los intervinientes pueden adoptar una verdad probalística concedida por la ciencia mediante la labor del perito médico, pero si el experto excluye evidencias del acto médico investigado, se aleja de la medicina basada en evidencia convirtiéndose en cómplice del empirismo, donde las ciencias forenses y criminalística pierden la lógica de un rumbo pericial. El mejoramiento de las actitudes y del comportamiento profesional se da cuando se educa en una práctica sustentada en la utilización de guías fundamentadas en medicina basada en evidencia (Fujimoto y col, 2017)

El papel de las instituciones, sean forenses o no, en todo este enmallado de guías, protocolos y meta-análisis, es velar, proteger e incentivar al médico a realizar el mejor acto médico. Una buena infraestructura, acompañada de insumos y adecuado equipamiento es un requisito indispensable para que el médico realice un acto médico con el menor riesgo posible, tratando de disminuir el uso de la medicina basada en providencia, que restringe y amarra al médico únicamente a lo disponible o alcanzable para el paciente.

Se viene recomendando que toda institución de salud cuente con un área o servicio de asesoría médico legal, con peritos médicos capacitados y debidamente acreditados para el asesoramiento preventivo de eventos adversos. La actuación de estos peritos, como se explica más adelante, no estará centrada exclusivamente en la defensa institucional y/o del personal médico, una labor fundamental será identificar riesgos de posibles denuncias en determinados actos médicos (error latente), lo cual no solamente beneficiará a la institución, sino también al binomio

médico-paciente al disminuir la brecha de riesgos innecesarios que ponen en peligro la vida del paciente, la credibilidad del médico y la reputación institucional.

Tan igual como la diversidad de estrategias para afrontar una patología, es el criterio médico durante el acto médico; sin embargo, recae sobre las diferentes instituciones de salud el proporcionar líneas de responsabilidad que avalen el trabajo de sus profesionales. Por ejemplo, si las normas internas que rigen a estas instituciones consideran que un procedimiento médico es muy riesgoso, debido a que no se cuenta con insumos, equipamiento o experiencia profesional, sería acertado el reflexionar con los intervinientes y buscar otro acto médico con un menor riesgo y similares resultados o simplemente referir al paciente a otra sede donde se pueda realizar dicho procedimiento. Pero estas decisiones no deben ser tomadas a la ligera, ni en pareceres que no tengan un sustento legal ni evidencia científica. Por el contrario, estarán sustentadas en un exhaustivo análisis, con apoyo legal y científico aplicable, en donde primen los beneficios del binomio médico – paciente, con el menor riesgo de complicaciones o eventos adversos.

Un ejemplo sería cuando un médico anestesiólogo en una cirugía de fractura de clavícula pueda utilizar diferentes técnicas anestésicas, optar por anestesia general o bloqueo regional. De ser anestesia general deberá decidir por la inhalatoria, la endovenosa o combinada. Si se decide por bloqueo regional puede realizar el procedimiento a ciegas, apoyado por neuro-estimulador o guiado por ecografía. Pero si la institución establece como parámetro o norma institucional obrar con menor riesgo, mayor éxito, con beneficio para el paciente y sus trabajadores, y decide utilizar anestesia endovenosa o bloqueo regional guiado por ecografía, buscará y contratará anestesiólogos calificados en ambos procedimientos, suministrando a la vez el equipamiento e insumos necesarios.

Sin embargo, no todos los criterios médicos pueden ser unificados o normados. Para el caso de una emergencia en donde se requiere de decisiones inmediatas es el médico quien las debe tomar, valorando las circunstancias y las peculiaridades del escenario donde se desarrolla. Con esto no se pretende limitar el actuar médico,

lo que se intenta advertir es que para el NCPP la responsabilidad no recae únicamente en el profesional médico sino también en la institución, por lo que ambos deben estar en una misma línea de trabajo. Por último, es ideal que el médico no tenga solo un camino para resolver una eventualidad, por el contrario mientras más estrategias de solución mejor será su desenvolvimiento, pero estos procedimientos deberán ser analizados y sugeridos en coordinación con un servicio de responsabilidad médico legal institucional.

5) Señor Perito ¿Qué guía aplicamos? ¿Guía Nacional o Internacional?

Otro punto debatido en el NCPP para los casos de presunta negligencia médica, es la guía que el médico acusado debió aplicar en el desarrollo de su cuestionado acto médico. Guillermo, en una de sus actuaciones como perito, recibió la solicitud del juez que preguntaba si el imputado actuó correctamente al aplicar una guía internacional para el ámbito local.

Hubo un debate pericial, trasladándose la interrogante a dos peritos dirimientes. Estos peritos, con participación de Guillermo como apoyo pericial, concluyeron que el médico acusado pudo haber utilizado cualquier guía médica, siempre y cuando la elegida cumpla con criterios que garanticen su originalidad, calidad, tiempo, además del apoyo y aceptación de los expertos en general. Asimismo, es importante tener en cuenta que el nosocomio cumpla con los criterios para el desarrollo de dicha guía. Por su parte, el paciente o responsable legal, con toda esta información, debe brindar su consentimiento.

La objetividad del NCPP hace que el perito utilice la medicina basada en evidencia al momento de emitir una pericia, pero ¿Una guía extranjera se puede aplicar a la práctica nacional?

Si bien las normas de salud establecen que el estado garantiza una adecuada infraestructura y equipamiento de los hospitales, recae en el médico la potestad de abstenerse en realizar un acto médico cuando las condiciones violen las normas, sus derechos y los del paciente. Por ningún motivo el médico puede poner, ni

permitir que por diversos motivos externos la vida y la salud del paciente se pongan en riesgo. En nuestro país, la aplicación estricta de una guía médica de seguro sería responsable del cierre de muchos establecimientos de salud. Es probable que existan instituciones de salud que traten de burlar las normas técnicas del estado, atentando contra la salud y la vida de los pacientes, ya sea por la falta de infraestructura o equipamiento, pero la responsabilidad será compartida cuando los médicos acepten atender a un paciente en estas condiciones, con alta probabilidad de resultados catastróficos. En estas circunstancias, sin una eminente emergencia, el médico no estaría aplicando la medicina basada en la providencia, sino medicina basada en su insensatez, o negligente frente a un tribunal.

Isaacs D y Fitzgerald (1999), preguntaron: ¿Qué pasa si no hay evidencia sobre la cual basar una decisión clínica? Hallando diversas respuestas descritas a continuación:

- Medicina basada en la eminencia: Se acepta recomendaciones de un colega de mayor edad y experiencia.
- Medicina basada en la vehemencia: Cuando médicos tímidos, aceptan recomendaciones impuestas por colegas con mayor carácter y fuerza emocional.
- Medicina basada en la elocuencia: Se aceptan recomendación basado en gestos y elegancia verbal de un expositor, como un poderoso sustituto de la evidencia.
- Medicina basada en la providencia: A la falta de una recomendación basada en evidencia, se apega una decisión puesta en las manos del Todopoderoso.
- Medicina basada en la diferenciación: Algunos médicos ven un problema y buscan una respuesta. Otros simplemente ven un problema. El tímido puede no hacer nada por una sensación de desesperación.
- Medicina basada en el nerviosismo: El miedo a los litigios es un poderoso estímulo para la sobre investigación y el sobre tratamiento.
- Medicina basada en la suficiencia o confianza: Cuando el médico procede basado en un sentimiento de autoconfianza y de creencia en sí mismo, principalmente se da en decisiones de cirujanos.

Cuando Grimshaw (1993) escribe *“las pautas explícitas mejoran la práctica clínica, en el contexto de evaluaciones rigurosas”*, nos acerca a uno de los objetivos de las guías médicas, la de brindar parámetros para una adecuada supervisión de la práctica médica. Sin embargo, actualmente se es testigo de cómo profesionales administrativos, ingenieros, abogados u otros de profesión distinta a la de salud, conforman comités de auditorías, ya sea porque tienen un diplomado de auditor o por cargo de confianza, desconociendo las publicaciones de guías médicas al momento de realizar sugerencias y recomendaciones en el ámbito de la medicina. Ellos tienden a fundamentar su labor en una acción rígida, inalterable, guiados por protocolos institucionales que deben ser cumplidos como una obligación con probable sanción.

En estos casos, los auditores no médicos priorizan la parte técnica sobre la parte asistencial, buscan el beneficio económico de la parte gerencial institucional, invocando el término “calidad” e “indicadores de gestión”, sin fundamentar la medicina basada en evidencia. Esto se refleja al emitir recomendaciones y sugerencias que hacen referencia a normas, directivas, leyes, resoluciones, etc., pero sin ningún fundamento científico reciente. No es que se olviden que la ciencia médica avanza diariamente, lo lamentable sería que desconozcan los cambios y nuevos conceptos que trae consigo la modernización de una entidad de salud en la adquisición de equipos e infraestructura moderna.

Las auditorías y toda reforma de salud cumplen su misión cuando son adecuadamente realizadas, pero ¿Quién es mejor auditor del acto médico que un médico especialista en medicina legal? o ¿Un perito médico? No se critica las auditorías en sí, pero según el NCPP para esta etapa, la responsabilidad recaerá sobre todo en el médico y/o institución.

Por eso, para Grimshaw y Russell (1993), uno de los principales objetivos de las guías es el de mejorar significativamente los resultados de los pacientes. Lamentablemente, no todas las guías médicas publicadas logran sus objetivos, algunas caen en inaplicabilidad o simplemente no dan ningún beneficio en los

resultados del acto médico, debido a que no ofrecen mejoras en la morbilidad y mortalidad de los pacientes. La medicina basada en evidencia pone como ejemplo la experiencia de los estudios de Grimshaw (1995) e Hirani (1997).

El perito médico, a fin de evitar utilizar guías con fallas en su elaboración, debe seleccionar aquellas que se adecuan a sus objetivos periciales, como menciona Cheah (1998) es importante que la guía cumpla con criterios que permitan su aceptación y aplicabilidad en la comunidad científica, para lo cual se debe conocer su estructura, e indagar los datos, métodos utilizados en su elaboración, aplicación y difusión.

Con la experiencia de Puno, cuyos nosocomios carecen de implementación y modernización, se debe valorar, como recomienda la Medical audit in general practice (1992), si se puede implementar y aplicar en una realidad distinta al sitio de elaboración. No todas las guías internacionales y nacionales se pueden emplear en las diferentes realidades del país ya sea por su complejidad o falta de especialistas que permitan su práctica adecuada, lo que dificulta o hace imposible su aplicabilidad.

En Puno existen centros hospitalarios donde es imposible aplicar recomendaciones y sugerencias de guías internacionales e incluso nacionales, ya sea por falta de especialistas, infraestructura o insumos, siendo un motivo para referir al paciente hacia otro nosocomio de mayor complejidad. Los médicos salvan responsabilidades al solicitar exámenes auxiliares inexistentes en la región, pero establecidos y/o sugeridos en guías médicas. Pero no es culpa del médico, sino de las sentencias dadas en casos similares.

El perito médico, al conocer el fondo de las guías médicas, puede ser capaz de establecer si las recomendaciones y sugerencias planteadas en la misma son útiles o no para su informe pericial, la controversia que se genere por esta decisión será resuelta posteriormente mediante un debate pericial.

Sin embargo, se observa la proliferación de guías y pautas médicas de diferentes especialidades médicas ¿Cuántas son realmente aplicables? ¿Cuántas son innecesarias? Algunas solamente incrementan el costo de la atención médica con perjuicio económico para el paciente o el estado.

Un día de hospitalización tiene un costo económico, si el paciente tiene seguro los gastos son cubiertos por aseguradoras que siempre intentarán aminorar sus gastos con cláusulas descritas en el contrato, con un tope económico al seguro adquirido. Por ello, no es conveniente para estas empresas que el paciente permanezca mucho tiempo hospitalizado, de ahí que una prolongación en esa permanencia deba ser debidamente sustentada. Es cuando las aseguradoras solicitan a sus peritos auditores realizar el estudio respectivo, basado en guías y protocolos debidamente establecidos. Si esto sucede con empresas privadas por qué no aplicar la medicina basada en evidencia en las auditorías estatales, donde ocurren derroche de gastos por mala administración de presupuestos, sobre todo en pacientes que incumplen las recomendaciones médicas, siendo negligentes con su salud ¿Podría el médico o la institución denunciar penalmente a estos malos pacientes? por qué ellos sí pueden denunciar penal y civilmente al médico, en una justicia equitativa, ambos casos ponen en riesgo la vida de una persona.

La función del perito médico y de todo profesional de salud es interpretar, conocer que la aplicación de la medicina basada en evidencia no es una obligación tajante. La aplicación de una guía es decisión del médico con aceptación del paciente, quien debe estar enterado de los pormenores de la misma, sin importar si es una guía nacional o internacional, dependerá de la validez de la guía y de la capacidad y recursos del médico para aplicarla.

Chead (1998): “[...] imperativo que los grupos de profesionales de la salud, los hospitales e incluso los médicos generales evalúen cuidadosamente la eficacia clínica de las guías e implementación en sus propios entornos, teniendo en cuenta sus propios recursos y limitaciones organizacionales”.

Vela (1998, pág. 76): “[...] la ciencia no contiene datos, contiene conceptos, teorías o leyes y de estos se pueden derivar conceptos o respuestas válidas para diferentes ámbitos que porten las mismas condiciones”.

Sea una guía nacional o internacional es el perito médico quien decide su aplicación en su informe pericial, es su deber lograr diferenciar si una guía fue mal elaborada de otra que cumple con parámetros que la hacen científicamente aplicable. Pero la realidad peruana como la de otros países es tener peritos oficiales no especialistas, que al no tener la experiencia, ni la práctica médica en la especialidad del médico acusado, desarrollarían pericias con mayor posibilidad de ser erradas. Sin menospreciar el esfuerzo y el gran desempeño de muchos peritos, sobre todo en condiciones desfavorables, se hace impostergable seguir una especialidad forense, un punto en común que no tiene discusión.

Indudablemente, con el NCPP es recomendable que el perito médico sea un especialista. Si es por la vía de competencias, se debe poseer determinadas aptitudes establecidas en los estándares mínimos de formación para los programas de segunda especialización en medicina aprobados por el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME). Actualmente hay peritos oficiales que obtienen el título de especialista mediante esta vía, que si bien es distinta a la adquirida mediante el residentado médico, se aplaude el esfuerzo para lograrlo porque es un gran avance para la medicina legal regional y nacional.

El estudio de guías médicas no puede ser un peritaje con sinónimo de facilismo, por el contrario es un camino meritorio para un especialista de la rama en conflicto, en donde se requiere conocimiento y práctica de especialidad, por ende no es aconsejable que el perito a cargo sea un médico general.

Aso (2009): “[...] no se exige, tampoco, que los peritos médicos oficiales (los Médicos Forenses) sean especialistas en la materia objeto de pericia, ni siquiera cuando ésta analiza cuestiones de Medicina Especializada, como sucede, por ejemplo, en materias de responsabilidad profesional. Ello implica, en la práctica, que Facultativos no Especialistas periten de hecho, en el ámbito penal, sobre

materias acerca de las cuales no siempre cuentan con la necesaria experiencia clínica”.

La búsqueda de guías médicas es sencilla, lo complicado es entenderlas y aplicarlas en las conclusiones periciales, se requiere de experiencia y práctica en la materia o especialidad en discusión.

La elaboración de una guía nacional o internacional demanda requisitos que le otorgan validez científica, criterios que garantizan su calidad, los cuales deben ser conocidos por todo perito al momento de usarlas como parte de un informe pericial. Hayward y col (1995), Grimshaw, Field (1992) y Russell (1994) sugirieron atributos claves que deben estar presentes en toda buena y reconocida directriz, algunas de ellas fueron tomadas en cuenta y mencionadas por Schwartz y col (1999): credibilidad⁵¹, validez⁵², reproducibilidad⁵³, representatividad, aplicación clínica y flexibilidad⁵⁴, claridad⁵⁵, confiabilidad⁵⁶, transparencia⁵⁷, revisión programada⁵⁸ y diseminación⁵⁹.

El perito médico, en la búsqueda de información encuentra guías con recomendaciones apropiadas para el sustento de una pericia, pero antes de tomarlas en cuenta valorará el cumplimiento de los criterios mencionados, siendo imperdonable la utilización de directrices que lo incumplan. Algunos institutos

⁵¹ Tener un grupo de usuarios relevantes. Las directrices de cardiología son creíbles para los cardiólogos. La incoherencia entre las diferentes directrices genera confusión y falta de credibilidad

⁵² Conducen al mejor manejo y resultados de pacientes.

⁵³ Los intentos deben hacerse para revisar las directrices de las distintas autoridades antes de generar otras nuevas y los esfuerzos realizados para lograr el consenso.

⁵⁴ Hurwitz, “(...) La identificación de excepciones válidas a las recomendaciones y las sugerencias de cómo la preferencia del paciente puede ser incorporada en la toma de decisiones ayudará a asegurar que las directrices permitan una flexibilidad adecuada de la aplicación”.

⁵⁵ Debe evitarse la ambigüedad y la imprecisión.

⁵⁶ Es esencial que las directrices sean interpretadas por diferentes profesionales de la salud en diferentes entornos de la misma manera. Esto es mejor establecido por tener una extensa revisión antes de la finalización

⁵⁷ Con el fin de establecer la autoridad de las directrices, es necesario que el proceso por el cual se generaron se hace público. Debe incluir no sólo los nombres de los miembros del Equipo de Tareas y la forma en que funcionaron, sino también las organizaciones y personas consultadas, y el uso de información basada en evidencias y basadas en opiniones.

⁵⁸ Para mantener la autoridad de las directrices, deben actualizarse en intervalos apropiados. Se propone que se lleve a cabo una revisión completa de una directriz en intervalos no inferiores a 3 y no superiores a 5 años.

⁵⁹ Para que las directrices tengan un impacto en la práctica clínica, deben ser ampliamente difundidas.

especializados, hospitales, comités de investigaciones, utilizan instrumentos estandarizados para la elaboración de sus guías, uno de ellos es el AGREE, descrito por Brouwers (2009). Esta herramienta es considerada como el estándar de oro internacional para la evaluación y desarrollo de la práctica científica.

El perito no debe utilizar copias o plagios de guías médicas.

Masic (2014), *“[...] son copia ilegal de otras, siendo un plagio, que no reconocen las ideas, ni el estilo lingüístico de los autores originales”*.

El uso de guías médicas nacionales o internacionales que son producto del plagio o copias de otras, no garantizan que la información que contienen sea veraz, pueden llevar al error y fracaso pericial.

Es importante establecer el impacto de una guía o protocolo médico para la práctica clínica, quirúrgica, administrativa o forense, al momento de valorar su efectividad,

Cheah (1998) recomienda que, *“[...] los grupos de profesionales de la salud, los hospitales e incluso los médicos generales evalúen cuidadosamente la eficacia clínica de las directrices de implementación en sus propios entornos, teniendo en cuenta sus propios recursos y limitaciones organizacionales”*.

Ante un caso de presunta negligencia médica, el perito médico antes de realizar un informe pericial debe solicitar las guías o protocolos institucionales, de no existir, el médico investigado debe brindar el método utilizado en la atención del paciente. Si el médico actuó basado en su experiencia, el perito investigará si dicha experiencia cuenta con respaldo científico.

6) Las guías médicas ¿Son una herramienta para la defensa o para la acusación?

Rossoff (1995) señala que las guías médicas:

“[...] son directrices que pueden convertirse en el estándar de la atención si son ampliamente adoptados y seguidos por la comunidad médica”.

Pero también es solicitada y utilizada para valorar la atención médica en un presunto delito del profesional de salud.

Los especialistas que elaboran guías o protocolos médicos son expertos en la materia, capaces de comportarse como peritos si son solicitados por la justicia. Al realizar observaciones, recomendaciones y sugerencias brindan un acercamiento y sustento científico al acto médico. Exponen que el actuar del médico, en beneficio del paciente, puede ser catalogado como recomendable, innecesario, no recomendado, otorgando para cada uno de ellos un nivel de evidencia que debe ser valorado por el médico al realizar su acto médico. Al paciente se le dará la información necesaria cuando se solicite su consentimiento informado, siendo libre de decidir por una u otra opinión.

La función del perito, si pretende tomar una guía médica como parte de su pericia, es interpretar adecuadamente la medicina basada en evidencia, no es recomendable hacer valoraciones premeditadas de las pautas establecidas en ella, ni ser castrense al momento de ceñirse a una sugerencia; entiéndase que son recomendaciones que no ofrecen obligatoriedad en su aplicabilidad o motivo de sanción. Si el médico no sigue una recomendación, tendrá en su criterio las razones pertinentes. El uso de una guía no es un patrón rectilíneo sin opción a variaciones. Muchas veces las recomendaciones y sugerencias emitidas en ellas se salen del contexto del paciente atendido en comparación a los criterios de inclusión del paciente estudiado, siendo idóneo en estos casos el uso de la medicina basada en la providencia o según la habilidad y experiencia del galeno.

Como se describe más adelante, las guías médicas no fueron elaboradas para juzgar o para ser consideradas como evidencia de un delito, pues su naturaleza va más allá de la de un tribunal, no tiene como fin primordial la emisión de sentencias.

En la elaboración de las guías médicas no intervienen jueces ni ningún otro administrador de justicia, por lo tanto ¿Por qué usarlas como parte de una sentencia? Los médicos en el acto médico ofrecen una alternativa clínica o quirúrgica compartida, porque requiere previo consentimiento del paciente o

familiares. Ambas partes, al compartir decisiones van de la mano con los resultados, que pueden ser positivos o negativos para el paciente. Las guías tienen la función de apoyar estas decisiones, no son imperativas, absolutas u obligatorias, ni mucho menos legalmente aplicables en juicios, debates y sentencias judiciales.

Los jueces al impartir justicia son completamente autónomos, rigiéndose por sus convicciones y criterio pueden denegar la culpabilidad del acusado. Existen múltiples casos donde se han utilizado las guías médicas para la sustentación de sentencias judiciales, algunos veredictos planteados han sido controversiales al contradecir otros criterios. Hecho similar ocurre en el ámbito médico, en donde para un caso clínico expuesto en junta médica pueden existir diferentes opiniones o criterios. Usualmente en las visitas médicas, en donde no existe un juez para valorar las decisiones que se toman, el médico, según sus conocimientos y criterio decide lo mejor para el paciente. El médico se comporta como juez al tomar una decisión sobre la vida de un paciente, medida que otro no puede tomar, de ahí el comentario de “[...] *se debe estar en los pantalones del médico al momento de tomar una decisión médica*”.

La labor del médico recae en decisiones que envuelven la vida humana, sin comparación ni similitud a la de otras profesiones, sobre todo en circunstancias de emergencia o urgencia. Hace años llegaron a Puno anesthesiólogos extranjeros que integraban un equipo de operaciones para labio leporino. Al intentar intubar a un paciente les fue imposible, solicitando equipos inexistentes en el hospital. Sin embargo, un anesthesiólogo peruano intervino en la intubación logrando realizar el procedimiento. No se trata de quién es mejor que otro, pero el médico peruano que trabaja en condiciones inadecuadas se arriesga a ser denunciado y enfrentar los procedimientos del NCPP porque en caso de una eventualidad negativa los familiares no dirán “*actuó para curar a mi familiar y se complicó*”, sino que para ellos “*el médico es un asesino*”.

Un profesional que no concuerda con una guía médica no tiene porqué ser juzgado por los criterios emitidos en dicha guía. La decisión del Juez McNair, en el caso de

Bolam (1957) contra el comité de Gerencia del Hospital de Friern, es un ejemplo que al médico no se le puede juzgar porque no utilizó una guía médica por el hecho de no compartir las sugerencias y decisiones de la misma.

"La prueba es el estándar del hombre calificado ordinario que ejercita y que profesa tener esa habilidad especial. Un hombre no necesita poseer la más alta habilidad de expertos; es una ley bien establecida que basta con que ejerza la habilidad ordinaria de un hombre ordinario competente ejerciendo ese arte en particular [...]. Un hombre no es negligente si actúa de acuerdo con tal práctica, simplemente porque hay un cuerpo opinión que adoptaría una opinión contraria".
(Bolam vs Friern Hospital Management Committee, 1957).

A la prueba de Bolam se debe agregar la decisión de causalidad del caso de Bolitho v City and Hackney Health Authority. La sentencia de Bolam fue basada en el derecho consuetudinario, el cual está vigente en muchas partes del Perú, siendo catalogado como una realidad peruana, tal como describe Meza (2015).

Actualmente, las conclusiones emitidas en los informes periciales para casos médico legales están sustentadas en sugerencias descritas en protocolos y guías médicas. Lo debatible es que quienes realizan estas pericias no siempre son expertos en la rama del médico acusado ¿Un médico general podrá valorar el actuar de un traumatólogo, anesthesiólogo, ginecólogo, neurólogo, neurocirujano, cirujano general, cirujano oncólogo, oncólogo clínico u otra especialidad? Pongámoslo a dicho perito médico a que demuestre que es un experto en alguna de estas especialidades; es decir, por ejemplo que solucione una fractura expuesta, que brinde quimioterapia, que realice una cesárea o cirugía de tórax, de seguro contestará que no le corresponde, lo mismo debe suceder al momento de realizar una pericia si el perito médico no es experto en el tema, su informe pericial es lógicamente cuestionable.

Farmer (1993), "[...] el nivel apropiado de cuidado no puede ser evidenciado por un experto que practica fuera del área de especialización del médico acusado, es decir, debe haber un grado diferente de habilidad requerido de un especialista en su propio campo en comparación con un médico generalista".

Inclusive el especialista en medicina legal, cuya rama médica es requerida para la función forense, tiene dificultad al momento de interpretar o analizar procedimientos de una especialidad distinta. Por ejemplo, le será dificultoso valorar un caso de cirugía de trasplante, cirugía o anestesia cardiaca, oncológica, tratamiento de quimioterapia, traumatismos, entre otros. Las mismas dificultades tendrán dichos especialistas al intentar interpretar signos tanatológicos en un cadáver. La medicina legal y las Ciencias forenses requieren de un trabajo en equipo con intervención de las especialidades médicas involucradas.

Las denuncias por negligencia médica afectan a los galenos, más aún cuando son sin fundamento, como la denuncia sustentada en complicaciones propias del procedimiento o eventos adversos inesperados de la enfermedad del paciente, y a veces por factores ajenos del médico, como los provocados por el personal que le brinda apoyo. Lamentablemente, sobre el médico recae la mayor responsabilidad de cualquier hecho negativo en un paciente.

Se escucha por las calles, en la televisión, “*que nadie tiene el derecho de quitar la vida a nadie*”, pero aun así en algunos países se permite la eutanasia, en tanto que en el nuestro se discuten leyes que permitan el aborto. El acto médico actualmente es catalogado como adecuado o inadecuado según un peritaje médico, mientras que la justicia peruana lo define, cuando es negativo, como acciones delictuosas por parte de un profesional.

Los médicos son acusados con una herramienta elaborada por ellos mismos. Los administradores de justicia usan como arma textos médicos que no tienen un fundamento ni origen judicial. Field y Lohr, en su escrito *Guidelines for clinical Practice: From Development to use* (1992), hacen referencia a un caso ocurrido en los Estados Unidos, en el estado de Maine, que fue analizado y descrito también por Edwards (1991). El documento describe que con el objetivo de reducir el costo de litigios por casos de negligencia, se desarrollaron directrices clínicas admisibles en los tribunales. Al mismo tiempo tenían la finalidad de evitar que las clínicas de alto riesgo del estado queden desabastecidas de médicos, quienes estaban

desertando por las masivas denuncias de presuntas negligencias. En Maine se logró establecer guías y protocolos con el fin de apoyar únicamente la labor médica, no estando permitida su utilización como prueba para una acusación.

Caso Maine: “[...] un médico puede citar el hecho de que siguió una pauta aprobada en un caso particular como una defensa afirmativa a una demanda por negligencia”.

Estas guías y protocolos médicos eran el estándar del cuidado del médico para su paciente que el estado legalmente admitía:

“[...] porque la legislación vigente sólo permite que las directrices de Maine sean citadas en la defensa de un médico, la desviación de la directriz no puede ser utilizada por el demandante como evidencia presuntiva de negligencia”. (Smith, 1993).

Si bien existe una disyuntiva del verdadero impacto de estas normas, para algunos no mostró una disminución en las prácticas de medicina defensiva o en reclamaciones de mala praxis, y las disposiciones de la ley tenían baja utilización en los tribunales, como fue para el caso de Mello (2001), quien tiene un punto de vista que es un error en el uso de la guía médica para inculpar o exculpar responsabilidades, debido a que no se les puede otorgar de manera categórica, el estandar de atención para todos los casos por su bajo nivel de cumplimiento en la práctica médica, y siendo específico del caso de Maine, refiere:

“[...] La necesidad de proteger a los médicos de demandas frívolas no constituye una justificación persuasiva y, contrariamente a lo que afirman sus defensores, las reformas del modelo de Maine no reducen significativamente los problemas asociados con la confianza en testigos expertos en casos de mala praxis. [...] los médicos pueden ver en este sistema que el cumplimiento de pautas es obligatorio para no estar en un proceso legal, dejando de lado el criterio basado en la experiencia (autonomía profesional) y opinión de experto [...]”.

En la elaboración de guías médicas se pueden obtener opiniones o sugerencias que refuten a otra, tan igual como la existencia de peritajes contradictorios, motivo de

debates periciales. El perito médico asume su pericia como una verdad relativa, sin llegar a ser absoluta, es parte de una prueba que el juez valora al momento de la emisión de sentencia.

En la prueba de Maynard, por el caso de Maynard versus West Midlands Health Authority del año 1984, se analiza el hecho del porqué el juez no puede preferir una de esas opiniones, dejando de lado la otra, que quizás sea discordante. En este caso depende del criterio del juez el valorar ambas y elegir una para la emisión de una sentencia. Traemos la experiencia de la prueba de Maynard Lord Scarman (1985); en donde se expresó que el médico por un criterio distinto, no es sinónimo de negligente:

“[...] un médico que profesa ejercer una habilidad especial debe ejercer la habilidad ordinaria con la destreza propia de su especialidad. Las diferencias de opinión y de práctica existen en medicina como están siempre presentes en otras profesiones. Rara vez hay una respuesta exclusiva de todos los demás a los problemas de juicio profesional. Un tribunal puede preferir un cuerpo de opinión a otro: pero eso no es fundamento para la conclusión de una negligencia”.

Pueden existir diversos criterios de un evento presuntamente negligente, el responsable de llevarlas frente a un tribunal es el perito médico, quien basado en sugerencias, análisis y recomendaciones, ya sean tomadas de guías nacionales e internacionales, deben ser expuestas y corroboradas de manera adecuada. Caso contrario lo descrito en dicha pericia no tendría el soporte para una sentencia, por ser considerada como una simple opinión, más no una prueba.

Brennan (1991): “[...] no pueden ser introducidos como un sustituto del testimonio de expertos, porque sin posibilidad de cuestionar estas guías, el tribunal los consideraría como rumores solamente”.

Actualmente las guías médicas que cuentan con mayor aceptación médica, por los estrictos parámetros en su elaboración y buena reputación, son las procedentes de estudios internacionales que tienen alcance y aceptación mundial. Las pocas guías médicas nacionales están perdiendo estabilidad científica frente a éstas.

Los institutos especializados nacionales al elaborar guías médicas solicitan apoyo de instituciones con experiencia y de reconocimiento internacional. Por ejemplo, la “Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia” realizada por el Instituto Materno Perinatal del Perú, contó con el apoyo de profesionales del McMaster University. Guideline Working Group (Canadá), además de la Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, entre otros.

A pesar que el médico pueda seguir los parámetros establecidos en una guía médica, ante un hecho fortuito desde un inicio es catalogado muchas veces por los afectados como un criminal. Un buen médico, con adecuado juicio, no realiza un acto médico con la intención de causar daño, ni la muerte de un paciente, por ningún motivo es un asesino. Salvo la eutanasia, muchos actos médicos investigados son producto de sucesos inesperados establecidos como complicaciones o eventos adversos. Algunas especialidades médicas son consideradas de alto riesgo médico legal, como el caso de los médicos anesthesiólogos, emergenciólogos y cirujanos en sus diferentes ramas, que no están exentos de complicaciones inherentes al paciente.

Arbous y col (2001): “describen problemas cardiovasculares, hipovolemias, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva y arritmias cardiacas (...) problemas respiratorios, como las vías respiratorias inadecuadas, la respiración inadecuada y el neumotórax”.

Otros autores mencionan al accidente cerebrovascular, los desequilibrios electrolíticos, las reacciones adversas a fármacos y, como saben los patólogos forenses, reacciones idiosincráticas (idiopáticas) a la anestesia. Las investigaciones de muertes relacionadas con la terapia médica proporcionan a los patólogos forenses múltiples desafíos, incluido el intento de determinar hasta qué punto la terapia contribuyó a la muerte y la certificación de la forma de muerte. Diversas publicaciones han abordado dichas interrogantes, pero no se han establecido protocolos universalmente aceptados, dentro de los cuales están los estudios de

Caplan (1999), Hanzlick y Goodin (1997), Hirsch y Flomenbaum (1995) y Reay y col. (1985).

Caplan (1999), por ejemplo, estableció una clasificación a fin de valorar las causas de una muerte por un procedimiento anestesiológico, cuya clase V, es debido a un hecho accidental, por una reacción idiosincrásica a la anestesia (complicación terapéutica), fuera del alcance del anesthesiologo.

“Una gran variedad de percances pueden ocurrir durante o después de la administración de anestesia y procedimientos operativos o de investigación que no necesariamente transmiten un error de juicio o negligencia por parte del cirujano o el anestesista”. (Sharma, 2007).

Cualquier especialista acusado por presunta negligencia médica alegará, le crean o no, que la pauta aplicada descrita en alguna guía médica fue apropiada para el paciente. Pero este argumento será refutado por la parte contraria, que asesorada por otro médico, puede optar por un criterio distinto, ambos tienen sus razones y sus fuentes bibliográficas. Como Hirshfeld (1993) analizó:

“[...] las guías de práctica son sólo una de muchas fuentes de evidencia acerca de cuál debe ser el estándar de atención en cualquier caso de negligencia”.

Si bien nadie es dueño de la verdad, siempre habrá algún abogado o perito que alegue *“la paciente hubiese tenido mayor oportunidad con un procedimiento distinto al aplicado por el acusado”*. Pero en una emergencia el médico de turno es quien toma las decisiones, si se presenta un evento inesperado con complicaciones o secuelas e incluso la muerte ¿Será motivo de penalización? Las emergencias médicas pueden presentarse incluso en un procedimiento tan simple como aplicar una inyección.

West (1994): *“[...] el componente más importante de la formación de un médico es el desarrollo del juicio profesional; las pautas de la práctica no se pueden permitir para borrar la pizarra y sustituir a ciegas una guía en favor del juicio profesional; los médicos deben tener latitud y discreción en su enfoque para tratar a pacientes en particular, porque hay simplemente*

demasiadas variables inherentes en el tratamiento de los seres humanos para capturar todas las alternativas en un único árbol de decisión”.

Mason y McCall Smith's (1991), hacen referencia a las conclusiones de Lord Denning, en el caso de Crawford versus la Junta de Gobernadores del Hospital Charing Cross, en donde se refiere que el médico tiene una carga muy pesada para estar actualizado:

“[...] alta carga para un médico es conocer que tiene que leer cada artículo que aparece en la prensa médica actual; y sería totalmente incorrecto sugerir que el médico es negligente si no pone en funcionamiento la sugerencia de algún colaborador en una revista médica”. Hurwitz (1995), Bryce (1961) y otros, también hace mención a este caso.

Algunas guías pueden ser utilizadas para acusar al galeno, pero esa misma puede servir para la defensa, como se menciona anteriormente el alma de una guía médica es el médico, sin su criterio profesional es letra muerta. Cuando una guía es utilizada únicamente en la defensa su utilización es denominada de manera *unidireccional*; sin embargo, también puede utilizarse de manera *bidireccional*, tanto para la defensa como para la acusación, gran conflicto que el juez debe resolver y que el perito médico debe explicar y sustentar.

Un caso unidireccional es el de Mayne, en donde la guía tuvo un origen únicamente para la defensa del médico. Lo contrario ocurrió con el caso de Wickline versus State of California (1986), en donde la guía fue utilizada para acusar al médico de negligente:

“[...] los médicos podrían ser considerados responsables cuando no tienen en cuenta el buen juicio clínico siguiendo las pautas de contención de costos cuando el resultado puede afectar negativamente al paciente”.

Sin embargo, las guías también pueden ser rechazadas durante un juicio, como lo ocurrido en los tribunales del caso Shuford vs McIntosh, en donde el tribunal de primera instancia no admitió como evidencia un folleto del Standards for Ambulatory

Obstetric Care, por considerarlo sin fundamento alguno para establecer relevancia o fiabilidad. Caso que fue descrito por Recupero (2008):

“[...] los tribunales pueden actuar rechazando las directrices al considerarlas perjudiciales o por no ser pruebas de imparcialidad”.

Para los casos de guías de sociedades médicas se tiene de experiencia el suceso de Davenport vs Ephraim McDowell Memorial Hospital (1990), en donde el tribunal, en su veredicto, desestimó estos documentos por no tener el nivel para ser considerados como tratado erudito, considerándolos como únicamente *“guía útil para medir la atención”*. Similar hecho ocurrió con directrices de seguros privados, en el caso de Quigley vs Jobe (1992), en donde el tribunal confirmó la discrecionalidad del juez de primera instancia de *no admitir directrices de seguros privados*.

Cuando el médico usa una guía médica para su defensa es considerada como un documento que brinda inmunidad, pero si el mismo documento es utilizado para la acusación, la parte contraria busca el presunto error del galeno. Para tales casos la Ley de Confinamiento de Costos de Cuidado de Salud de 1993 de Minnesota, refirió que:

“[...] se requiere de un comité asesor con la función de asesorar al comisionado en la adopción de parámetros de la práctica; para algunos ofrece a los médicos inmunidad general sin permitir a los demandantes una oportunidad razonable de demostrar lo contrario”. (Strickland, 1993).

Pero a pesar de tantas directivas e interrogantes, los intervinientes en el NCPP consideran al imputado inocente hasta que se demuestre lo contrario, siendo congruente valorar que *“un resultado negativo por sí solo no es suficiente para indicar negligencia profesional”* (Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

Las notas de Guillermo sugieren que en Puno muchos magistrados toman la experiencia del médico como un criterio fuerte para emitir sentencia, motivo para

que algunos peritos brinden como principal argumento el término “*en mi experiencia...*”. Lo ideal acontecería cuando los administradores de justicia le pregunten al perito médico ¿Cuál es el nivel de evidencia de lo expresado en su informe pericial? ¿Está descrito en alguna bibliografía lo declarado? O proviene de medicina basada en eminencia, vehemencia, elocuencia, providencia, indolencia, nerviosismo o suficiencia. El veredicto final será valorado con los hallazgos de múltiples circunstancias y evidencias que puedan sustentarlo.

Brennan (1991) y Rosoff (1995): “[...] *los tribunales consideran las guías de práctica clínica como una pieza de evidencia en el establecimiento del estándar de atención, y no como el determinante primario del estándar de atención apropiado*”.

La profesión médica es tan humana como la patología y la muerte de un paciente. Lamentablemente, muy pocos son los tribunales que logran enfocar la diferencia de la carga emocional y responsabilidad de la profesión médica. Algunos son reacios para recordar lo que acertadamente Jacobson comentó (1988 y 1989):

“[...] los tribunales son renuentes a sustituir su juicio por el de la profesión médica, incluso cuando se está considerando una nueva tecnología más segura”

Si bien en Puno aún son muy pocas las clínicas que poseen convenios con aseguradoras privadas, con el pasar de los años es probable que se revierta esta situación. Los seguros privados de salud ofrecen sus servicios basados en recomendaciones establecidas en guías y protocolos médicos que fijan las pautas de atención para sus usuarios.

Havighurst (1995): “*las guías incorporadas en los contratos privados entre los pacientes y los proveedores de atención médica son utilizados para establecer el estándar de atención aplicable*”.

Cuando existen litigios médico legales, estas empresas intentan salvar responsabilidades mediante el estudio y cumplimiento de guías aceptadas y/o acreditadas por ellas mismas, contratando para tal fin peritos médicos. Aunque aún

tal como mencionan West (1994), Hyams y col (1995 - 1996), “*se dan litigios que implican pautas de práctica sin establecer patrones o tendencias claras*”.

Los litigios son múltiples y los casos como antecedentes pueden ser contradictorios. Para algunos autores el médico puede ser inocente, al no demostrarse el incumplimiento de las normas de atención, mientras que en otros casos la defensa no logra utilizar las guías para evitar su responsabilidad (Hyams y col., 1996) (United Blood Services v. Quintana, 1992) (Jewett v. Our Lady of Mercy Hospital, 1992). Con lo que se evidencia que el tema da para más, teniendo presente que el médico, mientras tome en cuenta las sugerencias y nivel de evidencia de una guía médica, tiene más probabilidades de salir airoso de cualquier evento legal.

7) La medicina basada en evidencia en Puno

En Puno, con el NCPP los peritos médico legistas en su mayoría eran médicos generales que fueron cuestionados en audiencias por su falta de especialidad, mostrando el pilar débil de la función forense regional y nacional, deficiencia que definitivamente se debe revertir lo más pronto posible. La especialidad médica abre un campo de comprensión y de mayor análisis de las diferentes guías médicas que están al alcance de las diferentes especialidades.

Farmer (1993): “[...] el nivel apropiado de cuidado no puede ser evidenciado por un experto que practica fuera del área de especialización del médico acusado, es decir, debe haber un grado diferente de habilidad requerido de un especialista en su propio campo, en comparación con un médico generalista”.

Surge la importancia de la experticia del perito médico para estar debidamente acreditado y habilitado al ejercer la función pericial.

En el año 2013 fue publicada la Guía Europea de Negligencia y Responsabilidad Médica (Ferrara y col., 2013), como una iniciativa a las diversas denuncias por una probable negligencia médica, el objetivo de esta guía fue brindar métodos de determinación y criterios de evaluación médico legales en caso de sospecha de “responsabilidad médica”. El documento brinda recomendaciones que debe cumplir

el médico para ser designado como experto y/o consultor en un ámbito judicial o extrajudicial. Estos requisitos son: a) ser un especialista en medicina legal o patología forense o que el experto haya completado la formación de postgrado en medicina legal, preferentemente a nivel universitario, y sea reconocido como experto médico legal por la autoridad supervisora de su país y que tenga práctica habitual de esa especialidad; b) El experto deberá demostrar una formación adecuada (preferentemente a nivel universitario) en las siguientes áreas:

- Competencia básica en materia de derecho penal, civil y administrativo, en particular en lo que respecta a los reglamentos en el ámbito de la salud médica.
- Tener experiencia teórica y práctica de la semiótica médico-legal y de la evaluación médico-legal de la validez psicofísica en los ámbitos del derecho civil y del seguro público / privado.
- En el caso de la comprobación de los cadáveres, las nociones teóricas y prácticas de la patología forense con una experiencia exhaustiva de primera mano y en profundidad de muchos años, así como una considerable experiencia en autopsias forenses.
- Tener nociones teóricas y experiencia práctica sobre el tema del valor causal / vínculo, haciendo especial hincapié en la demostración de la relación causal entre un error médico y el daño, que abarca los fenómenos bajo las leyes científicas.

Por ende el perito médico tiene que entender, de una u otra forma, que existen limitaciones que su título o especialización le otorgan a fin de no caer en impericia médica⁶⁰, renaciendo la importancia de una capacitación permanente.

Roldan - Valadez (2007): “[...] esta circunstancia ha orillado al médico a buscar nuevas estrategias para la actualización, la cual tradicionalmente se realiza a través

⁶⁰ Es la falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina.

de congresos, revistas médicas, talleres, etc., con el fin de mejorar su práctica asistencial”.

Si bien en Puno existen médicos que concuerdan con la llamada “*medicina tradicional*”, al considerar que la medicina basada en evidencia:

“[...] exagera en sus atributos, degradando la medicina a una práctica simplista en la búsqueda de información, haciendo la profesión médica como un acto con mucha ciencia y poco arte” (Smith y Taylor, 1996), (Duclos, 1999) y (Cantu, 2000), o lo que es peor llega “al desconocer el valor de la experiencia y los expertos”. (Letelier y col, 2003).

Ellos también están convencidos de que la importancia recae en las ciencias básicas y el conocimiento tácito que se acumula con la experiencia clínica, ya que la medicina tiene fundamentos básicos que no cambian.

Sin embargo, para los que practican la medicina basada en evidencia, el daño a la medicina se da cuando los que están en contra confunden la experiencia con charlatanería, en donde tercos pareceres individualistas intentan esconder ignorancia bajo el término “*experiencia*”. El hecho que un perito no tenga ni idea de lo que busca o desconoce lo que encuentra, es un suceso tan similar como aislarse únicamente en la experiencia como fundamento de cosa juzgada, algo similar a lo que antiguamente se concebía como: “*la palabra del médico legista es ley*”.

Algunos médicos tradicionales estarán de acuerdo con Timmermans y Berg (2003), quienes consideraban que los hallazgos obtenidos en estudios clínicos no pueden ser utilizados en pacientes reales, debido a que rara vez encajan en la descripción de la enfermedad y difieren de los incluidos en los ensayos de investigación. Sin embargo, es también adecuado considerar que lo más cercano a lo real es saber cuestionar y dar respuesta, fundamento importante del conocimiento científico; solamente aquel que investiga y/o accede y practica un conocimiento privilegiado es apto para considerar su “*opinión de experto*”.

Fuimos testigos de cómo antes de la implementación del NCPP en Puno, Guillermo observaba en los debates periciales que los peritos médicos legistas de mayor antigüedad argumentaban sus informes periciales basados en su *experiencia*, dejando de lado la evidencia médica que podría existir. Con estos argumentos lograban dejar de lado al perito médico de parte, que presentaba sus hallazgos con otra visión. Actualmente es demostrable que la *experiencia*, por sí sola no basta para la toma de decisiones, se requiere también de la mejor evidencia científica disponible.

Tanto *“la experiencia como la mejor evidencia son los pilares de una buena decisión”* (Pech & Esperón, 2013), tal como lo señala Hamilton – Ontario, Canadá, la universidad McMaster University, en donde a finales de los años 60 se inició el desarrollo de un programa educativo interdisciplinario centrado en la resolución de problemas individuales (Cohen, 1996).

Algunos pueden refutar preguntándose ¿Qué tan buena sería la despenalización total del acto médico? Un médico que aplica la medicina basada en evidencia estará en los mismos estándares de dicha despenalización en relación con un médico tradicionalista, o la despenalización será aplicable únicamente para uno de ellos.

El médico sea perito o no, al desarrollar un análisis de la evidencia disponible lo hará desde diversas perspectivas, imaginando varios escenarios clínicos, mecanismo que le permite entender que las recomendaciones establecidas en las guías individualizan a los pacientes que encajen en ella.

Manterola (2009): *“[...] cada paciente permite establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y económicos en salud; e indica la forma de valorar el conocimiento en función de etiología, daño, morbilidad y complicaciones; pronóstico, historia natural y curso clínico de una enfermedad o evento de interés”.*

El NCPP viene enseñando, según la experiencia en Puno, que es importante reconocer lo planteado por Navarro y col (2013) al momento de realizar un informe pericial por responsabilidad médica:

“[...] es necesario realizar el estudio de la documentación básica remitida mediante la historia clínica, la mayoría de veces debe solicitarse, además, información adicional tal como guías de práctica clínica utilizadas en la institución sanitaria, la aclaración o ampliación de algunos términos y abreviaturas utilizados en la historia clínica, la aclaración de caligrafía, etc. La complejidad de este proceso se evidencia por la gran cantidad de informes periciales referidos a un mismo caso”.

En Puno, la mayoría de médicos hacen uso de diferentes guías médicas, si bien no existe consenso ni obligatoriedad en el uso de las mismas, son conscientes que son una buena y necesaria herramienta para afrontar esta etapa procesal.

El NCPP no brinda parámetros para decidir sobre la aceptabilidad de guías por los tribunales, por lo que es preocupante el hecho de juzgar a médicos basados en una de ellas. En el recuerdo quedaron los antecedentes de la década de los 60 en donde los tribunales se mostraban reacios para la admisión de guías como evidencia en el establecimiento de la atención estándar, al ser consideradas como:

Brennan (1991) y Anderson y col (1993): “[...] pautas o rumores a menos que, como generalmente no era el caso, el redactor de las pautas estaba presente para el contrainterrogatorio”.

Si bien en la actualidad en los juicios no se solicita la presencia de los autores de las guías médicas, llaman en su representación a “*expertos locales*”, que en su labor diaria tienden a utilizarlas. Los administradores de justicia suelen solicitar el análisis de correspondencia entre lo descrito en la historia clínica y la evidencia médica actualizada, así como el probable proceder de la mayoría de médicos en las mismas condiciones. Este hecho no es nuevo, ni propio de los tribunales de Puno, para ello se tiene los antecedentes de otros lugares en donde para que una guía sea admitida en un juicio era necesario el aval de un experto local, tal como mencionó West en dos publicaciones en el año 1994:

“[...] un experto testificará acerca de la naturaleza y la autoridad médica de la guía, considerando su admisibilidad en el caso”.

Antes del NCPP, los tribunales de Puno casi siempre apelaban al término “*en su experiencia*” antes de realizar una pregunta al perito, por ejemplo:

- ¿Sr. Perito, en su experiencia las lesiones son producto de agente contundente?

El tribunal pretende con esta pregunta que el perito emita una opinión basada en casos y/o evidencia científica que su labor le haya permitido conocer. Lo mismo sucede cuando se realiza un estudio ecográfico, examen que es “*observador dependiente*”, en donde una misma imagen ecográfica puede tener diagnósticos distintos, dependiendo de la experiencia, la técnica, el equipamiento y la evidencia científica que posea el profesional médico que la realiza.

El apego del acto médico a una guía actualmente no brinda una seguridad absoluta de éxito, en ella se ofrecen recomendaciones con un nivel de evidencia que en diversas circunstancias tienen una probabilidad más cercana al fracaso que al éxito. Las guías médicas basan sus recomendaciones y sugerencias en estudios aleatorios o meta-análisis, que indican probabilidades de causar menos daños y/o un mayor beneficio, disminuyendo los riesgos, sin desaparecerlos, tan igual como la probabilidad de complicaciones o efectos adversos e incluso la muerte.

Algunas guías tienen un bajo nivel de evidencia, con recomendaciones débiles, como el caso de la Guía para Reanimación Cardiopulmonar (2015), que contiene recomendaciones que no garantizan que el paciente salga victorioso del paro, al contrario es más probable que no se tenga éxito, hecho que no siempre es conocido por un tribunal o por los denunciados.

Con el NCPP están ocurriendo experiencias negativas con médicos que son juzgados por aplicar su criterio en el tratamiento de un paciente, incluso se ha llegado hasta el encarcelamiento de colegas por no aplicar alguna sugerencia de

una guía, o al desarrollar medicina basada en la autoconfianza, motivo por el cual actualmente los colegas están a la defensiva, describiendo la desgracia como:

“[...] no vale la pena arriesgar, lastimar y hacer sufrir a la familia por un entorno profesional que no valora la labor que realizamos, no solamente por la carencia de infraestructura, insumos, remuneración económica, u otro, siendo lo más penoso el resquebrajamiento del binomio médico – paciente, y no necesariamente por culpa del médico⁶¹.”

Pese a que se busca mediante conferencias que el médico se aleje de la medicina defensiva, las experiencias de múltiples denuncias que reciben originan su desconfianza contra el NCPP, porque nadie desea estar inmiscuido en una denuncia penal, civil o administrativa, peor aun teniendo en cuenta que no se cuenta con normas que respalden y protejan las buenas intenciones al realizar el acto médico.

Siempre existió el dilema que los médicos al elaborar guías se estaba poniendo la sog a al cuello.

“[...] una disyuntiva que desde sus inicios, fue la perspectiva legal por la preocupación si la introducción de guías de práctica clínica afectaría el estándar de atención”. (Jacobson, 1997).

La experiencia médica de Puno muestra una alta probabilidad que el personal médico pueda ser denunciado civil, penal o administrativamente, sobre todo si decide no asumir alguna recomendación planteada en una guía médica. Un médico durante su juicio oral explicó muy consternado que no solicitó el examen motivo de la denuncia, porque la guía utilizada no lo consideraba beneficioso, no obstante, otra guía lo menciona como parte de estudios complementarios.

Es probable que con el transcurrir de los años los abogados protagonizarán mayores batallas médico legales, obligando al médico asumir seguros profesionales

⁶¹ Palabras de un médico acusado de negligencia médica.

como parte de su protección legal, gastos que el médico trasladará al paciente como impuesto de sus atenciones.

Está escrito que por más minúscula que sean las denuncias:

“[...] las demandas de responsabilidad médica se han convertido en un acto de la vida en la práctica moderna de cada médico, complicada por factores más allá del ámbito tradicional de la atención al paciente, incluyendo nuevas tecnologías que implican presiones económicas, pérdida de la autonomía del médico y medicina cada vez más defensiva”. (Ferrara, 2013) (Ferrara y Pfeiffer, 2010) (Brinkmann y col., 1994).

En la defensa del acto médico, algunos galenos por el temor a ser denunciados están considerando que:

“ya no es bueno correr riesgos innecesarios, si no hay instrumental, medicamentos, no es culpa del médico, es preferible suspender cirugías; no es bueno arriesgar una reputación, ni mucho menos el entorno familiar, ni el gremio médico, por actos que no tendrán el agradecimiento de la población”⁶².

En Puno y en otras partes del país existen clínicas que no cuentan con las condiciones necesarias para realizar procedimientos médicos propios de la complejidad hospitalaria. Se murmura de muertes que jamás salieron en los noticieros y no fueron examinadas con la misma rigurosidad que un deceso hospitalario, nadie sabe por qué.

Mientras tanto la labor del médico se está volviendo inestable, cada quién es libre de escoger el lugar y las condiciones donde desarrollarse, valorando que la responsabilidad médica se inicia desde el momento que se ingresa a laborar. La pericia médico legal tampoco se escapa de la duda, por ejemplo: aún existen peritos oficiales que aceptan y califican con una incapacidad médico legal mayor a 15 días el diagnóstico de traumatismo encéfalo craneano moderado en pacientes que nunca

⁶² Comentarios de médicos.

fueron hospitalizados, desconociendo que para dicho diagnóstico se requiere de asistencia hospitalaria, exámenes complementarios y vigilancia de especialidad. Al desconocer estos hechos se avala con complicidad una probable falsa pericia.

La medicina defensiva es definida como una corriente o movimiento que:

Ferrara (2013): “[...] nace como consecuencia de la aplicabilidad de las guías y su utilización en tribunales”, Hyams y col (1996) agregan, “obligando a muchos buenos médicos a abandonar la práctica médica o restringirla hasta que no se cumplan con los criterios mencionados en las guías”.

Se ha vinculado el uso de las guías médicas con la “*medicina defensiva*”, gran parte de los médicos ¿Tal vez todos? no quieren ser vinculados a denuncias por mala praxis, motivo para que estén a la defensiva. Según Faulkner y Gray (1993) al tratar de cuidar su responsabilidad legal, los profesionales “*solicitan costosas pruebas e intervenciones que no creen estén justificadas por necesidad médica*”, todo con el fin de limitar su responsabilidad. ¿Realidad que viene envolviendo al médico que labora en Puno?

Por su parte, la responsabilidad de los peritos médicos, si bien no es con el binomio médico-paciente como de tratamiento - enfermedad, su labor se enfoca en la verdad-justicia, e incurre en delito penal, civil y administrativo al falsear sus pericias. Los administradores de justicia expresan abiertamente que:

“*El informe pericial no es contundente para demostrar la teoría del caso de la Fiscalía, por expresa limitación Fiscal (...), no son la prueba, sino un germen de la misma, (...) no tiene ningún valor si el experto no concurre a la audiencia*”.
(Peláez y Sanabria, 2017).

La función del perito no se limita únicamente a los informes periciales, su labor concluye cuando se defiende en el interrogatorio y contrainterrogatorio del juicio, momento en que expone y sustenta los argumentos de su informe pericial. Por este motivo muchos médicos no desean cumplir esa función, negándose a brindar apoyo a la justicia y ganándose gratuitamente denuncias por resistencia y desobediencia

a la autoridad, medida que intenta persuadir y obligar al médico a realizar un acto médico que de por sí debería ser una decisión libre y de entera potestad del médico.

La negativa de un profesional médico a brindar apoyo a los administradores de justicia también puede ser considerada como medicina defensiva, porque no todos desean estar envueltos en diligencias que no son propias de su labor diaria.

El perito oficial está en la obligación de atender las solicitudes del fiscal o juez, es parte del trabajo para el que se ha capacitado y fue contratado. Evita ser denunciado por mala práctica médica cuando sus pericias cumplen con criterios de veracidad, objetividad y una adecuada evidencia científica que sustenta sus conclusiones. (Brennan, 1991).

¿Cuántas de las pericias realizadas en Puno tienen el sustento y recomendaciones según un nivel de evidencia? ¿Serán recomendaciones fuertes, débiles o simplemente charlatanería expuesta en un rincón de una página mal ubicada de internet? En la realidad puneña no existe un estudio que logre establecer una respuesta a tal disyuntiva. En las múltiples pericias de los peritos oficiales y/o de parte ni se mencionan citas bibliográficas que acrediten un nivel de evidencia o al menos opinión de expertos. Recordemos que los pareceres, las experiencias que brinda una antigüedad institucional no son credenciales para el sustento de un informe pericial, lo lamentable sería que a pesar de estas falencias, estas pericias sean el soporte de sentencias.

Considerando que existe un protocolo o guía para el cuidado de una condición particular, eso no determina por sí solo que su cumplimiento sea aceptable, salvo circunstancias razonables, y que su incumplimiento advertiría ser negligente.

Hurwitz (1998): “[...] actuar fuera de la orientación de las directrices podría exponer a los médicos a la posibilidad de ser considerados negligentes, a menos que puedan demostrar una justificación especial en las circunstancias”.

Sin embargo, cómo valorar la idoneidad del perito médico cuando al realizar un informe pericial lo primero que se observa es que desconoce el criterio, la destreza

y la experiencia aplicada por un médico especialista denunciado por presunta negligencia médica. Por ejemplo, una guía de ventilación pulmonar para anestesia, o para paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI), debe ser explicada por un anesthesiólogo y/o un médico especialista en UCI, respectivamente. Si el perito médico jamás ha manejado un ventilador mecánico o ha tratado a un paciente crítico en la UCI, de qué experiencia se jactaría, por el contrario es un inexperto en la materia.

A pesar de las limitaciones forenses regionales, la comunidad médica de Puno ve con satisfacción que los peritos oficiales, con gran madurez y ganas de mejorar, se auto-acreditan para una correcta función pericial, la ciencia y la experiencia deben caminar juntas.

Tal como menciona Grilli y Lomas (1994) y Grilli y col (1991), *"a veces se pasa por alto el problema de las bajas tasas de cumplimiento de las directrices"*, pero al estar en problemas médico legales, tardíamente se inicia la lectura de lo que la ciencia propone para la mayor parte de disyuntivas. Por eso la experiencia pericial no depende únicamente de los años al servicio en una institución, se le debe agregar el conocimiento científico actualizado, conjuntamente con una vida cotidiana pericial y adecuada acreditación que hace a un profesional apto para asesorar a los administradores de justicia.

Tanenbaum (1994): *"[...] confiar en sus propias experiencias en vez de en los datos de investigación"*. Para Guillermo no es lo correcto.

Algunos autores describen acertadamente que toda guía médica puede establecer sólo una *"línea de base, de la debida diligencia en algunas circunstancias, pero no el estándar de atención bajo los hechos peculiares del caso"* (Hyams y col., 1996); siendo un buen ejemplo la Guía Médico legal de Valoración Integral de Lesiones Corporales del IML del Perú, en donde se indica que, *"las guías médico legales son referenciales, no tienen carácter de estricto cumplimiento, éstas pueden variar de acuerdo al criterio médico"* este comentario tiene como fundamento lo descrito por

Dresch y col. (1998), Peña (2012), por ende le compete únicamente al médico el acto médico, tal como establece el Código de Ética del Colegio Médico del Perú:

Colegio Médico del Perú. Código de ética y Deontología (2007), Art. 52°: *El acto médico es el proceso por el cual el médico diagnostica, trata y pronostica la condición de enfermedad o de salud de una persona. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico.*

Debido a este punto es que actualmente existen muchos debates periciales sobre criterios médicos, tal como describió Hirshfeld (1991) Havighurst (1991) y Brennan (1991) *“la interacción entre las directrices y los delitos ha sido objeto de muchos análisis”*, determinando que los tribunales estén a menudo dispuestos a mirar las directrices de manera crítica, evaluándolas cuidadosamente para asegurarse que encajen con las evidencias del caso (Hyams y col., 1996).

En los tribunales de Puno, las guías medicas han sido utilizadas de manera bidireccional, a pesar del intento de la defensa para utilizarlas únicamente de manera unidireccional. Estas experiencias deberían inducir al personal médico a incrementar su uso y cumplimiento, pero aún no existe un estudio local respecto a esta expectativa.

Se ha descrito que el incumplimiento de una directriz no es prueba prima facie de negligencia; siendo clave en el litigio el demostrar que el médico no cumplió con el estándar de atención establecido, requiriéndose para tal fin el análisis detallado de todas las fuentes científicas disponibles, importante rol que cumple el perito médico.

Koziol (2008) y Guillod (2010): *“el tribunal busca lo que el médico acusado hizo con lo que un médico razonablemente hábil (es decir, una figura abstracta y normativa) habría hecho en las mismas circunstancias”*.

Queda entonces para el análisis la obligatoriedad en el uso de las guías médicas, sin dejar de lado lo mencionado por Mello (2001):

“[...] al ser obligatorias pueden obligar indebidamente a los médicos a cumplir con dichas directrices por consideraciones de responsabilidad, incluso si entran

en conflicto con el juicio clínico, lo que podría conducir a resultados adversos para los pacientes”.

Los litigantes puneños vienen siendo testigos que la utilidad de las guías médicas tienen una interpretación diferente, mientras que un médico le da utilidad para la atención de pacientes, el perito médico lo usa para sustentar una pericia, por su parte el tribunal para sostener una sentencia. La mayoría llega a ella justificando una posible denuncia por mala praxis, por lo que para el médico su cumplimiento es una medida para salvar responsabilidades. El perito médico de la parte acusadora busca en ella algún incumplimiento del estándar de atención que sustente sus conclusiones.

Sakala y col (2013): *“la mala praxis médica debe guiarse por la mejor evidencia disponible”.*

Edwards (1992): *“los tribunales reconocen que existen diferencias de opinión médica y donde cada uno se demuestra que son respetables, no considerarán como negligentes a los clínicos que adoptan una y no la otra opinión. El tribunal no tiene derecho a preferir una de esas opiniones a la otra”.* Descrito también por Field (1992).

El médico acusado tiene una infinidad de medios para su defensa, el demandante debe desestimar cada una de ellas o viceversa, porque:

Cheah (1998): *“las pautas no son una representación inmutable del estándar de la atención médica, la medicina es demasiado complicada para eso”.*

En el mundo de la evidencia científica encontramos escritos que explican diversos comportamientos de la ciencia, algunos se contradicen, mientras otros confirman y/o amplían la información, hecho que ha dado a relucir que el mayor peso de una directriz se basa en su especificidad para el caso en conflicto.

Hirshfield (1993): *“las guías de práctica sólo como una de muchas fuentes de evidencia acerca de cuál debe ser el estándar de atención en cualquier caso de negligencia”.*

Para Hyams y col (1995): *“El uso de directrices de la sociedad profesional puede muy bien disuadir el inicio de un litigio; además, la evidencia de que las directrices se desarrollaron y se cumplieron debe ser tratada como una fuerte evidencia de cumplir con el estándar de atención aplicable”*.

Las guías elaboradas por una sociedad médica definitivamente van a tener un gran apego por parte de los médicos de dicha especialidad, *“por considerarlas como apropiadas y valederas para la práctica médica que realizan”* (Leahy, 1989). Capaces de poder ser una plataforma de defensa para el médico que la utiliza, tal como lo indicó Mello (2001) *“el médico utiliza la guía no sólo para establecer responsabilidades, sino como un apoyo del testimonio de experto”*.

La pregunta de algunos médicos, sobre todo los de *“medicina tradicional”* es si ¿la práctica médica se viene contaminando al mezclarse con normas legales? Consideran que al conectar la práctica médica con la evidencia científica, pierde la libertad del acto médico. Para Hall Mark (1991) *“esta contaminación es mayor cuando se elabora una guía médica”*, a razón de que el actuar del médico no es un procedimiento derivado de fórmulas matemáticas con determinaciones cuánticas, en donde se *“sustituye al individuo por el promedio, generalizando un caso, limitando el juicio con la aplicación de reglas (Gigerenzer y col., 1989)*. Por estas razones, las directrices, por si solas, no suelen ser tomadas en cuenta en las decisiones determinantes en los procedimientos de derecho consuetudinario.

Matthews (1999): *“las guías prácticas pueden facilitar un diálogo continuo entre los devotos del deseo tecnocrático y sus derechos legales y médicos críticos en lugar de proporcionar un cierre intelectual definitivo”*.

Los intercambios de opiniones se han llevado no solamente en el ámbito científico, pasando actualmente por los tribunales en donde los debates periciales permiten sacar a la luz múltiples interrogantes de las verdaderas intenciones y objetivos de las guías basadas en evidencia científica, cuando se investiga un presunto delito caso médico legal.

Jasanoff (1995): “[...] las disputas legales alrededor de "hechos" científicos aparecen a menudo como sitios en los que la sociedad construye sus ideas sobre lo que constituye un conocimiento legítimo, quién tiene derecho a hablar por la naturaleza y cuánta deferencia debe exigir la ciencia en relación con otros modos de conocer”.

En esa disyuntiva volvamos a la parte jurídica en donde para emitir una sentencia, es importante la objetividad y veracidad de la prueba, cual alma para el desarrollo del derecho y la administración de justicia, ésta debe ser fidedigna (motivo de utilizar cadena de custodia), tenga credibilidad (el perito debe acreditarse adecuadamente), sea interpretada correctamente (basado en conocimiento científico sea utilizado correctamente, otorgada por la experiencia). Estos fundamentos hacen que el perito médico al emitir un informe pericial, deba previamente investigar, analizar, cuestionar y responder interrogantes mediante la aplicación de la medicina basada en evidencia y su experiencia pericial, claves que acercarán un presunto delito a una verdad probabilística.

El termino “*en mi experiencia*”, en boca de un profesional charlatán, sin conocimiento, nada ético, no es sinónimo de opinión de experto, ni mucho menos es “*medicina basada en eminencia*”, interpretando para tal caso cuando los años de un médico hacen que a falta de evidencia científica su aporte sea muy valioso, por ser necesario.

Entonces, para que la prueba sea aceptada en un proceso debe primeramente pasar por la etapa de “*valoración de prueba*”, para luego ser tomada en cuenta en una resolución de sentencia judicial. Las guías médicas basadas en medicina en evidencia también contemplan la experiencia y el juicio clínico, que hace más humana la relación médico - paciente, siendo catalogada como nivel de evidencia “*tipo C*” u opinión de expertos.

Navarro – Sandoval (2013) indica que lastimosamente se seguirán con las denuncias, “[...] basadas en guías que carecen de estándares para la evaluación de actos médicos denunciados por presunta negligencia médica”.

Las guías y protocolos que cumplen en su elaboración con altos estándares internacionales, brindan recomendaciones y sugerencias que son a veces imposibles de cumplir en su integridad en regiones como Puno, en donde se desarrolla medicina no apta para familiares de altos funcionarios públicos, pues ellos tienen seguro de salud en clínicas privadas de alta complejidad, con estándares y reconocimiento de calidad internacional, por ende sus médicos laboran bajo guías que acreditan un acto médico apoyado por la institución y aseguradoras de salud.

Un modelo de seguro de responsabilidad civil, como el modelo catalán, descrito por Sakala y col (2013) como *“la investigación en el ámbito del litigio por negligencia, como resultado se tiene políticas consideradas como las más prometedoras”*. En otras partes del mundo, como en el Perú, aun estamos lejanos de que las guías puedan resolver un conflicto, motivo para tomar en cuenta lo descrito por Havighurst (1991), sobre que las guías en muy pocas oportunidades logran resolver un juicio por negligencia médica, porque:

“todavía pueden contribuir en gran medida a abordar lo que parece ser el mayor problema político que presenta la ley de negligencia, es decir, su inducción a los médicos a utilizar los recursos de manera ineficiente”.

Esto se da porque jamás el criterio médico se encierra en una sola cita de bibliografía científicamente establecida, ésta se forma con el tiempo, con la lectura y aplicación de múltiples puntos de vista en la toma de decisiones, y la experiencia es el resultado de los desenlaces observados en los pacientes de los diferentes criterios.

West (1994) indicó que: *“El juicio profesional, es la parte más importante de la formación médica, las guías no tienen el fin de borrarla ni de sustituirla; porque para una decisión médica, hay simplemente demasiadas variables inherentes en el tratamiento de los seres humanos para capturar todas las alternativas en un único árbol de decisión”*.

A toda luz el perito médico tiene un gran campo del cual poder discernir de un pensamiento a otro, así como justificar un informe pericial. Si quiere un informe

pericial acusatorio lo obtendrá de la misma manera que puede hallar uno para la defensa, pero es el juez quien debe resolver basado en la verdad probabilista de todas las evidencias presentadas (valoración de prueba).

8) El perito médico y los niveles de evidencia

Los informes periciales se diferencian unos de otros por el nivel de evidencia que contienen en relación con la realidad que desean definir, hecho que depende del perito que lo realizó. Mientras más alto es el nivel de evidencia de una recomendación, mayor es el grado de aceptación científica.

En el año 2003, Harris et al (2001) hicieron un recuerdo de la publicación de las recomendaciones dadas por el grupo de trabajo Canadiense de Protección de la Salud Preventiva, Canadian Task Force on Preventive Health Care, acerca de la valoración de la evidencia mediante el uso de letras o categorías.

“[...] los cambios reflejan la continua evolución de la metodología y la presentación de informes, tanto dentro de nuestro grupo y en el contexto más amplio de la medicina basada en la evidencia”.

Sin embargo, las formas de clasificar los niveles de evidencias fueron diversas, entre las cuales está la establecida en 1984 por la The US Preventive Services Task Force, el cual era un grupo de 16 naciones, conformado por expertos en prevención y medicina basada en evidencia. Ellos, en la revista JAMA (año 2016, volumen 315, número 16), recomendaron la utilización de letras que van desde la “A” hasta la “I”, lo cual refleja tanto la fuerza de la evidencia como la magnitud del beneficio neto, muchas guías utilizan este modelo:

- **A:** “Se recomienda hacer”, existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
- **B:** “Se recomienda hacer”, existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.

- **C:** “Evidencia conflictiva”⁶³, la evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
- **D:** “No se recomienda aplicar”, existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
- **E:** “No se recomienda aplicar”, existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención.
- **I:** “Insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia”, existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

En relación a la validez interna y calidad metodológica del estudio la Canadian Task Force on Preventive Health Care, desarrolló la siguiente clasificación según el nivel de evidencia y la validez interna. Manterola y col. (2014) lo describe de la siguiente manera:

Según el nivel de evidencia utiliza el siguiente diseño:

- Nivel de evidencia I: Basadas en evidencia de ensayos clínicos con asignación aleatoria.
- Nivel de evidencia II-1: Basadas en evidencia hallada por ensayos clínicos sin asignación aleatoria.
- Nivel de evidencia II-2: Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, preferiblemente realizados por más de un centro o grupo de investigación.
- Nivel de evidencia II-3: Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios sin asignación aleatoria
- Nivel de evidencia III: Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Según la validez interna e interpretación de los tipos de estudios para intervenciones de prevención:

⁶³ Diferentes estudios son de calidad adecuada, pero tienen diferentes resultados, o el equilibrio de beneficios y los daños en el cuerpo de la evidencia disponible es equívoca.

- Buena validez interna: Un estudio (incluyen revisiones sistemáticas y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de estudio bien diseñado.
- Moderado: Un estudio (incluyen revisión sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no tiene “defectos fatales”.
- Insuficiente: Un estudio (incluyen revisiones sistemáticas y meta-análisis) que tiene en su diseño al menos un “defecto fatal” o no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no presenta “errores fatales” o una acumulación de defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan elaborar recomendaciones.

Las mencionadas no son las únicas formas de clasificar la evidencia científica, Manterola et al (2014) describen otras como: a) Las de Sackett (1997), que jerarquiza la evidencia en niveles que van del 1 a 5; siendo el nivel 1 la “mejor evidencia” y el nivel 5 la “peor o la menos buena”, b) Centro de Oxford de Medicina Basada en Evidencia, utilizada para valorar un escenario o problema clínico específico. c) Red Escocesa de Directrices Intercolegiales, descrito también por Harbour y Miller (2001), cuya temática es el tratamiento y procedimientos terapéuticos. d) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), que abarca la terapia, diagnóstico, pronóstico, abarcando nivel de evidencia y grado de recomendación. e) Grupo de trabajo preventivo de EEUU, aplicada para la obtener medidas preventivas.

Para Manterola y col (2009): “[...] *la clasificación del Centro de Oxford de Medicina Basada en Evidencia destaca sobre otras, por ser capaz de asignar una valoración más completa de la evidencia según cada tipo de escenario [...]*”. Sin embargo, las recomendaciones son consejos desde la más alta perspectiva científica, no importa cuál propuesta usemos sino cómo las empleemos, qué juicios hagamos y cómo interrelacionamos la evidencia con otros factores presentes.

Todas las guías de prestigio y aceptadas por la comunidad científica en sus primeras páginas describen el grado de recomendación y el nivel de evidencia en

las cuales están fundamentadas sus recomendaciones, un ejemplo es la Guía de Reanimación Cardiovascular (2015).

Al momento de la búsqueda de evidencia médica para un informe pericial, lo adecuado sería realizar un análisis crítico de la evidencia hallada, conocer los parámetros utilizados en su elaboración, que dan su validez interna y aplicabilidad.

Letelier y col (2003): “[...] el análisis crítico constituye un pilar fundamental de la medicina basada en evidencia, pues no todo lo publicado tiene la misma calidad científica, pero no se restringe a ello”.

Existe una jerarquía en la evidencia, en donde la solidez de un trabajo de investigación se compara a otras, así conocemos que: una revisión sistemática y meta-análisis tiene la más alta categoría, conjuntamente con estudios clínicos randomizados, le siguen los estudios observacionales (cohortes, y casos y controles); luego están los reportes de series y casos clínicos; por último tenemos a la experiencia clínica cuya opinión de expertos, por no tener una evaluación crítica explícita, o sustento fisiológico, ni de un trabajo de investigación, son el último eslabón del conocimiento científico, cuya base se fundamenta en el consenso o informes de comités de expertos y/o experiencia clínica; es decir, no es decisión de un único experto.

Basada en estudios, actualmente la ciencia médica brinda guías que toman en cuenta la medicina basada en evidencia, existen muchos ejemplos como: la guía del asma, guía de sepsis, guía para manejo de vía aérea difícil, guía para reanimación cardiopulmonar, directrices del Instituto Nacional de Salud y Cuidado del Reino Unido para la prevención del trombo embolismo venoso, entre otras. Todas son resultados de recopilaciones, análisis de estudios aleatorios, y de estudios observacionales, que al ser integradas han dado lugar a consensos de expertos para su adecuada aplicación.

La aplicación de la medicina basada en evidencia se sustenta en la reproductividad y el falsacionismo de Karl Popper, que diferencia la metafísica de la ciencia, se da

cuando las ciencias empíricas, que construye una teoría basada en experiencia, se constata por medio de la observación y el experimento (Popper, 1980, pág. 29).

Moyer (2000), Sackett y col. (1997) y Buñuel (2001), reconocen que la medicina basada en evidencia propone resolver las dudas que surgen durante el ejercicio diario de la medicina, para lo cual se requiere de la realización de una pregunta clínica adecuadamente estructurada y formulada, que constataría de cuatro componentes básicos:

1. El paciente o problema de interés.
2. La "intervención" de interés (una causa, un factor pronóstico, un tratamiento, etc.).
3. Una intervención de comparación, cuando sea pertinente.
4. La variable que evalúa el resultado de interés clínico.

Vemos el siguiente ejemplo:

- Paciente o problema de interés: Muerte por anafilaxia en paciente post aplicación de anestesia general endovenosa ¿Cumple con los criterios para ser considerado como anafilaxia?
- Intervención: Si cumple con los criterios.
- Intervención de comparación (cuando sea pertinente): a) Estudio de los procedimientos previos al acto médico que pudieron prevenir el fatal desenlace. b) Estudio de las acciones tomadas durante y posterior al evento adverso, sustentadas en guías clínicas apoyadas en la medicina basada en evidencia.
- Variable que mide el resultado de interés: Resolución del caso, mediante las acciones realizadas basadas en la evidencia médica actualizada.

Al momento del análisis de los datos obtenidos, se debe hacer un análisis con la bibliografía actualizada a fin de realizar una evaluación comparativa⁶⁴. En el Reino Unido, por ejemplo, las directrices se publican no solamente por asociaciones

⁶⁴Según la guía Europea de responsabilidad médica: Es el proceso de análisis y evaluación comparativa entre la conducta ideal y la conducta verdadera conduce a la identificación de posibles errores y / o no observancia de las reglas de conducta requeridas, que deben caracterizarse por tipo y calificación según fase (consentimiento del paciente, diagnóstico, pronóstico, tratamiento).

científicas, sino también por el Colegio Real de Médicos, establecido como un punto de referencia de primera importancia en la evaluación comparativa entre la conducta ideal y la realidad seguida por médicos y/o personal sanitario.

Garnick y col. (1991) y Harvey y Roberts (1987) han demostrado que las directrices pueden reducir potencialmente el número y los costos de los litigios por mala práctica. Además, pueden mejorar el mantenimiento de registros y la comunicación con los pacientes. Cheah (1998) indicó que las guías clínicas, cuando se utilizan al máximo, pueden tener un efecto profundo en la prevención de los litigios por negligencia, en la coordinación de la atención, en el mantenimiento de los registros y promover una buena comunicación entre los cuidadores, facilitando la comunicación con los pacientes y sus familiares en relación con su atención.

Se percibe que la medicina legal en la región de Puno y gran parte del Perú es tomada como un indigente desesperado de justicia, simplificando el actuar en salvar responsabilidades, son pocos los que se atreven a buscar y encontrar ciencia entre tanto desespero.

“[...] las reclamaciones por negligencia no se utilizan con eficacia para aprender de los fracasos en la atención. Aunque el cambio en las actitudes es gradual, los profesionales deben acostumbrarse a esta forma diferente de aprender de los errores, las principales aseguradoras de responsabilidad mundial deben abordar con firmeza este punto y los expertos médico-legales deben participar y liderar este cambio. En particular, en casos de sospecha de Responsabilidad Médica y / o Responsabilidad, las autopsias deben ser realizadas, siempre que sea posible, por dos médicos, de los cuales al menos uno debe ser calificado en patología forense o medicina legal. Antes de iniciar una autopsia médico-legal, la recomendación subraya la importancia de preservar la dignidad del fallecido, de salvaguardar los intereses de sus familiares y de tener en cuenta el principio de proporcionalidad”
(Gómez – Durán y col., 2013).

¿Se cumplirán estas recomendaciones en la región de Puno o seguirá quedando rezagado en las publicaciones que la ciencia otorga? ¿Continuaremos con el

lamento tercermundista, sin ninguna visión de mejora individual? ¿Continuaremos juzgando al médico igual de ahora en adelante, sin reflexionar e investigar? ¿Cuáles son las enseñanzas médico legales del encarcelamiento de un médico por presunta negligencia médica? ¿Cuáles son los aportes regionales del perito médico en Puno? ¿Estamos los peritos médicos de Puno en la capacidad de poder emitir una opinión de experto? ¿Existen peritos médicos calificados y acreditados correctamente en Puno?

El médico viene siendo acusado penal, civil y administrativamente, desconociéndose que el acto médico jamás debe ser considerado como un crimen en primera instancia, debiéndose descartar previamente complicaciones y/o eventualidades que escapan a la acción humana.

BIBLIOGRAFÍA

2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Adams, W. K., Perkins, K. K., Podolefsky, N. S., Dubson, M., Finkelstein, N. D., & Wieman, C. E. (2006). New instrument for measuring student beliefs about physics and learning physics: The Colorado Learning Attitudes about Science Survey. *Physical Review Special Topics-Physics Education Research*, 2(1), 10101. Retrieved from <http://link.aps.org/pdf/10.1103/PhysRevSTPER.2.010101>

Al-Gelban, K. S., Al-Khalidi, Y. M., Al-Wadei, A. M., & Mostafa, O. A. (2009). Barriers against application of evidence-base medicine in general hospitals in aseer región, kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*, 16(1), 1–5.

Anderson GF, Hall MF, Steinberg EP. (1993). Medical technology assessment and practice guidelines: their day in court. *Am J Public Health*; 83:1635– 1639.

Arbous M., Grobbee D., van Kleef J. de Lange J., Spoormans H., Touw P, Werner F., Meursing A. (2001). Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. *Anaesthesia*. 56:1141–1153.

Aso Escario, J. (2009). Bioética de la actividad pericial médica. *Cuadernos de Medicina Forense*, (56), 105-117. Recuperado en 16 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062009000200001&lng=es&tlng=es.

Bolam vs Friern Hospital Management Committee. (1957). 2 All ER: 118-28.

Brennan T A. (1991). Practice guidelines and malpractice litigation: collision or cohesion? *J Health Politics Policy Law*. 16 (1):67-85. <https://doi.org/10.1215/03616878-16-1-67>

Brinkmann B, Cecchi R, Du Chesne A (1994) Legal medicine in Europe—Quo vadis? *Int J Legal Med* 107:57–59.

Brook, R. H. (1989). Practice Guidelines and Practicing Medicine: Are They Compatible? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 262(21), 3027–3030. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03430210069032>

Brouwers, M. E. A. (2009). Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. Agree Next Steps Consortium, (May), 1–56. [https://doi.org/Evidensstyrke D\(\)](https://doi.org/Evidensstyrke D()).

Bryce R. (1961). Malpractice in the United Kingdom. 10 *Clev.-Marshall L. Rev.* 10

Buñuel J.C. (2001). Medicina basada en la evidencia: una nueva manera de ejercer la pediatría. *An Esp Pediatr*; 55: 440-452.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2003). New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*; 169: 207-220.

Cantu P. (2000). Medicina basada en evidencias. *Rev Méd Chile*; 128: 553.

Caplan MJ. (1999). A medical examiner's experience with the evaluation of deaths associated with complications of diagnostic and therapeutic procedures (therapeutic complications/periprocedural daths) - revisited (abstract). *American Academy of Forensic Sciences Annual Meeting Proceedings*. P.p. 164–165.

Cheah T.C. (1998). The Impact of Clinical Guidelines and Clinical Pathways on Medical Practice: Effectiveness and Medico-legal Aspects. *Ann Acad Med Singapore*; 27:533-9.

Cohen, L. (1996). McMaster's pioneer in evidence-based medicine now spreading his message in England. *CMAJ*; 154:388-90.

Crawford vs Board of Governors of Charing Cross Hospital (1953). In: Mason J, McCall-Smith R, editors. (1991). *Law and Medical Ethics*. London: Butterworths: 211.

Davenport v. Ephraim McDowell Memorial Hospital (1990) 769 S.W.2d 56.

Dresch Sh., Murno J., Narvaez R., Sordo M., Ainsztein M., Roccatagliata M., y Needleman C. (1998). Criterio Medico. Definición, Proceso y Evaluación (1ª Parte). Arch Arg Pediatr 96 (1): 39-45.

Duclos H, J. (1999). Medicina basada en evidencias: ¿Una estrategia que acerca o aleja de la Medicina Interna? Revista Medica de Chile, 127(11), 1398–1402. <https://doi.org/10.4067/S0034-98871999001100015>.

Edwards D. (1992). The Maine 5-year Medical Demonstration Project. In: Field M J, Lohr K N, editors. Guidelines for Clinical Practice. Washington: National Academy Press, 1992:130.

Edwards, D. (1991). The Maine 5-Year Medical Demonstration Project. Presentation at the Agency for Health Care Policy and Research Conference on Medical Liability Issues, Washington, D.C.

Farmer A. (1993). Medical practice guidelines: lessons from the United States. BMJ; 307:313-7.

Faulkner and Gray, Inc. 1993. The Medical Outcomes and Guidelines Sourcebook. Washington, DC: Healthcare Information Center.

Ferrara SD (2013) Medical malpractice and legal medicine. Int J Legal Med. Vol. 127, Issue 3 pp. 541–543. <https://doi.org/10.1007/s00414-013-0839-2>

Ferrara SD, Pfeiffer H (2010) Unitariness, evidence and quality in bio-medicolegal sciences. Int J Legal Med 124:343–344.

Ferrara, S. D., Baccino, E., Bajanowski, T., Boscolo-Berto, R., Castellano, M., De Angel, R., Villanueva, E. (2013). Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. International Journal of Legal Medicine, 127(3), 545–557. <https://doi.org/10.1007/s00414-013-0836-5>.

Field, M., Lohr, K., Institute of Medicine (U.S.), Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, & Department of Health and Human Services. United States. (1990). Clinical practice guidelines: directions for a new program. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144032>

Freddi G., Román J. (2011). Evidence-based medicine: what it can and cannot do. *Ann Ist Super Sanita*. 2011; 47(1):22-5. doi: 10.4415/ANN_11_01_06.

Freund D. (1993). *Outcomes Assessment: Market Incentives or Regulatory Fiat? in Competitive Approaches to Health Care Reform*, Washington, DC: Urban Institute Press, 1993, pps. 49-61.

Fujimoto, S., Kon, N., Takasugi, J., & Nakayama, T. (2017). Attitudes, knowledge and behavior of Japanese physical therapists with regard to evidence-based practice and clinical practice guidelines: a cross-sectional mail survey. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(2), 198–208. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.198>

Fukui T, Yamaguchi N. (2014). *Minds handbook for clinical practice guideline development*. Tokyo: Igakushoin. Editorial Management.

Garnick D W, Hendricks A M, Brennan T A. (1991). Can practice guidelines reduce the number and costs of malpractice claims? *JAMA*; 266:2856-9.

Gigerenzer, Gerd, Zeno Swijtink, Theodore M. Porter, Lorraine Daston, John Beatty, and Lorenz Krüger. (1989). *The Empire of Chance: How Probability Changed Science and Everyday Life*. New York, EEUU. Cambridge: Cambridge University Press.

Gómez-Durán E. L., Martín-Fumadó C., & Arimany-Manso J. (2013, September). Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. *International Journal of Legal Medicine*. 127:1051–1053. <https://doi.org/10.1007/s00414-013-0885-9>

Greenhalgh, T. (2012). Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *Journal of Primary Health Care*, 4(2), 92–97. <https://doi.org/citeulike-article-id:11120808>

Greenhalgh, T., Howick, J., Maskrey, N., Brasseley, J., Burch, D., Burton, M., Spence, D. (2014, June 13). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>

Grilli R, Apolone G, Marsoni S, Nicolucci A, Zola P, Liberati A. (1991). The impact of patient management guidelines on the care of breast, colorectal, and ovarian cancer patients in Italy. *Med Care*; 29:50-63

Grilli, R., & Lomas, J. (1994). Evaluating the Message: The Relationship between Compliance Rate and the Subject of a Practice Guideline. *Medical Care*, 32(3), 202–213. <https://doi.org/10.1097/00005650-199403000-00002>

Grilli, R., and J. Lomas. (1994). Evaluating the Relationship between Compliance Rate and the Subject of a Practice Guideline. *Medical Care* 32(3):202–213.

Grilli, R., G. Apolone, and S. Marsuis. (1991). The Impact of Practice Management Guidelines on the Care of Breast, Colorectal and Ovarian Cancer. *Medical Care* 29:50–67.

Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, 342(8883), 1317–1322. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92244-N](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92244-N)

Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1994). Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality and Safety in Health Care*, 3(1), 45–52. <https://doi.org/10.1136/qshc.3.1.45>

Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S., Russell, I., Hurwitz, B., Watt, I., Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 4(1), 55–64. <https://doi.org/10.1136/qshc.4.1.55>.

Guidelines, I. of M. (US) C. on C. P., Field, M. J., & Lohr, K. N. (1992). Guidelines for Clinical Practice. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/1863>

Guillod O. (2010). Clinical Guidelines and Professional Liability: A Short Comment from the Legal Side. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.*; 72(3):133-6; discussion 136-7. Doi: 10.1159/000272134

Guyat G. (2015). *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice (Third Edition)*. Estados Unidos. American Medical Association.

Hall Mark A. (1991). The Defensive Effect of Medical Malpractice Policies in Malpractice Litigation. *Law and Contemporary Problems* 54(2):119–145.

Hanzlick, R., & Goodin, J. (1997). Mind your manners Part III: Individual scenario results and discussion of the national association of medical examiners manner of death questionnaire, 1995. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 18(3), 228–245. <https://doi.org/10.1097/00000433-199709000-00003>.

Harbour, R., & Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*, 323(7308), 334–336. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7308.334>

Harris, R. P., Helfand, M., Woolf, S. H., Lohr, K. N., Mulrow, C. D., Teutsch, S. M., & Atkins, D. (2001). Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3 Suppl), 21–35. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00261-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00261-6)

Harvey I M, Roberts C J. (1987). Clinical guidelines, medical litigation, and the current medical defense system. *Lancet*; 1:145-7.

Havighurst CC. (1991). Practice guidelines as legal standards governing physician liability. *Law and Contemporary Problems*; 54(2):87-117.

Havighurst CC. (1995). Health care choices: private contracts as instruments of health reform. Washington DC, EEUU. Editorial The AEI Press.

Hayward, R. S. A., Wilson, M. C., Tunis, S. R., Bass, E. B., Guyatt, G. H., & Group, for the E.-B. M. W. (1995). Users' Guides to the Medical Literature: VIII. How to Use Clinical Practice Guidelines. A. Are the Recommendations Valid? *JAMA*, 274(7), 570–74. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530070068032>

Hirani, N. A., & Macfarlane, J. T. (1997). Impact of management guidelines on the outcome of severe community acquired pneumonia. *Thorax*, 52(1), 17–21. <https://doi.org/10.1136/thx.52.1.17>

Hirsch CS, Flomenbaum M. (1995). Problem - solving in death certification. *ASCP Check Sample*; FP95-1:1–31.

Hirshfeld EB. (1991). From the Office of the General Council. Should practice parameters be the standard of care in malpractice litigation? *JAMA*; 266:2886-91.

Hirshfield E. (1993). Use of practice parameters as standards of care and in health care reform: a view from the American Medical Association. *J Qual Improvement*; 19:322-9. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30016-5](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30016-5)

Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 180–186. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x>

Hurwitz B. (1995). Protocols, Guidelines and the Law of Negligence. *Journal of Patient Safety and Risk Management*. Vol 1, Issue 4, pp. 142 – 146.

Hurwitz B. (1998). Clinical guidelines and the Law. Negligence, discretion and judgment. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Hyams A., Shapiro D., Brennan T. (1996). Medical Practice Guidelines in Malpractice Litigation: An Early Retrospective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21(2):289-313.

Hyams AL, Brandenburg JA, Lipsitz SR, Shapiro DW, Brennan TA. (1995). Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street. *Ann Intern Med*; 122:450–455.

Institute of Medicine (US) Committee on Clinical Practice Guidelines; Field MJ, Lohr KN, editors. (1992) *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*.

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington, DC: National Academy Press.

Isaacs, D., & Fitzgerald, D. (1999). Seven alternatives to evidence based medicine. *BMJ : British Medical Journal*, 319(7225), 1618.

Washington (DC): National Academies Press (US). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234503/> doi: 10.17226/1863

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

Jacobson PD. (1989). Medical Malpractice and the Tort System. *JAMA*; 262(23):3320–3327. doi:10.1001/jama.1989.03430230105035.

Jacobson, P. D. (1997). Legal and policy considerations in using clinical practice guidelines. *Am J Cardiol*, 80(8B), 74H–79H. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-9373004>

Jacobson, P. D., & Rosenquist, C. J. (1988). *The Introduction of Low-Osmolar Contrast Agents in Radiology: Medical, Economic, Legal, and Public Policy Issues*.

JAMA: The Journal of the American Medical Association, 260(11), 1586–1592.
<https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410110094034>.

Jasanoff Sh. (1995). *Science at the Bar: Law, Science, and Technology in America*.
EEUU. Cambridge: Harvard University Press

Jeffery, E., Nomme, K., Deane, T., Pollock, C., & Birol, G. (2016). Investigating the
role of an inquiry-based biology lab course on student attitudes and views toward
science. *CBE Life Sciences Education*, 15(4). <https://doi.org/10.1187/cbe.14-11-0203>

Jewett v. Our Lady of Mercy Hospital. (1992). 612 N.E.2d 724 (Ohio Ct. App.).

Junquera, L. M., Baladrón, J., Albertos, J. M., & Olay, S. (2003). Introducción
Medicina basada en la evidencia (MBE). *Ventajas Controversias en Cirugía Oral y
Maxilofacial: Parte I. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*, 25, 265–272.

Kerridge, I., Lowe, M., y Henry, D. (1998). Ética y medicina basada en
evidencia. *BMJ: British Medical Journal* 316 (7138), 1151-1153.

Kessler DP. (2011). Evaluating the medical malpractice system and options for
reform. *J Econ Perspect*. Spring; 25(2):93–110.

Koziol H: *Tort Law of the European Community*. Vienna, Springer, 2008

Leahy R. (1989). Rational Health Policy and the Legal Standard of Care: A Call for
Judicial Deference to Medical Practice Guidelines. *California Law Review*
77(6):1483–1528.

Letelier S, Luz María, & Moore, Philippa. (2003). La medicina basada en evidencia:
Visión después de una década. *Revista médica de Chile*, 131(8), 939-
946. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000800016>

Liang, M. H. (1992). From America: Cookbook Medicine or Food for Thought:
Practice Guidelines Development in the USA. *Annals of Rheumatic Diseases*
51:1257–1258.

Loannidis, J. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2(8), 696–701. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>

Logan S, Gilbert R. Framing questions. En: Moyer VA, ed. (2000). *Evidence based medicine and Child Health*, (1.ª Ed). Londres. Br Med J Books, 2000; 3-7.

Maine Public Law, LD2513, Chapter 931 (1990).

Manterola C., Asenjo C., Otzen T. (2014). Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev chilena Infectol*; 31 (6): 705-718

Manterola D, C., & Zavando M, D. (2009). Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 61(6), 582–595. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262009000600017>

Masic, I. (2014). Plagiarism in Scientific Research and Publications and How to Prevent It. *Materia Socio Medical*, 26(2), 141. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.141-146>

Matthews J.R. (1999). Practice Guidelines and Tort Reform: The Legal System Confronts the Technocratic Wish. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 24(2):275-304.

Medical audit in general practice. I: Effects on doctors' clinical behaviour for common childhood conditions. North of England Study of Standards and Performance in General Practice. (1992). *BMJ : British Medical Journal*, 304(6840), 1480–1484.

Mello, M. M. (2001). Of Swords and Shields: The Role of Clinical Practice Guidelines in Medical Malpractice Litigation. *University of Pennsylvania Law Review*, 139(1), 1–123. <https://doi.org/10.2307/3312867>

Meza C. (2015). El Derecho Consuetudinario en la realidad Peruana. *ALMA MÁTER* Vol. 2, N°3:43-56.

Minnesota Stat. Ann. Section 62J (West 1993).

Moyer VA, ed. (2000). Evidence based medicine and Child Health, (1.^a ed). Londres. Br Med J Books; 3-7.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual 2009. Available from: http://www.nice.org.uk/media/5F2/44/The_guidelines_manual_2009_-_All_chapters.pdf. Visitado el 22 de junio de 2009.

Navarro-Sandoval, Cleyber, Arones-Guevara, Shermany, Carrera-Palao, Rosa, Casana-Jara, Kelly, & Colque-Jaliri, Tomasa. (2013). Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30(3), 408-414. Recuperado en 15 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300006&lng=es&tlng=es.

Official website of the Royal College of Physicians. <http://www.rcplondon.ac.uk/resources>

Orszag P. Malpractice methodology. New York Times. October 20, 2010.

Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM). Centre for Evidence Based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Visitado el 22 de junio de 2009.

Pech R., Esperón R. (2013). La medicina basada en evidencias como método de enseñanza – aprendizaje en la clínica. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. N° 262. Pág. 13 – 25.

Peláez J. & Sanabria R. (2017). Configuración de la prueba pericial en el Proceso Penal Colombiano. Revista Prolegómenos 20(39)- pp. 105 -124. <https://dx.doi.org/10.18359/prole.2726>

Peña L.G. (2012). La naturaleza dual del proceso diagnóstico y su vulnerabilidad a los sesgos cognitivos. Rev Med Chile; 140: 806-810.

Pope, C. (2003, July). Resisting evidence: The study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. Health. <https://doi.org/10.1177/1363459303007003002>

Popper K. (1980). *La Lógica de la Investigación Científica*. Madrid, España. Editorial Tecnos, S.A.

Quigley v. Jobe. (1992) 851 P.2d 236 (Colo.App).

Reay, D., Eisele, J., Ward, R., Horton, W., and Bonnell, H., (1985). A Procedure for the Investigation of Anesthetic/Surgical Deaths. *Journal of Forensic Sciences*, Vol. 30, No. 3, pp. 822-827, <https://doi.org/10.1520/JFS11015J>. ISSN 0022-1198

Recupero PR. (2008). Clinical practice guidelines as learned treatises: understanding their use as evidence in the courtroom. *J Am Acad Psychiatry Law*. 36(3):290-301

Ritchie J., Forrester J., Fye W. (1997). 28th Bethesda Conference: Practice guidelines and the quality of care. *J Am Coll Cardiol*; 29: 1125–79.

Roldán-Valadez, E., Lee, A., Jiménez-Corona, A., Vega-González, I., Martínez-López, M., & Vázquez-LaMadrid, J. (2007). Conceptos actuales en la radiología basada en evidencias. Revisión. *Gaceta Médica de México*.

Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem - solving. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 310(6987), 1122–1126. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1122>

Rosoff A. (1995). The role of clinical practice guidelines in health care reform. *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*; 5; 369–396.

Ruiz A., Morillo L., (2009). *Investigación Clínica: Epidemiología clínica aplicada*. Bogotá, Colombia. Editorial Médica Panamericana.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, eds. (1997). *Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE* (2.^a ed. Madrid): Churchill Livingstone, 1997; 19-32

Sackett DL, Wennberg JE. (1997). Choosing the best research design for each question. *BMJ*; 315(7123): 1636.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. a M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71–72.

Sakala C, Yang YT, Corry MP (2013) Maternity care and liability: most promising policy strategies for improvement. *Wom Health Iss* 23:e25–e37.

Sakala C, Yang YT, Corry MP (2013) Maternity care and liability: pressing problems, substantive solutions. *Wom Health Iss* 23: e7–e13.

Sánchez M. (2001). La medicina basada en evidencias en México: ¿Lujo o necesidad? *An Med Asoc Med Hosp ABC*; 46 (2):97-103.

Scarman L. (1985). *Maynard V West Midlands regional health authority*: HL 1985. <http://swarb.co.uk/maynard-v-west-midlands-regional-health-authority-hl-1985/>

Schwartz, P. J., Breithardt, G., Howard, A. J., Julian, D. G., & Rehnqvist Ahlberg, N. (1999, August). The legal implications of medical guidelines - A Task Force of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 20, 1152–1157. <https://doi.org/10.1053/euhj.1999.1677>

Sharma, B. R. (2007, August). Death during or following surgical procedure and the allegation of medical negligence: An overview. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2006.07.008>

Smith G H. (1993). A case study in progress: practice guidelines and the affirmative defense in Maine. *J Qual Improvement*; 19:355-62.

Smith, B. H., & Taylor, R. J. (1996). Medicine - A healing or a dying art? *British Journal of General Practice*; 46: 249-51

Stamatakis E1, Weiler R, Ioannidis JP (2013). Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review. *Eur J Clin Invest* 43: 469–475.

Strickland, D. (1993). Quality of Care under Reform: Practice Guidelines and Report Cards. In *A New Deal for American Health Care*, ed. R. M. Sorian. Washington, DC: Healthcare Information Center

Tanenbaum, S. J. (1994). Knowing and Acting in Medical Practice: The Epistemological Politics of Outcomes Research. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 19:27–44.

Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition. Available from: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/PDF/APPA.PDF>. Visitado el 22 de junio de 2009.

Task Force Revitalization Process (CTFPHC). Evidence-Based Clinical Prevention, Updated August 17, 2005. Available from: <http://www.ctfphc.org>. Visitado el 22 de junio de 2009.

The US Preventive Services Task Force (USPSTF), created in 1984, is a group of 16 national experts in preventive and evidence-based medicine. The US Preventive Services Task Force. *JAMA* April 26, 2016 Volume 315, Number 16.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: The Challenge Of Evidence-Based Medicine*. Philadelphia: Temple University Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt14bt0qj>

United Blood Services v. Quintana (1992). 827 P.2d 509 (Colo.).

Vela A. (2007). *La Investigación Científica, Guía Académica (Tercera Edición)*. Arequipa – Perú. Editorial Centro Gráfico Offset.

West J C. (1994). Risk management and medical practice guidelines: what is risk management's proper role? *J Healthcare Risk Management*; 14:11-6

West JC. (1994). The legal implications of medical practice guidelines. *Journal of Health and Hospital Law*; 27:97–103.

Wickliffe vs California. (1986). *California Reporter* 1986; 288:661-72.

Windschitl, M., Dvornich, K., Ryken, A. E., Tudor, M., & Koehler, G. (2007). A comparative model of field investigations: Aligning school science inquiry with the practices of contemporary science. *School Science and Mathematics*, 107(1), 382–390. <https://doi.org/10.1111/j.1949-8594.2007.tb17761.x>

Worrall G, Chaulk P, Freake D. The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *Can Med Assoc J* 1997; 156:1705-12

PALABRAS FINALES

Las funciones del estado con sus ciudadanos son las de brindar legalidad y protección de sus tierras, sin dejar de lado el cuidado del medio ambiente, combatir la injusticia social que origina disconformidad y levantamiento social. El pueblo solicita un buen actuar de sus autoridades, pero ¿Qué hace el pueblo por actuar correctamente? Pueblo corrupto, autoridades corruptas, porque en democracia el poder putrefacto obtiene la legalidad en las urnas.

Los que intervienen en el NCPP, incluido el perito médico, son llamados a formar parte de un equipo forense donde el estado emocional y los valores deben permanecer en equilibrio con los pensamientos y conducta de la ética y deontología del CMP. La experiencia del desaparecido Guillermo, es el recuerdo de los días en que esta nueva etapa se instauró en Puno, momentos plasmados y desarrollados en un orden propio para un perito y médico en general. En sus líneas recuerda la vida de amigos que aún siguen laborando y haciendo crecer esta noble ciencia en el Perú, sea en la misma o nueva institución.

Nadie mejor que los médicos forenses puneños saben que tienen en su tierra la gran oportunidad de hacer ciencia para ilustrar al mundo. El aprender es mirar por un pasado al futuro, cada buen inicio aleja los errores acaecidos en una antigua realidad, que lejos de ser un evento repetitivo está para superarse, ya que la muerte es como la pobreza que no puede detener el caminar de una nueva generación.

Puno viene demostrando que con todos sus problemas, en el recuerdo quedó aquella primera noche del NCPP, en donde a la cero hora atrapó al MP con las paredes frescas del último brochazo, sin acabar la pintura y con el pintor colgando en la pared. Atrás quedó el momento de descubrir el velo de esta nueva etapa en la búsqueda de un primer caso, tanto el juez, el fiscal, el personal policial y el ciudadano común, iniciaban esta acusación y defensa con equilibrio de derechos e igualdad de oportunidades.

Indudablemente la vida ha cambiado para todos, nadie está libre de ingresar o salir sin rozar una acusación, la experiencia altiplánica se debe dar a conocer sin tratar de opacar otras. El NCPP está para aprender de todos, sobre todo del perito médico que está de pie a la luz tenue de una noche en su ventana, acompañado de una mística luna llena que alumbra tanto el dormitorio como la ciudad, lugares donde puede ocurrir un hecho criminal.

De seguro, en el libro existen palabras, frases o argumentos que pueden ser catalogados como “*agresivos*”, definitivamente sin ninguna mala intención y tan solo despertar la labor forense regional, porque para algunos la tan criticada y menospreciada “*poca experiencia del perito*” debe ser para el “*nuevo*” la fortaleza del crecer limpio, sin la angustia de haber actuado deficientemente, o bajo una mano corrupta que lastima la labor pericial, porque no existe mejor recompensa que la satisfacción de llegar a casa con las manos limpias de una jornada laboral para luego abrazar a un ser querido, no existe mejor experiencia.

Cuando se está inmiscuido en las páginas del NCPP se acaban los falsos amigos, desaparecen cual magia inaudita, apareciendo seres que solicitan apoyo, algunos desconocidos otros no, que requieren de un favor para salir airosos de una denuncia. Muchos hombres que ahora forman parte de la historia de la humanidad recibieron el apoyo mediante el auspicio de amigos y/o familias con poder, fue vital para el desarrollo del talento expresado en inteligencia incansable con logros de objetivos personales que al final se convirtieron en un aporte para la humanidad, pero el médico no siempre es el nuevo Hipócrates. De lo contrario, cada gota de ciencia lleva consigo un recorrido de esfuerzo con dedicación del hombre, todo ser tiene un camino limpio y llano para alcanzar el éxito, siempre y cuando mantenga sus buenas decisiones, pero cuando una corriente corrupta solicita ayuda para el NCPP, ésta desequilibra la justicia, corrompe la fuerza del beneficio por el dominio imperativo, cruel y mal ganado del éxito legal.



COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL PERIODO 2020 - 2022

Decano	:	Dr. Miguel Palacios Celi
Vicedecano	:	Dr. Ciro Maguiña Vargas
Secretario del Interior	:	Dr. Edén Galán Rodas
Secretario del Exterior	:	Dr. César Portella Díaz
Tesorera	:	Dra. María Luisa Fajardo Loo
Vocales	:	Dr. Alfredo Celis López Dr. Ildauro Aguirre Sosa Dr. Augusto Tarazona Fernández Dr. Mariano Cuentas Jara
Accesitarios	:	Dr. Armando Rodríguez Huayaney Dr. Wilder Díaz Correa

CONSEJOS REGIONALES DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

Dr. Hugo Peña Camarena	CONSEJO REGIONAL I LA LIBERTAD
Dr. Luis Runciman Soplin	CONSEJO REGIONAL II IQUITOS
Dr. Juan Astuvilca Cupe	CONSEJO REGIONAL III LIMA
Dr. Wilbert Barzola Huamán	CONSEJO REGIONAL IV HUANCAYO
Dr. Javier Gutiérrez Morales	CONSEJO REGIONAL V AREQUIPA
Dr. Carlos Gamio Vega Centeno	CONSEJO REGIONAL VI CUSCO
Dr. Arnaldo Lachira Alban	CONSEJO REGIONAL VII PIURA
Dr. Manuel Soria Alvarado	CONSEJO REGIONAL VIII CHICLAYO
Dr. Julio Torres Chang	CONSEJO REGIONAL IX ICA
Dra. Danitza Del Carpio Velazco	CONSEJO REGIONAL X HUÁNUCO
Dr. Orlando Handabaka Castro	CONSEJO REGIONAL XI HUARAZ
Dr. Benjamín Núñez Espinel	CONSEJO REGIONAL XII TACNA
Dr. Favio Sarmiento López	CONSEJO REGIONAL XIII PUCALLPA
Dr. Vidmard Mengoa Herrera	CONSEJO REGIONAL XIV PUNO
Dr. Anderson Sánchez Sotomayor	CONSEJO REGIONAL XV SAN MARTÍN
Dra. Doris De La Cruz Prado	CONSEJO REGIONAL XVI AYACUCHO
Dr. Pedro Lovato Ríos	CONSEJO REGIONAL XVII CAJAMARCA
Dr. Henry Mendoza Cabrera	CONSEJO REGIONAL XVIII CALLAO
Dr. Luis Johanson Arias	CONSEJO REGIONAL XIX CHIMBOTE
Dr. Manuel Rueda Camana	CONSEJO REGIONAL XX PASCO
Dr. William Pinto Samanez	CONSEJO REGIONAL XXI MOQUEGUA
Dr. José Romero Donayre	CONSEJO REGIONAL XXII APURÍMAC
Dra. Rina Bejarano Tafur	CONSEJO REGIONAL XXIII TUMBES
Dra. Yanet Yachi Fierro	CONSEJO REGIONAL XXIV HUANCABELICA
Dr. Edmundo Flores Muro	CONSEJO REGIONAL XXV AMAZONAS



JUNTA DIRECTIVA DEL CONSEJO NACIONAL DEL CMP 2020 - 2022

