UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

PARÁMETROS PARA OTORGAR DÍAS DE INCAPACIDAD MÉDICO LEGAL EN LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS, PARA EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES, BOLIVIA, 2017-2019

POSTULANTE: Dra. Raquel Lenny Alegre Serrano
TUTOR: Dra. M.Sc. Karina Luisa Alcázar Espinoza

Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Medicina Forense

La Paz - Bolivia
2020

DEDICATORIA

A mi madre Matilde Serrano, por brindarme su cariño y apoyo incondicional en cada proyecto.

A mi padre Félix Alegre, por ser mi ejemplo de vida.

A mi Mercedita por ser la luz de mis días.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Mayor de San Andrés, Unidad de Postgrado Medicina, por cobijarme y brindarme la oportunidad de seguir aprendiendo.

Al Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, por permitir la realización de este trabajo en dicha institución.

A los Médicos Forenses que tuvieron la gentileza de llenar la encuesta, para que este trabajo sea factible.

A mi tutora, Dra. Karina Alcázar, por su tiempo y dedicación.

A los doctores: Mariángela Terán, Emilio Barea, Guillermo Dalence e Iván Larico. Miembros del tribunal de revisión y sustentación. Gracias por las sugerencias y colaboración para sacar este proyecto adelante.

A todo el plantel docente de la Maestría de Medicina Forense por sus enseñanzas.

Al Dr. Fernando Valle Rojas por ser un ejemplo de docente, profesional y ser humano.

ÍNDICE

DEDICATORIA …… I

AGRADECIMIENTOS …….. Ii

TABLA DE CONTENIDO …….. Iii

ÍNDICE GENERAL …… Iii

ÍNDICE DE TABLAS …….. Vi

ÍNDICE DE GRÁFICOS ……. Vii

ÍNDICE DE ANEXOS Ix

I. INTRODUCCIÓN . …….. 1

II. JUSTIFICACIÓN …… 3

III..MARCO TEÓRICO ……... 5

A. ANTECEDENTES …….. 5

B. MARCO HISTÓRICO ……. 6

C) MARCO CONCEPTUAL ……. 10

1.- EL PERITO …… 10

2.- LESIONES PERSONALES ……. 12

3.- INCAPACIDAD MÉDICO-LEGAL …….. 12

4.- INCAPACIDAD MÉDICO-LEGAL PROVISIONAL …….. 13

5.- INCAPACIDAD MÉDICO-LEGAL DEFINITIVA ……... 13

6.- DÍAS DE ASISTENCIA FACULTATIVA …… 14

7.- DÍAS DE DESCANSO MÉDICO LEGAL …….. 14

8.- SECUELAS MÉDICO-LEGALES ……... 17

9.- CARÁCTER TRANSITORIO O PERMANENTE DE LAS SECUELAS. 18

10.- DEFORMIDAD FÍSICA …….. 19

11.- DEFORMIDAD FÍSICA QUE AFECTA EL ROSTRO ……... 19

12.- PERTURBACIÓN FUNCIONAL …….. 20

13.- PERTURBACIÓN PSÍQUICA …….. 21

14.- PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA …… 21

15.- VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL …… 22
16.- USO DEL BAREMOS EN DAÑOS PERSONALES …….. 23
17.- LESIONES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA ……... 24
D) MARCO JURÍDICO ……..…… 37
1.- INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE BOLIVIA ……. 37
2.- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO …… 38
3.- CÓDIGO PENAL (LEY Nº 1768 DE 10 DE MARZO DE 1997) ……. 41
4.- CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL (Ley Nº 1970 de 25 de Marzo de 1999) …….. 45

E) MARCO REFERENCIAL …… 46

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA …… 48
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN …..…… 50
VI. OBJETIVOS ……. 51
A. OBJETIVO GENERAL ……..…… 51
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS …… 51
VII. DISEÑO METODOLÓGICO …….. 52
A. TIPO DE ESTUDIO ……..…… 52
B. POBLACIÓN Y LUGAR . …… 52
C. MUESTRA …….. 53
D. CRITERIOS DE SELECCIÓN . …….. 53
E. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS …… 54
F. PROCEDIMIENTO . …….. 54
G. VARIABLES ……... 54
1.- INDEPENDIENTE ……. 54
2.- DEPENDIENTE ……. 54
H. HIPÓTESIS …… 54
I. PLAN DE ANÁLISIS ……... 55
VIII. ASPECTOS ÉTICOS ……. 56
IX.RESULTADOS ……. ……. 57

X. ANÁLISIS …… 67
XI DISCUSIÓN …… 68
XII. CONCLUSIONES …… 69
XIII. RECOMENDACIONES …… 70
XIV. BIBLIOGRAFÍA …… 71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1. Distribución porcentual del conocimiento acerca del Baremos actual para la determinación de días de incapacidad Médico Legal, en Médicos Forenses encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 - 2019 …… 58

Tabla Nº 2. Distribución porcentual de Médicos Forenses encuestados que usan el Baremos actual, para la asignación de Incapacidad Médico Legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 …….. 62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº1. Distribución porcentual de años ejercidos como Médico Forense, en médicos encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 ……... 57

Gráfico Nº 2. Distribución porcentual del conocimiento del Baremos de otros países, para la asignación de Incapacidad Médico Legal, en Médicos Forenses encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 ……... 59

Gráfico Nº 3. Distribución porcentual del conocimiento acerca del Baremos actual para la determinación de días de incapacidad Médico Legal en Médicos Forenses encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 …….. 60

Gráfico Nº 4. Distribución porcentual de Médicos Forenses encuestados, que participaron en la elaboración del Baremos actual, para la asignación de incapacidad Médico Legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 …….. 61

Gráfico Nº 5. Distribución porcentual de Médicos Forenses encuestados, que consideran completo el Baremos actual, para la asignación de Incapacidad Médico – Legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 …….. 63

Gráfico Nº 6. Distribución porcentual de la importancia que le otorgan a la necesidad de actualización del Baremos que sirve de parámetro actualmente para la asignación de incapacidad Médico Legal, en Médicos encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017 – 2019 …….. 64

Gráfico Nº 7. Distribución porcentual de médicos encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, acerca de la importancia que le otorgan a la necesidad de elaborar el Baremos para la asignación de incapacidad Médico Legal, con apoyo de médicos especialistas de las diferentes ramas Médico Quirúrgicas, 2017 – 2019 . 65

Gráfico Nº 8. Distribución porcentual de Médicos encuestados qe tuvieron alguna dificultad con el Baremos actual, al momento de asignar días de Incapacidad Médico Legal, en lesiones otorrinolaringológicas, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019 …….. 66

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I (ENCUESTA) ……. 75
ANEXO II (PROPUESTA DE BAREMOS) …….…… 79
ANEXO III (BAREMOS ACTUAL IDIF BOLIVIA) …….. 87
ANEXO IV CARTAS DE AUTORIZACIÓN ..…….. 97

RESUMEN:

Con la implementación del Nuevo Código de Procedimiento Penal, el Ministerio Público, indica, cómo crear el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.[12]

La Ley Nº 1970, Nuevo código de Procedimiento Penal, de 25 de marzo de 1999, Título II Órganos de Investigación, Capítulo II Policía Nacional e Instituto de Investigaciones Forenses, Art. 75º, señala que es un órgano dependiente, tanto administrativa y financieramente de la Fiscalía General de la República.[22]

En el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de Bolivia, se realiza en Mayo de 2014, una guía de parámetros para la asignación de días de incapacidad Médico – Legal.[12]

Las lesiones otorrinolaringológicas son muy comunes, en el consultorio Forense, ya sea por agresiones físicas, accidentes de diferente etiología, etc., siendo el Médico Forense quien debe cuantificar con ayuda del Baremos, los días de incapacidad Médico – Legal.[1]

El presente es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestreo no probabilístico, la recolección de datos mediante una encuesta de preguntas cerradas y estructuradas.

Los Médicos Forenses del IDIF, al momento de emitir el dictamen pericial, consideran muy importante al Baremos para cuantificar los días de incapacidad Médico Legal y en su mayoría tuvieron alguna dificultad para emitirlos en lesiones otorrinolaringológicas, motivo por el cual se propone un Modelo de Baremos para determinar días de incapacidad Médico – Legal en lesiones correspondientes a la especialidad de Otorrinolaringología.

Palabras clave: Baremos, días de impedimento Médico – Legal, Médicos Forenses, lesiones otorrinolaringológicas.

SCALES TO GRANT DAYS OF LEGAL MEDICAL IMPEDIMENT IN ENT INJURIES, FOR THE INSTITUTE OF FORENSIC INVESTIGATIONS BOLIVIA, 2017-2019

SUMMARY:

With the implementation of the New Code of Criminal Procedure, the Public Ministry indicates how to create the Institute of Forensic Investigations of Bolivia.[12]

Law No. 1970, New Code of Criminal Procedure, of March 25, 1999, Title II Investigation Bodies, Chapter II National Police and Forensic Investigation Institute, Art. 75º, states that it is a dependent body, both administratively and financially of the Attorney General's Office. [22]

At the Institute of Forensic Investigations (IDIF) of Bolivia, a guide to Medical Disability - Legal Parameters is carried out in May 2014, for the assignment of days of Medical - Legal disability.[12]

Otolaryngological lesions are very common, in the Forensic office, whether for physical aggressions, accidents of different etiology, etc., being the Forensic Doctor who must quantify with days of help, the days of Medical - Legal disability.[1]

This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. Sampling is non-probabilistic, data collection through a survey of closed and structured questions.

The Forensic Physicians of the IDIF, at the time of issuing the expert opinion, consider Scales very important to issue the expert opinion and for the most part they had some difficulty in quantifying the days of Medical - Legal impediment in ENT injuries, which is why it is proposed a Model of Scales to determine days of Medical - Legal disability in injuries corresponding to the specialty of Otolaryngology.

Keywords: Scales, days of Medical - Legal disability, Forensic Doctors, ENT injuries.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial día a día, se suscitan hechos violentos interpersonales (intra y extra familiares). Es así que los litigios por lesiones son las causas más frecuentes en estrados judiciales, en el afán de brindar justicia en el principio de reparación del daño, resguardando el bien protegido que no es menos que la salud y la vida, restaurándose así el orden dentro de la población en su conjunto. [1,18]

Dentro de esta problemática social, la especialidad Médica de Otorrinolaringología no queda exenta, cuenta con una elevada casuística de valoración de personas con lesiones de cabeza y cuello, siendo frecuentemente relacionada con casos de connotación legal. [1,19]

Ciertamente basta reconocer el hecho de que las lesiones en riñas, comprometen frecuentemente estructuras del rostro.[20,21] Es así que habiendo este hecho incluso determinado alteraciones morfológicas que ciertamente han establecido diferencias de los rasgos faciales entre hombres y mujeres durante la evolución de los homínidos.[18,21]

Existe una amplia gama de lesiones, en especial las otorrinolaringológicas (Referente al oído, nariz, faringe, laringe y cuello) que pueden afectar funciones importantes como por ejemplo: Respiración, olfacción, audición, equilibrio, fonación, etc., además de las alteraciones estéticas al ser órganos que se encuentran en cabeza y cuello.[21] Por lo que la patología traumática otorrinolaringológica puede requerir de una valoración Médico-Legal de secuelas por parte del especialista en Otorrinolaringología.[19, 20, 21]

Los traumatismos nasales son los más frecuentemente observados dentro de las lesiones de cabeza y cuello, la incidencia varía según autores entre el 10 y el 20%.[1,19,21] La posición sobresaliente de la nariz hace que sea susceptible de lesiones aisladas desde el nacimiento,[1] seguidas de las otras fracturas, como por ejemplo: dento-alveolares, mandibulares, malares, medio faciales tipo Lefort, nasoetmoidales, del seno frontal, orbitarias, etc.[19]

Por tales motivos, se decide realizar este trabajo de investigación y la propuesta de un Baremos para otorgar días de incapacidad Médico – Legal en lesiones otorrinolaringológicas, a efectos de mejorar la calidad del peritaje Médico - Legal, siendo éste más completo y objetivo para las lesiones de la especialidad de Otorrinolaringología.

II. JUSTIFICACIÓN.

Las lesiones son hechos que suceden a diario, ya sea por: Accidentes de tránsito, violencia sexual, conflicto armado, accidentes laborales, accidentes fortuitos, riñas, iatrogenias médicas, etc.[3] Sin discriminación de nivel socio económico, sexo ni edad. Lo que conlleva a un sinnúmero de personas que acuden para valoración médica forense. [3,21]

El 27 de octubre de 2014 el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, con el objeto de unificar criterios se establecieron parámetros de incapacidad médico legal, los mismos fueron remitidos a los médicos forenses de dicha institución para su revisión y posterior aprobación. La misma que hasta la fecha no fue modificada ni actualizada. Es fundamental que toda institución pública o privada periódicamente actualice los manuales de procedimientos, en especial los relacionados con la ciencia médica que no es estática, constantemente va evolucionando y nosotros debemos evolucionar con ella.[1,5]

Con el presente estudio se pretende realizar un Baremos para la especialidad de Otorrinolaringología, el mismo que será elaborado por un Médico Otorrinolaringólogo con conocimientos en Medicina Legal y Forense, de esta manera los días de incapacidad médico legal serán más objetivos e integrales, tomando en cuenta, que con la inclusión del criterio del especialista, se pueda modificar los días de incapacidad médico – legal, ya que para cada lesión, de acuerdo a la región del organismo tiene distinta fase de reparación biológica inicial (primaria) y reparación biológica (tardía),[4] datos indispensables para establecer los días de incapacidad médico – legal definitiva o provisional.

Al concluir la elaboración de la nueva propuesta de Baremos en la especialidad de Otorrinolaringología se pretende demostrar que aunando conocimientos de ambas especialidades médicas (Medicina Legal y Otorrinolaringología), se puede elaborar un Baremos, completo, objetivo, actualizado y de esta manera incentivar la inclusión de especialistas clínico – quirúrgicos para la elaboración de Baremos multidisciplinarios para las distintas especialidades médicas, para evitar

ambigüedades en los días de incapacidad, estandarizando la metodología, terminología y procedimientos al momento de la valoración del daño corporal, previa revisión juiciosa de los procedimientos de establecimiento de días de incapacidad médico – legal y bibliografía acerca de las lesiones otorrinolaringológicas.

De esta manera se pretende conseguir un beneficio para los pacientes, los médicos legistas y autoridades proveedoras de justicia de todo el territorio boliviano, para que de esta manera se pueda garantizar mejor calidad en la pericia, lo cual influirá de manera proporcional en la calidad de administración de justicia, mejorando la restitución de los derechos de la víctima.[1]

Es por ello que el presente estudio busca dar pautas precisas de las lesiones de cabeza y cuello, cuya competencia es de manejo por la especialidad otorrinolaringológica. Siendo el único propósito, dar lineamientos precisos para los profesionales en Derecho y Medicina Legal, para definir márgenes de tiempo, en cuanto al establecimiento del tiempo de curación e incapacidad, con el respaldo de años de formación, experiencia en el manejo y resolución de lesiones, en el ámbito de la Otorrinolaringología.

III. MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

Con el objetivo de estandarizar la metodología, terminología, para el examen por Medicina Legal y el establecimiento de días de incapacidad médico legal, es que la Fiscalía de la República del Perú, a través de un comité de expertos en fecha 10 de Septiembre de 2014 se elabora una "Guía médico legal para la valoración integral de lesiones corporales", en la que está incluido el Baremos oficial para la tipificación de lesiones.[5]

En la República de Colombia el Instituto de Medicina Legal y Ciencia Forenses, elabora un reglamento Técnico para el abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense, con observaciones y aportes de peritos médicos forenses participantes en cinco encuentros "Encuentros de Actualización en clínica forense", efectuados en los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 2008. Dicho reglamento fue revisado por participantes del grupo de estandarización y validación del Reglamento Técnico para el abordaje integral de Lesiones en Clínica Forense y fue concluida en el mes de Octubre de 2010, en este reglamento está incluido el Baremos oficial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses.[1]

La Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS), fundada en el año 1894, publica la versión 1.2 del Baremo AACS para la clasificación y valoración se secuelas psicofísicas en el año 2012, en la que está incluido el listado de Baremos de las lesiones corporales. [2]

El Ministerio Público de la República de Bolivia, a través de la Fiscalía General de la República y el Instituto de Investigaciones Forenses, publica una Guía de recomendaciones para la colección, envío de muestras – evidencias y exámenes forenses en el año 2006, para los servicios de Laboratorio Forense, Laboratorio de Genética Forense, Laboratorio de Toxicología Forense, Laboratorio de Química Forense, Laboratorio de Criminalística, División de Medicina Forense, Sección de Clínica Forense, sección de Tanatología Forense, sección de Antropología Forense y sección de Psicología Forense. En toda la guía no se observa en ningún capítulo la

estandarización de un Baremos Oficial para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia. La misma que no fue actualizada hasta la fecha.[12]

El Ministerio Público del Estado Plurinacional de Bolivia, a través de la Fiscalía General de la República y el Instituto de Investigaciones Forenses, realiza una guía de Parámetros de Incapacidad Médico – Legal, realizado por médicos de dicha institución, realizada el 15 de Mayo de 2014 y aprobado el 16 de Junio de 2014, el mismo que sigue vigente hasta la fecha.[12] (Ver Anexo III).

B. MARCO HISTORICO

1. LEY DE UR NAMMU O TABLAS DE NIPPUR

También considerados Tablas de Nippur, comienza en el año 2.050 a.c., considerado más antiguo del mundo, basado en la reparación económica de los daños, mediante una tablilla perteneciente a la colección del Museo de Antigüedades Orientales de Estambul.[4]

2. CÓDIGO DE HAMMURABI

Hammurabi (rey de Babilonia), establecido en el año 1760 a.c., representa uno de los conjuntos de leyes más antiguos que se han encontrado y uno de los mejor conservados, que se originaron en la antigua Mesopotamia.[4]

Una de sus leyes en la conducta delictiva, Ley del Talión (Ojo por ojo, diente por diente). *“Ley del Talión ("ojo por ojo, diente por diente"*).[4]

3. TABLILLAS CUNEIFORMES

La colección de tablillas de barro con escritura cuneiforme de Bogazköy (la antigua Hattusas 1700 – 1500 a.c., mediante un tratado paz perpetua garantizaba la paz y la seguridad en toda la zona, estableciendo sanciones monetarias a las lesiones producidas.[4]

4. LA BIBLIA, ANTIGUO TESTAMENTO - LIBRO SEGUNDO DE MOISÉS – ÉXODO.

Capítulo XXI - Leyes sobre actos de violencia. *Que establece sanciones al daño corporal y a diferencia de los anteriores incluye sanciones al daño estético.* [4]

5. MASSEKHET NEZIKIN

Se escribió durante el Cautiverio de Babilonia (607 a.c.) define el daño *propiamente dicho*, *dolor*; *curación. Determina que el responsable debe reparar el desempleo, humillación y daño afectivo (Psíquico).*[4]

6. LEY DE LAS DOCE TABLAS

En el año 450 a.c., mediante una comisión se concluye con XII Tablas, que gozaron de extraordinario prestigio y respeto. Que representaba mediante sanciones económicas las lesiones.[4]

7. LEX AQUILEA DEL DANNO

Establecida por el Tribuno Aquilio (208 a.c.), se consideraba la reparación del daño derivado de un acto ilícito y de naturaleza culposa. E*s la primera vez que se considera el nexo o vínculo de causalidad*.[4]

8. PLATÓN (LIBRO X)

Que a la vez de establecer sanciones económicas, trata también, el daño estético, al igual que considera por primera vez la incapacidad temporal.[4]

9. LEX FRISIONUM

Durante el reinado de Carlomagno, después del año 785, cuando la conquista franca. El código de la ley sancionaban las transgresiones con multas para los nobles, hombres libres, siervos y esclavos. No así el clero por que no estaban sujetos a la ley civil.[4]

10. FUERO JUZGO, FORUM JURIDICUM O CÓDIGO LATINO DE LAS LEYES VISIGODAS

El Corpus Iuris Civilis vigente en el Imperio Romano desde el siglo VI D.C. reparaba el perjuicio corporal según el estado físico de las personas, la calificación personal, los gastos médicos, el tiempo de incapacidad y la pérdida de posibilidad de ganancia producida por las secuelas dañosas.[4]

11. LEY SÁLICA

Estuvo vigente en Francia hasta la Revolución francesa, hasta la restauración borbónica, de 1815 a 1830, establecía la reparación a las lesiones por medio del sólido (moneda de oro romana equivalente a veinticinco denarios).[4]

12. CORÁN – DERECHO MUSULMÁN

Contempla en el sura (capítulo) dos, cuatro y cinco:

Sura 2: Ley del Talión en los casos de homicidio (hombre por hombre, mujer por mujer, esclavo por esclavo).

Sura 4: Penas en casos de homicidio entre creyentes.

Sura 5; Penas para judíos, cristianos y musulmanes.[4]

13. FUEROS ESPAÑOLES

Los fueros anteriores al reinado de Alfonso V (994-1028) eran pequeños e incompletos, pero con posterioridad a su reinado, aparecieron fueros mucho más completos e importantes, desde el año 1017 hasta 1394, reparando el daño corporal con sanciones económicas.[4]

14. PERITORUM INDICIO MEDICORUM

En 1234 el papa Gregorio IX determina que se debe exigir la opinión del médico indispensablemente para distinguir, entre varias lesiones, la que ha resultado específicamente mortal.[4]

15. PRIMER BAREMO ESPAÑOL DE INDEMNIZACIÓN

Lo establece Fernando II, en el Fuero de la Vieja Castilla (1250), basándose en el Fuero Juzgo.[4]

16. PRIMEROS PERITOS VALORADORES DE LESIONES.

Jaime I de Aragón, "*el Conquistador*", durante su reinado - 1225 a 1276 -establece la existencia de peritos encargados de valorar las lesiones (Médicos).[4]

17. TRATADO DE SCHEIK NEDJM EL-DIN

Establecido por los musulmanes (1292), cuenta con un verdadero baremo, contiene una guía o explicación para estudiar ciertas secuelas, con indemnizaciones desde diez hasta cien camellos.[4]

18. CÓDIGO NAPOLEÓNICO

"Todo hombre que cause daño a otro, tiene el deber de repararlo".[4]

19. ESPAÑA - REAL DECRETO DEL 8 DE JULIO DE 1903

Se establece el primer baremo, usando como base para establecer el primer baremo argentino (1916).[4]

C) MARCO CONCEPTUAL

1.- EL PERITO

La valoración médica del daño corporal, deber que ser realizada por un perito médico. Perito proviene del latín "peritus", significa sabio experimentado, hábil práctico en una ciencia. Es la persona que en alguna materia tiene título de tal conferido por el Estado y que posee especiales conocimientos teóricos o prácticos, informa bajo juramento al juzgador su pericia, vinculado con una profesión y oficio.[7]

El perito, en su actuación según su leal saber y entender, aporta los conocimientos de su propia experiencia a través de los estudios realizados y la bibliografía consultada.[7]

Actualmente vivimos en un momento de los reclamos, tanto a nivel de valoraciones de daño corporal como de mala praxis.[6] Por lo tanto llega el momento que se produce un triángulo cuyos vértices están formados por el enfermo, sabe poco o nada de leyes y medicina; por el médico, que no entiende la jurisprudencia; y los juristas abogados, fiscales y jueces, que no dominan del todo la medicina.[7,6]

En estas circunstancias, se hace necesario un pivote, en el centro del triángulo capaz de correlacionar a los tres vértices y cuya figura reviste importancia. Se trata del perito médico, que entiende, por una parte, al enfermo y la valoración de las actuaciones facultativas, y por otra, la capacidad de transmitir la realidad objetiva de los conocimientos a los juristas, particularmente al encargado de emitir el fallo. Por esto, el perito debe favorecer al máximo la transparencia de la valoración, pero nunca dirigir, regir o insinuarse en relación a la indemnización.[6] Se consigue realizando un razonamiento lo más científico posible del dolor, del insomnio, de la cefalea, de la ansiedad, etc., expresando el alcance de la exploración científica y, por lo tanto, hasta dónde puede llegar a valorar de forma precisa y exacta el proceso, y que parte es una exposición del afectado sin razón científica. Debe tenerse en cuenta, que estamos considerando un perjuicio humano y personal.[2,6,7]

La persona idónea para hacer una valoración de daño corporal es el perito médico que lleve la preparación adecuada. A este perito médico se le exigen una serie de requisitos, deberes y también se señalan derechos e incompatibilidades.[7]

Para cualquiera que actúe como perito, el tener que ser acreedor de una reconocida solvencia profesional y moral. Posesión del título en la ciencia o arte a que pertenezca, de cual se vaya a realizar su dictamen y además de conocer la especialidad, tendrá el título de dicha especialidad en caso de que venga reglamentada por las leyes o por el gobierno.[6] Tienen la obligación de estar colegiados y dados de alta con la correspondiente licencia fiscal.[6,7]

El deber fundamental del perito es actuar con total imparcialidad y honradez, que al ser nombrado y bajo juramento se compromete a desempeñar bien y fielmente su función en los términos señalados por la ley.[6]

Aplicar toda su ciencia y conciencia en el momento de exponer su criterio científico, dado que el perito se convierte en un "valioso colaborador del juez". Si de una parte es cierto que el juzgador es soberano para llegar a las conclusiones que crea más convenientes, tampoco es menos cierto, que el que ha de administrar justicia confía en el dictamen del experto.[6]

La pericia, implica la confianza y colaboración recíproca entre el juez y el experto. También el perito tiene el deber, al emitir un informe, ilustrar de una forma útil y clarificadora. Tanto que su dictamen no es la simple expresión de un punto de vista, sino un razonamiento. Es decir, la expresión lógica y explicada de un criterio dentro de su ámbito profesional.[7]

Además, el facultativo designado a realizar el peritaje, debe actuar regido en el código de deontología médica; que al margen de su efectivo alcance han de ser respetadas en satisfacción de exigencias de índole moral.[7]

Pretendiendo acatar esta orden, el facultativo inmerso en tales funciones, informará bajo un criterio precedido por la plena libertad de juicio, al margen de cuestiones

personales, siempre con rigor, prudencia y objetividad. Siendo así, se comprende que la relación médico-paciente tome un carácter especial, lo que obliga a que, en primer lugar, el propio médico explique a la persona sujeta a examen cuál es la finalidad, en ese caso de su misión, haciéndole conocer las particularidades de las mismas y las condiciones en que se tiene que llevar a término.[6]

El actual código deontológico establece que la actuación como perito es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente. Sin embargo, el alcance de la disposición mencionada tendrá que ser analizado en cada caso particular.[6]

El perito médico tendrá que iniciar su actuación con un examen clínico y seguirá con una valoración, si da lugar pedirá exámenes complementarios o valoración por diferentes especialidades médicas.[7]

2.- LESIONES PERSONALES

El bien jurídico protegido en este tipo penal, es la integridad personal, que en su concepción más amplia incluye la integridad corporal, la integridad de la salud y la vida de relación o integridad social.[1,6]

Desde el punto de vista jurídico forense, se entiende como lesiones personales toda alteración orgánica, funcional o psíquica, producida por la acción de un agente vulnerante, ya sea físico (mecánico o térmico), químico, biológico o psicológico, utilizado por un tercero, sin que produzca la muerte.[7]

3.- INCAPACIDAD MÉDICO-LEGAL

La incapacidad médico-legal es un concepto fundamental de la pericia médico-legal, utilizada como medida indirecta para que la autoridad pueda definir la competencia, determinar aspectos procedimentales y emitir la sanción en aquellos casos relacionados con delito de Lesiones Personales, solo o en concurso con otras conductas punibles.[12]

Por lo tanto podemos definir como *"el tiempo necesario que se requiere para hacer entrar la parte enferma en las condiciones que constituyen la salud"*[4] y no como una incapacidad laboral. La incapacidad médico-legal siempre debe expresarse en número de días, contados a partir de la fecha en la que ocurrieron las lesiones.[1]

4.- INCAPACIDAD MÉDICO-LEGAL PROVISIONAL

Es aquella que fija el perito médico cuando las lesiones aún se encuentran en proceso de reparación y se desconoce el resultado final de esa reparación; constituye un pronóstico teórico que se hace sobre la duración y gravedad de una lesión. La incapacidad provisional se puede modificar en posteriores reconocimientos, ampliándose cuando se presentan complicaciones, o reduciéndose cuando la evolución real de la lesión se da en menor tiempo al pronosticado.[1,12]

Es de aclarar que el término "provisional" como calificativo de la incapacidad médico legal, hace referencia a un "mientras evoluciona la lesión" y no a un "mientras se conocen historias clínicas o exámenes paraclínicos" cuando estos son indispensables para determinar a cabalidad la magnitud, características y gravedad de la lesión; el conocimiento adecuado sobre la lesión es requisito necesario para establecer la incapacidad médico legal, así sea provisional.[1]

Es importante que el perito consigne en el informe pericial la necesidad de realizar la nueva valoración al finalizar el número de días establecido.[1]

5.- INCAPACIDAD MÉDICO-LEGAL DEFINITIVA

Se fija cuando las lesiones ya terminaron el proceso de reparación de la alteración orgánica y/o fisiopatológica causada y constituye un concepto que busca aproximarse al tiempo real de reparación. Se puede fijar la incapacidad definitiva en lesiones en periodo de reparación cuando se tiene un alto nivel de certeza de que no se presentarán complicaciones o por el contrario, cuando por la severidad y características de la lesión, a juicio del médico examinador, el período de reparación

puede extenderse indefinidamente, caso en el cual se fijará la máxima incapacidad médico-legal y se fijarán secuelas.[1, 2, 12]

La incapacidad médico-legal definitiva sólo se modifica cuando en un examen posterior se cuenta con nuevos elementos de juicio que así lo indiquen y que no podían preverse al establecerla o cuando se detecta que se cometió un error al fijarla, caso en el cual se deben especificar los motivos que justificaron tal modificación.[1]

Se debe advertir a la autoridad que la incapacidad médico legal difiere de la incapacidad laboral y que esta última es la que debe tenerse como base para la determinación de la indemnización.[1, 3]

6.- DÍAS DE ASISTENCIA FACULTATIVA

Es el número de veces que el evaluado requerirá objetivamente asistencia por un facultativo (implica la realización de un acto médico o sanitario), y que está referida directamente con el procedimiento de diagnóstico, tratamiento o vigilancia del tratamiento aplicado y de las probables complicaciones que se pudieran presentar. No se consideran dentro de este rubro las referidas a la asistencia facultativa con fines de asesoramiento o certificación.[5]

En el caso que para una misma lesión y de manera continuada o concatenada se requiera una intervención multidisciplinar (varias especialidades médicas), constituyendo una sola asistencia facultativa aunque haya pluralidad de actuaciones. Existe consenso en el sentido de que una primera asistencia facultativa se desdobla en una segunda, cuando cambia la finalidad del acto sanitario, por ejemplo cuando se trata de aclarar su hay algún estado patológico preexistente ajeno a la lesión que contraindique cierto tratamiento, las evaluaciones pre quirúrgicas, etc.[5]

7.- DÍAS DE DESCANSO MÉDICO LEGAL

Tomando en cuenta el criterio cronológico establecido en el código penal, para realizar la valoración del daño corporal ocasionado por las lesiones, no podemos

abarcar todo el periodo de curación/restitución/reparación de la lesión, por tanto, teniendo en cuenta que las lesiones evolucionan pasando por diferentes estadios, podemos evidenciar dos periodos claramente diferenciados.[5]

- Una fase de reparación biológica inicial o primaria, donde se producen los fenómenos inflamatorios y de reparación propiamente dichos.[5]
- Una fase de reparación biológica tardía, donde se producen principalmente fenómenos de reabsorción y remodelación, a efectos de obtener el mayor grado de restitución/reparación biológica.[5]

Por tanto, los días de descanso médico legal, se refiere al tiempo aproximado que requiere una lesión para lograr su reparación biológica primaria. Su utilidad dentro del ámbito jurídico, consiste en orientar a la autoridad competente para la tipificación jurídica de la lesión.

Los días de descanso médico legal no deben confundirse con los días de descanso médico asistencial o de incapacidad temporal para el trabajo, puesto que para su determinación se toman en cuenta criterios distintos y persiguen finalidades distintas.[5]

TABLA. Nº 1 Diferencia entre días de descanso médico legal y días de descanso médico asistencial o incapacidad temporal para el trabajo.

Días de descanso médico legal	**Días de descanso médico asistencial o incapacidad temporal para el trabajo**
Su finalidad es la de orientar y facilitar al Operador de Justicia (Fiscales y Jueces), la tipificación jurídica de los delitos contra el cuerpo y la salud.	Su finalidad es la de hacer constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o procesos fisiológicos como la maternidad) y la duración de la incapacidad temporal derivado de dicha contingencia (periodo de descanso

	físico) para que la persona retorne a sus actividades habituales o a su trabajo, por tanto tiene connotaciones en el área del derecho civil, derecho laboral, subsidios sociales, seguros, etc.
Para su determinación se toma en cuenta criterios basados en. a) Severidad de la lesión. b) Tiempo de reparación biológica primaria de la lesión. c) Tipo de tratamiento o procedimiento empleado. d) Estado preexistente del lesionado (concausas preexistentes). e) Factores complementarios: edad, sexo.	Para su determinación se toman en cuenta criterios basados en: a) Severidad de la enfermedad o daño. b) Trabajo o actividad habitual. c) Tipo de tratamiento o procedimiento empleado. d) Factores complementarios: edad, sexo, enfermedades concomitantes, referencias, contrarreferencias, etc.
El contenido y conclusiones se fundamentan en la ciencia médica, sin embargo en su elaboración deben seguirse las formalidades de orden jurídico y las reglas de la actuación pericial.	Sus conclusiones se fundamentan en la ciencia médica, y para su elaboración fundamentalmente el criterio médico asistencial y la normativa específica existente.
El producto final puede ser: a) Un informe pericial donde se acredita los hallazgos evidenciados por el perito médico durante la evaluación médico	El producto final puede ser: a) un Certificado Médico donde se acredita el acto médico realizado certificándose el diagnóstico,

legal, los métodos utilizados, los criterios médico legales utilizados y las conclusiones medico legales en la que se valora cuantitativamente el daño corporal ocasionado por las lesiones. b) Un dictamen pericial o Post facto, en el que se recogen y comparan documentos derivados del acto médico, opiniones de otras especialidades médicas y la evidencia científica, arribando a las respectivas conclusiones médico legales.	tratamiento y periodo de descanso físico. b) Un Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), de acuerdo a la normativa de la institución pública o privada donde se expida.

Guía Médico Legal de valoración integral de lesiones corporales, Fiscalía de la Nación, Ministerio público, Instituto de Medicina Legal del Perú "Dr. Leónidas Avendaño Ureta", Lima Perú, 2014, pág. 13.[5]

8.- SECUELAS MÉDICO-LEGALES

Se entiende por aquella alteración orgánica, funcional, o psíquica que afecta de manera considerable la forma y/o la función y que persiste o persistirá más allá del tiempo esperable para lograr la reparación de la alteración orgánica y/o fisiopatológica causada. Las secuelas, al igual que la incapacidad médico-legal, constituyen una medida útil para definir aspectos procedimentales y de dosificación de la sanción en lesiones personales.[6]

En ciertos casos, pueden presentarse simultáneamente la incapacidad médico-legal y las secuelas. Al respecto ha dicho la Corte Suprema de Justicia: *"aparte de la incapacidad para trabajar, pueden producir las lesiones otros trastornos mediatos e inmediatos que causan alteraciones en la anatomía y estética del cuerpo... En estos casos, pueden presentarse a un mismo tiempo la incapacidad, la deformidad y la*

perturbación funcional, como en la amputación de un miembro, la pérdida de los ojos, etc.".[5]

En todos los casos el perito debe documentar lo relativo tanto a la incapacidad médico-legal, como a todas las secuelas encontradas al momento del examen.

9.- CARÁCTER TRANSITORIO O PERMANENTE DE LAS SECUELAS

Una secuela es de carácter transitorio cuando, una vez causada, la alteración de la forma o función que le dio origen desaparece o deja de ser marcada u ostensible, debido a la mejoría ocurrida por el solo paso del tiempo o por un tratamiento ya efectuado, al momento del examen médico.[1]

El hallazgo y determinación del carácter transitorio de una secuela, no significa que no se produjo la secuela, sino que habiendo existido la alteración en la forma y/o en la función que la constituía, posteriormente por el solo paso del tiempo o por un tratamiento ya efectuado, esa alteración se atenuó, dejó de ser notoria o desapareció. Por lo anterior al valorar una secuela que previamente se ha fijado y encontrar que la alteración que la producía desapareció o perdió su notoriedad, ya sea por el solo paso del tiempo o por un tratamiento ya efectuado, sería erróneo decir que ya no hay secuela. En tal caso se debe indicar que se trata de una secuela de carácter transitorio.[5,7]

Se consideran de carácter permanente aquellas secuelas en las que la alteración que les dio origen, una vez causada, persiste a pesar del paso del tiempo o de un tratamiento ya efectuado, al momento del examen. Será el criterio del médico perito y de acuerdo a cada caso en particular, el que establezca el lapso de tiempo para examinar nuevamente al lesionado para establecer si se trata de una secuela de carácter transitorio o de carácter permanente.[3]

10.- DEFORMIDAD FÍSICA

Desde la perspectiva forense la deformidad se entiende como aquella alteración que afecta externamente, de manera marcada u ostensible la estética corporal, es decir la forma y/o la simetría del cuerpo en reposo o en movimiento.[1]

La alteración debe ser notoria a simple vista, sin necesidad de que el observador se aproxime al examinado. Para estas valoraciones se debe considerar a la persona desnuda, es decir sin importar si las ropas cubren o no el defecto. Ni el sexo, ni la moda, ni la edad, ni la ocupación deben influir en esta apreciación.[1,5]

Se debe aclarar que no toda cicatriz constituye una deformidad física; se requiere que altere la estética corporal y que además de ser visible sea notoria, es decir, marcada u ostensible. Por otra parte, no todas las deformidades físicas se producen por cicatrices; existen muchas alteraciones que pueden afectar notoriamente la estética corporal, en algunos casos evidentes tanto en reposo, como en movimiento (por ejemplo, una amputación de la mano) y en otros tan solo con la persona en movimiento.[1,2]

Para determinar la secuela de deformidad física debe tenerse en cuenta el concepto de presanidad; es decir, en aquellos casos en los cuales la persona examinada tenga una alteración estética ocurrida previamente a los hechos que se investigan, para fijar la secuela el perito debe considerar si la actual situación empeora el defecto existente o si lo encontrado actualmente no supera dicho defecto.[1,5,6]

11.- DEFORMIDAD FÍSICA QUE AFECTA EL ROSTRO

Cuando la deformidad afecta el rostro, se presenta un agravante punitivo. El rostro, desde el punto de vista forense, comprende el espacio anatómico delimitado en la parte superior por el borde de implantación del cabello; lateralmente por el reborde de los pabellones auriculares, de forma tal que hacen parte del rostro; y en la parte inferior por el reborde del maxilar inferior. En las personas calvas o alopécicas, el límite superior del rostro va hasta el vértex o punto más alto del cráneo.[1]

En conclusión, para efectos forenses, el rostro comprende el área de visión que se tiene del rostro, vista por una persona de frente y a la misma altura, región anatómica que debe evaluarse en todos los planos posibles (perfil, antero superior, etc.), ya que puede presentarse un defecto que sea más evidenciable en la vista de perfil, por ejemplo.[1,5]

Como se mencionó anteriormente, no toda cicatriz en el espacio anatómico descrito constituye una deformidad física que afecta el rostro; se requiere que altere la estética del rostro y que además de ser visible sea notoria, es decir, marcada u ostensible. Por otra parte, no todas las deformidades físicas que afectan el rostro se producen por cicatrices; existen muchas alteraciones que pueden afectar notoriamente la forma y/o la simetría del rostro, tanto en reposo, como en movimiento, y otras que tan solo son evidentes con el rostro en movimiento (por ejemplo, al sonreír, al hablar, etc.).[1]

12.- PERTURBACIÓN FUNCIONAL

Se entiende por perturbación funcional aquella disminución o desmejoría considerable de la función de un órgano o miembro sin que se pierda o anule la función. También en este caso se requiere que la función se haya limitado de manera significativa, pues no toda disfunción constituye una secuela médico-legal.[1,5]

En el ámbito jurídico-forense se considera como *"Órgano",* el conjunto de tejidos que interactúan simultáneamente en el ejercicio de una misma función.[2]

Equivale al concepto de sistema que se tiene en la medicina clínica. El término *"Miembro"* se refiere a cada una de las cuatro extremidades y al pene (miembro viril). Al respecto ha dicho la Corte Suprema de Justicia: *"Tales expresiones (miembro/órgano) en el campo del derecho penal, hacen referencia a la función que el órgano o miembro desempeña, y no al sentido anatómico que le asigna la medicina general".*[1]

Así pues, el concepto de órgano implica que todas aquellas funciones desempeñadas por varias estructuras y tejidos conforman en su conjunto un solo órgano, por lo que deben ser valoradas de manera integral. Por ejemplo, el órgano de la excreción urinaria está constituido por los dos riñones, uréteres, vejiga y uretra, pues dichas funciones se realizan con el concurso de ellos en forma conjunta; de igual forma, las dos manos constituyen el órgano de la prensión y las dos extremidades inferiores en su conjunto el órgano de la locomoción. La valoración de la secuela funcional en estos casos incluye la valoración integral de la merma de la función del sistema (órgano), basada en evidencia médica objetiva.[1]

13.- PERTURBACIÓN PSÍQUICA

PERTURBACIÓN PSÍQUICA PRIMARIA

Se define como un daño o alteración en la salud mental del ofendido causado sin que medie un daño físico.[1]

En este caso, los agentes vulnerantes son actuaciones o mecanismos psicológicos tales como amenazas, chantajes, coacción, que obligan a la persona a vivir una experiencia frustrante o lesiva, la cual desborda su capacidad adaptativa normal frente a un estímulo determinado o estrés y ocasiona una alteración psíquica que interfiere de manera importante con su adecuado desenvolvimiento personal y social.[2,5]

Dentro de estos casos podrían estar las víctimas de tortura, secuestros y delitos sexuales, así como de lesiones personales causadas mediante violencia psicológica.[1]

14.- PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA

A. PÉRDIDA FUNCIONAL

Se llama pérdida funcional de órgano a la anulación completa o casi completa de la función del mismo, con la conservación de la estructura anatómica. A diferencia de la

perturbación funcional, en la que hay una disminución o desmejora en la función de un órgano, en la pérdida funcional existe una supresión o anulación completa o casi completa de la función principal del órgano; por ejemplo, cuando una persona sufre ototoxicidad por gentamicina y como consecuencia presenta sordera neurosensorial bilateral.[1]

En lo que a las cuatro extremidades respecta, existe pérdida funcional de miembro, cuando se ha perdido completamente o casi completamente, la funcionalidad de uno de los miembros, a pesar de conservarse las estructuras anatómicas (por ejemplo, una monoplejia). También se configura una pérdida funcional y anatómica de miembro, cuando se ha realizado una amputación.[1]

B. PÉRDIDA ANATÓMICA

Existe pérdida anatómica de órgano cuando se produce la extirpación completa o casi completa del órgano-sistema, es decir de las estructuras principales que interactúan simultáneamente en el ejercicio de una misma función. Por ejemplo, la enucleación de ambos ojos constituye una pérdida anatómica del órgano de la visión; la amputación de las dos manos constituye una pérdida anatómica del órgano-sistema de la prensión, una histerectomía constituye una pérdida anatómica del órgano de la gestación, etc.[1]

15.- VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Bajo el término de “Valoración del Daño Corporal”, se incluye una serie de actuaciones médicas dirigidas a conocer exactamente las consecuencias que un suceso traumático determinado, ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, con la finalidad de obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, familiares y morales.[1, 6]

La reparación del daño personal significa el resarcimiento íntegro, esto es, de todos los daños y perjuicios sufridos.

La vida y la integridad física son bienes del ser humano que no pueden ser impunemente lesionados, de lo contrario, el afectado tendrá derecho a una reparación.[6]

Para que un perjuicio pueda ser considerado siniestro, se requiere una cuidadosa evaluación médica, en la que, a través de la valoración de la causa, de las concausas y de la evolución clínica de la lesión, se determine la incapacidad temporal producida, el período de consolidación y el menoscabo permanente originado para que la administración determine la existencia de responsabilidad, la necesidad de indemnizar y la cuantía de esa indemnización. De ahí la trascendencia del peritaje médico.[1,5,6]

16.- USO DEL BAREMOS EN DAÑOS PERSONALES

La cuantificación e indemnización de daños personales debe apoyarse en el empleo de baremos. No es esta una afirmación discutible, sino que tiene un valor absoluto.[1,2]

El empleo de baremos aporta numerosas ventajas, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Facilita la comprensión del informe pericial, transforma la compleja red de secuelas que un paciente puede presentar, sus consecuencias, interacciones y evoluciones futuras, en una cifra, o en varias combinadas, situadas dentro de una escala concreta.

- Introduce un elemento común que uniformar los criterios de cuantificación, aproximando los casos de valoración, de tal modo que casos similares sean tratados de igual forma ante la justicia.
- Facilita los acuerdos amistosos fuera de la vía judicial, descargando considerablemente el trabajo de la Administración de Justicia, acelerando el acceso de la víctima a la compensación.
- Permite a compañías aseguradoras hacer previsiones económicas precisas y esenciales que permite la compensación de daños.[6]

17.- LESIONES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

1. TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES

Las fracturas maxilofaciales son más frecuentes en los jóvenes, si el paciente no tiene problemas de comunicación de debe indagar acerca de las alteraciones de la visión, oclusión dental, audición, respiración y fonética.[11]

2. FRACTURA DE MANDÍBULA

Por prominencia, posición y configuración anatómica después de los huesos propios de la nariz es el hueso que más frecuentemente se fractura, considerando los traumas faciales.[11]

Es un hueso de consistencia dura que presenta tres zonas débiles que son el cuello del cóndilo mandibular, la zona canina-agujero mentoniano y el ángulo mandibular debido a la confluencia de las ramas horizontal y vertical y la presencia del tercer molar.[11,16]

Es más frecuente en varones jóvenes entre 20 y 30 años. La zona de fractura más frecuente es el cóndilo mandibular, seguido del ángulo mandibular y la región parasinfiaria.[16]

La causa más frecuente son los accidentes de tráfico, agresiones y los accidentes domésticos.[11]

Síntomas: dolor, tumefacción, disconfort, hematoma, deformidad, movilidad anormal, crepitación, salivación, mal olor, mal oclusión y trismus.[11,16]

3. FRACTURA DE MALAR

Las fracturas de malar siguen en frecuencia a las fracturas nasales y mandibulares. Se presenta en gente joven y las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico, agresiones y accidentes domésticos.[11]

En la clínica observamos depresión o perdida de proyección de la eminencia malar, solución de continuidad en reborde infraorbitario, equimosis conjuntival, hematoma palpebral, enoftalmos, hematoma surco gíngivo vestibular superior, anestesia del territorio del nervio infraorbitario (medio labio superior, ala nasal y dientes premolares) y epistaxis son los síntomas y signos de esta patología.[11]

Dentro estos signos comunes debemos añadir dos entidades complementarias que son la aparición de trismus por fractura de arco cigomático y diplopia que ocurre por atrapamiento de la musculatura extrínseca ocular y/o grasa periorbitaria en los casos de fractura de suelo de órbita.[11]

4. FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR

La causa más frecuente de estos traumatismos son los accidentes de tráfico y dependiendo de la fuerza y dirección del traumatismo tendremos un tipo de fractura u otro.[11]

Las fracturas del maxilar superior se clasifican en:

a) *Fractura Le Fort I o de Guerin o transversal de maxilar superior*: La línea de fractura se localiza sobre los ápices dentarios y se extiende hasta las apófisis pterigoides.

b) Fractura Le Fort II o piramidal: La línea de fractura discurre por la raíz nasal, hueso lacrimal, reborde infraorbitario y por la pared del maxilar hasta la apófisis pteriogides.

c) Fractura Le Fort III o disyunción cráneo facial: raíz nasal, hueso lacrimal, apófisis frontal del hueso malar, pared lateral y posterior del maxilar hasta apófisis pterigoides.[16, 19]

Otras:

- Fracturas proceso alveolar

- Fracturas sagitales del maxilar superior.
- Fracturas parcelarias.
- *La clínica se caracteriza por:*
- Hematoma periorbitario bilateral o en antifaz
- Epistaxis
- Equimosis conjuntival
- Aumento de la longitud del tercio medio facial (cara larga, cara de plato).
- Mala oclusión.
- Mordida abierta anterior: contacto prematuro de los molares respecto al segmento anterior.
- Vigilar rinolicuorrea y otorrea.

5. FRACTURAS NASALES

La pirámide nasal es la estructura más prominente de la cara, por tal motivo las fracturas nasales sean las lesiones faciales más frecuentes, necesitando menos fuerza para sufrir una fractura en relación a otros huesos de la cara, llegando a representar el 50% del total. La nariz puede fracturarse por golpes frontales, laterales o inferiores.[11]

Es la pérdida de continuidad ósea, que ocurre como resultado de las fuerzas transmitidas por un trauma facial directo en la pirámide nasal.

Los factores de riesgo son: Agresiones, accidentes deportivos, accidentes de tráfico y caídas casuales.

La clasificación de Rohrich[11,16] divide las fracturas nasales en cinco grupos diferentes:

1. Fractura simple unilateral
2. Fractura simple bilateral
3. Fractura conminuta

    1. Unilateral
    2. Bilateral
    3. Frontal
4. Fractura compleja (huesos nasales y septo)
    1. Con hematoma septal asociado
    2. Con laceraciones nasales

6. FRACTURAS NASO-ORBITO-ETMOIDALES

En los traumas faciales los huesos nasales son los que mayormente se fracturan, además de ser la tercera fractura más común en el cuerpo, siendo la nariz la parte anatómica facial con mayor proyección por tanto es la principal estructura lesionada en un evento traumático.[16]

Los hombres jóvenes son dos veces más propensos a sufrir una fractura nasal. El pico de incidencia está en el grupo de edad de 15 a 30 años ya que son postraumáticas.

El paciente puede presentar los siguientes síntomas y signos: Obstrucción nasal, cambio en la apariencia facial, epistaxis, hiposmia, rinorrea acuosa, etc.[16]

Cuando se examina a un paciente se debe tener en cuenta: Laterorrinia, depresión o hundimiento de los huesos propios de la nariz, deformidades de la pirámide nasal., movilidad y crepitación de los huesos propios de la nariz, dolor, edema, laceraciones de la piel, lesiones del tabique Nasal (fractura/luxación), hematoma, absceso, perforación septal y laceraciones de la mucosa nasal.[16]

El diagnóstico es clínico (Palpación bimanual).

7. HEMATOMAS SEPTALES

Es la colección de sangre entre las dos capas de mucopericondrio que cubren al cartílago cuadrangular, los síntomas son: Obstrucción nasal, cefalea, rinorrea sanguinolenta, dolor en fosas nasales e incluso fiebre.[16]

8. DESVÍOS DEL SEPTO NASAL

Es la alteración anatómica, que consiste en la pérdida de la alineación del septo nasal con respecto al resto de las estructuras de la fosa nasal, siendo la causa más frecuente el trauma nasal.[16,20,21]

Existen diferentes clasificaciones:

A) POR SU LOCALIZACIÓN:

- Anteriores
- Posteriores

B) SEGÚN SU NATURALEZA:

- Desviaciones angulares (Horizontal o vertical).
- Desviaciones complejas.

C) POR LA SEVERIDAD DEL DESVÍO

- Leve (Desviación menos de la mitad del total de la distancia de la pared lateral).
- Moderada (Desviación de más de la distancia sin tocar la pared lateral de la nariz).
- Severa (Desviación que toca la pared lateral de la nariz).

D) CLASIFICACIÓN DE LA DESVIACIÓN SEPTAL (MLADINA).

La más recomendada, por su objetividad.

- Tipo I (Tabique en la línea media o desviaciones leves en plano vertical u horizontal, que no se extienden a través de la longitud vertical del tabique).

- Tipo II (Desviación vertical anterior).
- Tipo III (Desviación vertical posterior).
- Tipo IV (Septum en “S”, un lado posterior y otro anterior).
- Tipo V (Estímulo horizontal en un lado con o sin desviación alta al lado opuesto).
- Tipo VI (Surco profundo en el lado cóncavo).
- Tipo VII (Combinación de tipos, del II al V. El lado de la desviación muy marcado y en el de tipo IV la desviación anterior muy marcada).

D) POR LA MORFOLOGÍA NASAL:

- Con rinodeformación.
- Sin rinodeformación.

E) POR EL ÁREA AFECTADA: (ÁREAS DE COTTLE)

- **Área I.** Se trata de la región del vestíbulo nasal; comprende desde el espacio valvular o área II hasta el nivel de la ventana nasal.
- **Área II.** Se corresponde al área valvular, definida por un plano perpendicular al margen caudal del cartílago lateral superior.
- **Área III.** Segmento que discurre entre el área valvular y el territorio definido por la aparición de la cabeza de los cornetes medio e inferior (Ático nasal). Recibe gráficamente el nombre de ático nasal.
- **Área IV**. Este territorio se sitúa entre la cabeza y la cola de los cornetes, por lo que se denomina área turbinal.
- **Área V**. Consiste en el área más posterior, entre la cola de los cornetes y el arco coanal.

18. LESIONES EN OÍDO.

A. OÍDO EXTERNO

Se pueden producir por lesiones físicas, químicas o mecánicas. De forma global la mayoría de las deformaciones adquiridas del pabellón auricular se deben a: traumatismos, heridas, hematomas e infecciones.[11]

B. TRAUMATISMO DEL PABELLÓN AURICULAR.

Trauma extraordinariamente frecuente por ser este órgano uno de los puntos de relieve más prominentes del cráneo y por tanto más vulnerable a heridas y en contusiones o traumas cerrados.[11]

C. HERIDAS DEL PABELLÓN AURICULAR

Pueden adoptar diversas formas en relación con el agente causal y varían desde heridas de bordes bien definidos (como las causadas por armas blancas u objetos cortantes), hasta lesiones de bordes anfractuosos con límites imprecisos (mordidas de animales o de seres humanos).[11]

Debido a la buena irrigación sanguínea del pabellón auricular, las heridas abiertas sangran abundantemente, pero no llegan al límite de generar signos hipovolémicos, salvo que haya seccionado la arteria temporal superficial, rama de la carótida externa, en cuyo caso el paciente puede llegar a nosotros con signos de shock.[11]

D. OTOHEMATOMA Y OTOSEROMA

Estas dos situaciones aparentemente sinónimas no lo son en la práctica, ya que entre las dos existen ligeras diferencias a tener presente. En el caso del otohematoma como su nombre lo indica, existe una acumulación de sangre entre el cartílago y el pericondrio, casi siempre como consecuencia de un traumatismo romo reciente, la distensión de este pericondrio resulta doloroso; en el caso del otoseroma, la colección es de tipo seroso, de color cetrino, suele aparecer incluso sin el

antecedente de trauma y su ubicación más frecuente es en la región conchal, mientras que el hematoma se extiende casi siempre hasta el borde anterior del helix y el seroma es generalmente indoloro.[11]

E. PERICONDRITIS

Es la infección del pericondrio auricular y la necrosis del cartílago subyacente, generalmente es una afección aguda, aunque en cierto tipo de enfermos (diabéticos, irradiados) puede adoptar una forma subaguda o crónica.[11]

Puede ser ocasionada tanto por gérmenes gram positivos (formas agudas) o gram negativos (formas crónicas).[11]

Las bacterias alcanzan el pericondrio por diversas causas, principalmente como consecuencia de traumatismos abiertos, hematomas infectados, picaduras de insectos, y en ocasiones el paso a la profundidad de infecciones localizadas al inicio en la piel del pabellón auricular (dermatitis). [11]

En las formas agudas, el cuadro clínico, puede ser de inicio notablemente súbito, el dolor es punzante y acompañado de latidos en la oreja, sensación urente o de quemadura y en no pocas veces aparecen síntomas generales y fiebre. [11]

Al examen físico encontraremos la piel congestiva y edematosa, lo que la hace presentar un ligero lustre o brillo, es muy dolorosa a la palpación, a tal grado que el enfermo nos afirma que el roce de las ropas le resulta doloroso, la congestión cutánea está limitada al pabellón y no se extiende fuera de las zona donde hay cartílago, lo cual nos permite diferenciarlo de las dermatitis agudas y de la erisipela auricular, pero el signo más importante es el engrosamiento pericondral que se hace evidente al palpar entre dos dedos el pabellón auricular y que no deja signo de Godet como en las enfermedades agudas de la piel.[11]

F. PERICONDRITIS SUPURADA

Muchas veces es una complicación de una pericondritis aguda mal tratada, o producida por gérmenes resistentes, y en otros casos por la infección secundaria a traumatismos abiertos.[11]

Se presenta como un cuadro subagudo, aunque en los diabéticos de larga evolución lo hace de forma crónica, aquí aparece el engrosamiento pericondral doloroso (pero no con la intensidad de las agudas), a la palpación bidigital se descubre un área fluctuante. [11]

G. TRAUMATISMOS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

Pueden clasificarse en dos grupos:

- Traumas indirectos
- Traumas directos

H. TRAUMAS INDIRECTOS

La gran mayoría son a consecuencia de heridas que produce el cóndilo mandibular al ser desplazado violentamente hacia detrás como resultado de un golpe sobre el mentón. Suelen aparecer en los boxeadores profesionales, pero la gran mayoría se observan en aquellas personas que han tenido accidentes del tránsito, sobre todo en los motociclistas. [11]

El cuadro clínico está dado por otorragia pura, es decir, aquella que forma coágulo sanguíneo y no tiene contenido acuoso, este detalle es muy importante ya que los heridos generalmente son politraumatizados y puede existir la duda razonable de que si la otorragia procede del interior del cráneo por una fractura de su base y que la sangre salga a través de la membrana timpánica rota, en este caso de hematoliquorrea dicha sangre no forma coágulo y no resulta difícil observar la salida de líquido cefalorraquídeo mezclado con esta.[11]

Una vez establecido el diagnóstico de trauma indirecto del conducto mediante la otoscopia, en la que observaremos la lesión siempre situada en el tercio externo del conducto y en su pared anterior, se procederá a hacer una limpieza cuidadosa del conducto usando las más estrictas medidas de asepsia, y a continuación colocaremos dentro de éste varias capas de finas gasas con pomada antibiótica; con esta simple medida, a la vez que se controla un sangrado que generalmente no es importante, se evita la ulterior estenosis cicatrizal. Se utilizarán antibióticos profilácticos y analgésicos.[16]

I. TRAUMAS DIRECTOS

Este tipo de lesión es muy frecuente y puede verse tanto en niños como en adultos, pueden ser ocasionados por el mismo paciente, cuando se rasca el oído para lo cual se usan los más disímiles objetos o accidentales, cuando penetran en el conducto auditivo externo ramas de arbustos u otros objetos duros. Muchas veces, desdichadamente, estas lesiones son iatrogénicas por maniobras intempestivas e inadecuadas de personal no entrenado con la intensión de eliminar cuerpos extraños.[11]

El cuadro clínico va a estar dominado por la otorragia ligera y el intenso dolor, es muy importante indagar si se acompañan de signos auditivos como acúfenos e hipoacusia, pues en ese caso, en el momento de hacer el examen otoscópico debe precisarse si existe lesión de membrana timpánica u oído medio, pues no resultan infrecuentes la combinación de una lesión de oído externo con una de oído medio, en cuyo caso la conducta a seguir no sería la misma, de aquí la importancia de establecer el diagnóstico diferencial desde el primer momento.[11,16]

La otoscopia evidenciará una lesión de la piel del conducto estando generalmente en el piso o en la pared posterior, dicha piel puede aparecer decolada y enrollada. [11]

J. TRAUMATISMOS DEL OÍDO EXTERNO

HERIDAS EN EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

Se deben a manipulaciones por el paciente o por otra persona, que pueden ocasionar lesiones en la piel, en otras ocasiones se debe a la impactación del cóndilo del maxilar en los golpes sobre el mentón, fracturas de base de cráneo en el peñasco de la base del hueso temporal. [11]

PERFORACIÓN TRAUMÁTICA DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA

Puede ser por causas directas: Sólidos, líquidos y aire (Cambios bruscos de presión por explosivos o golpes con la palma de la mano sobre el oído). [11]

TRAUMATISMOS DEL OÍDO MEDIO.

Los traumatismos de cráneo con fractura del peñasco del temporal pueden provocar otorragias que suelen durar poco tiempo, salvo lesiones de vasos sanguíneos importantes. Es casi constante (80 – 90%) en las fracturas longitudinales, acompañado de desgarro de la membrana timpánica, en ocasión equimosis en la mastoides (Signo de Battle). [10,11,16]

BAROTRAUMA.

Trauma ocasionado por cambio de presión, sea aire o agua. Esta lesión se manifiesta con: sensación de plenitud auditiva, otalgia, acúfenos, hipoacusia conductiva e incluso crisis vertiginosa. [10]

HIPOACUSIA

Es toda disminución de la agudeza auditiva, que sobrepase los 27 dB en las frecuencias centrales del audiograma tonal.[10]

Se clasifican en hipoacusias de conducción, percepción y mixtas.[10]

Es de gran importancia el interrogatorio al paciente durante la consulta, acerca de las características de aparición de la hipoacusia, posterior a ella se realiza una adecuada otoscopia, pruebas acumétricas (Weber, Rinne y Schwuabach) con la ayuda de diapasones utilizarán los diapasones.[10]

La hipoacusia se mide en decibelios (dBHL). Este valor representa el nivel más bajo al que una persona joven puede oír. El nivel auditivo se puede medir para sonidos de tono puro y para sonidos del habla, y puede comprobarse para ambos oídos (bilateral) o para cada oído individualmente (unilateral). [10]

La hipoacusia se clasifica en leve, moderada, severa o profunda, lo cual se identifica mediante la audiometría tonal.

- Audición normal: Audición por encima de 20 dBHL.
- Hipoacusia leve: Audición entre 25 y 39 dBHL.
- Hipoacusia moderada: Audición entre 40 y 69 dBHL.
- Hipoacusia severa: Audición entre 70 y 89 dBHL.
- Hipoacusia profunda: Audición a más de 90 dBHL. [10]

VÉRTIGO POSTRAUMÁTICO

El vértigo postraumático a nivel mundial representa una de las secuelas que se presentan con mayor frecuencia asociadas a los traumatismos cráneo-encefálicos, cuello y barotraumas.[10] A pesar que la clínica del vértigo postrumático presenta controversias, los síntomas se deben a:

- Lesiones en el oído interno a consecuencia de fractura laberíntica, vértigo postural paroxístico benigno postraumático, contusión laberíntica sin evidencia de fractura ni fístula perilinfática o fisura del hueso laberíntico, permitiendo la presencia de fístula perilinfática, permitiendo la salida de líquido del oído interno. [10, 16]
- Lesiones cerebrales, con lesión del tronco encefálico, a consecuencia de lesiones severas alterand el nivel de conciencia, además de síntomas neurológicos asociados, que se manifiesta por el síndrome post contusional

(Inestabilidad específica, ansiedad, cefalea difusa, irritabilidad, embotamiento, astenia, adinamia, alteraciones visuales, etc.), estos síntomas pueden persistir tiempo después del traumatismo. [10]

- Daño en los tejidos blandos del cuello, como por ejemplo el síndrome del latigazo cervical, caracterizado por inestabilidad inespecífica, desequilibrio, sensación de balanceo, de cabeza vacía, de flotar, de giros dentro de la cabeza y no del entorno

El mareo, el vértigo y el desequilibrio de origen post-traumático responden bien al tratamiento con rehabilitación en la mayoría de los casos.[10]

PARÁLISIS FACIAL TRAUMÁTICA

Varias son las causas de la parálisis facial traumática, traumatismos cráneo encefálicos con fracturas de hueso temporal, heridas en la cara, fracturas de mandíbula, iatrogenias en cirugía otológica y neurológica.[10]

TRAUMATISMOS DE LARINGE

La lesión traumática del complejo laringotraqueal es excepcional y puede pasar desapercibida. La incidencia en adultos es de 1 por 30.000 casos de traumatismos que consultan en urgencias.[10,11]

Clásicamente, las lesiones laríngeas se han clasificado en 5 grupos:

Grupo I (no fracturas detectables, no laceraciones de la mucosa, mínimo hematoma endolaríngeo, mínimo compromiso de vía aérea).

Grupo II (hematoma o edema endolaríngeo con compromiso vía aérea, laceraciones mínimas de la mucosa sin exposición de cartílago, fractura no desplazada en tomografía computarizada).

Grupo III (edema endolaríngeo masivo con compromiso de la vía aérea, laceraciones de la mucosa con cartílago expuesto, cuerda vocal inmóvil).

Grupo IV (igual al grupo III con trastorno masivo de la endolaringe y más de 2 fracturas lineales).

Grupo V (separación laringotraqueal). La mayoría de los autores recomiendan tratamiento conservador en los casos que se encuentran estables y se hallan en el grupo I y quirúrgico cuando exista rotura de la mucosa y cartílago o fractura.

D) MARCO JURÍDICO

1. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE BOLIVIA

Con la implementación del Nuevo Código de Procedimiento Penal, en el artículo 75, para fortalecer la justicia, el Ministerio Público, recurriendo a sus órganos, que utilicen técnicas científicas de Investigación Criminal y Forense, se indica, cómo realizar el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.[12]

La Ley Nº 1970, Nuevo código de Procedimiento Penal, de 25 de marzo de 1999, Título II Órganos de Investigación, Capítulo II Policía Nacional e Instituto de Investigaciones Forenses, Art. 75º, señala que es un órgano dependiente, tanto administrativa y financieramente de la Fiscalía General de la República. [12]

Teniendo como Visión, ser un organismo Técnico – Científico, dependiente, imparcial y altamente especializado en la investigación y comprobación de los delitos, favoreciendo a la transparencia, confianza y efectividad de la administración de justicia, con el objetivo de garantizar la confiabilidad del análisis Científico y Técnico de las evidencias de los delitos perpetrados, de tal manera que contribuya a esclarecer los hechos, modos, autores y circunstancias en que se cometieron, estableciendo la verdad, dentro del proceso penal. [12,22]

2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Artículo 9.

Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:[23]

1. Constituir una sociedad justa y armoniosa, cimentada en la descolonización, sin discriminación ni explotación, con plena justicia social, para consolidar las identidades plurinacionales.

2. Garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad y la protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, y fomentar el respeto mutuo y el diálogo intracultural, intercultural y plurilingüe.

3. Reafirmar y consolidar la unidad del país, y preservar como patrimonio histórico y humano la diversidad plurinacional.

4. Garantizar el cumplimiento de los principios, valores, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución.

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

6. Promover y garantizar el aprovechamiento responsable y planificado de los recursos naturales, e impulsar su industrialización, a través del desarrollo y del fortalecimiento de la base productiva en sus diferentes dimensiones y niveles, así como la conservación del medio ambiente, para el bienestar de las generaciones actuales y futuras. [23]

Artículo 13.

I. Los derechos reconocidos por esta Constitución son inviolables, universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos. [23]

II. Los derechos que proclama esta Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos no enunciados. [23]

III. La clasificación de los derechos establecida en esta Constitución no determina jerarquía alguna ni superioridad de unos derechos sobre otros. [23]

IV. Los tratados y convenios internacionales ratificados por la Asamblea Legislativa Plurinacional, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los Estados de Excepción prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Constitución se interpretarán de conformidad con los Tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Bolivia. [23]

Artículo 15.

I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte. [23]

II. Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad. [23]

III. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado. [23]

IV. Ninguna persona podrá ser sometida a desaparición forzada por causa o circunstancia alguna. [23]

V. Ninguna persona podrá ser sometida a servidumbre ni esclavitud. Se prohíbe la trata y tráfico de personas. [23]

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud. [23]

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. [23]

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. [23]

Artículo 22.

La dignidad y la libertad de la persona son inviolables. Respetarlas y protegerlas es deber primordial del Estado. [23]

Artículo 35.

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. [23]

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. [23]

Artículo 37.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. [23]

Artículo 113.

I. La vulneración de los derechos concede a las víctimas el derecho a la indemnización, reparación y resarcimiento de daños y perjuicios en forma oportuna. [23]

II. En caso de que el Estado sea condenado a la reparación patrimonial de daños y perjuicios, deberá interponer la acción de repetición contra la autoridad *o servidor público responsable de la acción u omisión que provocó el daño.* [23]

Artículo 115.

I. Toda persona será protegida oportuna y efectivamente por los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos. [23]

II. El Estado garantiza el derecho al debido proceso, a la defensa y a una justicia plural, pronta, oportuna, gratuita, transparente y sin dilaciones. [23]

3. CÓDIGO PENAL (LEY Nº 1768 DE 10 DE MARZO DE 1997)[24]

Artículo 270. (Lesiones Gravísimas). Se sancionara con privación de libertad de cinco (5) a doce (12) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona, una lesión de la cual resulte alguna de las siguientes consecuencias:

1) Enfermedad o discapacidad psíquica, intelectual, física, sensorial o múltiple.

2) Daño psicológico o psiquiátrico permanente.

3) Debilitación permanente de la salud o la pérdida total o parcial de un sentido, de un miembro, de un órgano o de una función.

4) Incapacidad permanente para el trabajo o que sobrepase de noventa (90) días.

5) Marca indeleble o deformación permanente en cualquier parte del cuerpo.

6. Peligro inminente de perder la vida.

ARTICULO 271°.- (LESIONES GRAVES Y LEVES).

Se sancionará con privación de libertad de tres (3) a seis (6) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona un daño físico o psicológico, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derive incapacidad para el trabajo de quince (15) hasta noventa (90) días.

Si la incapacidad fuere hasta de catorce (14) días, se impondrá al autor sanción de trabajos comunitarios de uno (1) a tres (3) años y cumplimiento de instrucciones que la jueza o el juez determine.

Cuando la víctima sea una niña, niño o adolescente la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo.

ARTICULO 272°.- (AGRAVANTE).

En los casos de los Artículos 267 bis, 270 y 271, la sanción será agravada en un tercio del máximo o mínimo, cuando mediaren las circunstancias enumeradas en el Artículo 252, exceptuando la prevista en el numeral 1.

ARTICULO 272 bis. (VIOLENCIA FAMILIAR O DOMÉSTICA).

Quien agrediere físicamente, psicológica o sexualmente dentro los casos comprendidos en el numeral 1 al 4 del presente Artículo incurrirá en pena de reclusión de dos (2) a cuatro (4) años, siempre que no constituya otro delito.

1. El cónyuge o conviviente o por quien mantenga o hubiera mantenido con la víctima una relación análoga de afectividad o intimidad, aún sin convivencia.

2. La persona que huya procreado hijos o lujas con la víctima, aún sin convivencia.

3. Los ascendientes o descendientes, hermanos, hermanas, parientes consanguíneos o afines en línea directa y colateral hasta el cuarto grado.

4. La persona que estuviere encargada del cuidado o guarda de la víctima, o si ésta se encontrara en el hogar, bajo situación de dependencia o autoridad.

En los demás casos la parte podrá hacer valer su pretensión por ante la vía correspondiente.

ARTICULO 273°.- (LESION SEGUIDA DE MUERTE).

El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor, pero que pudo haber sido previsto, será sancionado con privación de libertad de tres (3) a ocho (8) años.

Si se tratare de los casos previstos en el Artículo 254º, párrafo primero, la sanción será disminuida en un tercio.

La sanción privativa de libertad será agravada en dos tercios, si la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor.

ARTÍCULO 274°.- (LESIONES CULPOSAS).

El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta (240) días o prestación de trabajo hasta un (1) año.

Si la víctima del delito resultare ser Niña, Niño o Adolescente, se aplicará una pena privativa de libertad de dos (2) a cuatro años (4).

ARTÍCULO 275°.- (AUTOLESIÓN).

Incurrirá en reclusión de tres meses a tres años:

1. El que se causare una lesión o agravare voluntariamente las consecuencias de la misma, para no cumplir un deber, servicio u otra prestación impuesta por ley, o para obtener un beneficio ilícito.
2. El que permitiere que otro le cause una lesión, para los mismos fines.
3. El que lesionare a otro con su consentimiento.

ARTICULO 277 (CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O VIH SIDA).

Quien a sabiendas de hallarse atacado de una enfermedad de transmisión sexual o VIH SIDA, pusiere en peligro de contagio a otra persona mediante relaciones sexuales o extra sexuales, será sancionado con privación de libertad de un mes a un año.

Si el contagio se produjere, por una enfermedad de transmisión sexual, la pena será de uno a tres años; si el contagio se produjere por la transmisión del VIH SIDA, será sancionada con privación de libertad de cinco a diez años.

En caso de que del peligro de contagio, se diere por medio sexual o extra sexual y resultare víctima una Niña, un Niño o Adolescente, se sancionará con una pena privativa de libertad de tres a seis años. Si el contagio se produjere, la pena será de diez a quince años.

ARTICULO 277 bis.- (ALTERACIÓN GENÉTICA).

Será sancionado con privación de libertad de dos a cuatro años e inhabilitación especial quien con finalidad distinta a la terapéutica, manipule genes humanos de manera que se altere el genotipo. Si la alteración del genotipo fuera realizada por imprudencia, la pena será de inhabilitación especial de uno a dos años.

4. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL (Ley Nº 1970 de 25 de Marzo de 1999)

Artículo 69. (Función de Policía Judicial). La Policía Judicial es una función de servicio público para la investigación de los delitos.

La investigación de los delitos se halla a cargo del Ministerio Público, de la Policía Nacional y del Instituto de Investigaciones Forenses, de conformidad con lo previsto por la Constitución Política del Estado, las leyes y con los alcances establecidos en este Código.

La Policía Nacional, en ejercicio de funciones de policía judicial, y el Instituto de Investigaciones Forenses participan en la investigación de los delitos bajo la dirección del Ministerio Público.

Las diligencias de policía judicial en materia de sustancias controladas serán procesadas por la Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico bajo la dirección del fiscal de sustancias controladas.

Artículo 70. (Funciones del Ministerio Público). Corresponderá al Ministerio Público dirigir la investigación de los delitos y promover la acción penal pública ante los órganos jurisdiccionales.

Con este propósito realizará todos los actos necesarios para preparar la acusación y participar en el proceso, conforme a las disposiciones previstas en este Código y en su Ley Orgánica.

Igualmente deberá actuar ante los jueces de ejecución penal en todo lo relacionado con el cumplimiento de la pena.

Artículo 75. (Instituto de Investigaciones Forenses). El Instituto de Investigaciones Forenses es un órgano dependiente administrativa, y financieramente de la Fiscalía General de la República.

Estará encargado de realizar, con autonomía funcional, todos los estudios científico – técnicos requeridos para la investigación de los delitos o la comprobación de otros hechos mediante orden judicial.

Los Directores y demás personal del Instituto de Investigaciones Forenses serán designados mediante concurso público de méritos y antecedentes. Cuando la designación recaiga en miembros activos de la Policía Nacional, éstos serán declarados en comisión de servicio sin afectar su carrera policial.

La organización y funcionamiento del Instituto de Investigaciones Forenses serán reglamentados por la Fiscalía General de la República.

E) MARCO REFERENCIAL.

1.- VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Bajo el término de "Valoración del Daño Corporal", se incluye una serie de actuaciones médicas dirigidas a conocer exactamente las consecuencias que un suceso traumático determinado, ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, con la finalidad de obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, familiares y morales.[14]

La reparación del daño personal significa el resarcimiento íntegro, esto es, de todos los daños y perjuicios sufridos. [14]

La vida y la integridad física son bienes del ser humano que no pueden ser impunemente lesionados, de lo contrario, el afectado tendrá derecho a una reparación.[14]

Para que un perjuicio pueda ser considerado siniestro, se requiere una cuidadosa evaluación médica, en la que, a través de la valoración de la causa, de las concausas y de la evolución clínica de la lesión, se determine la incapacidad temporal producida, el período de consolidación y el menoscabo permanente

originado para que la administración determine la existencia de responsabilidad, la necesidad de indemnizar y la cuantía de esa indemnización. De ahí la trascendencia del peritaje médico. [14]

2.- USO DEL BAREMOS EN DAÑOS PERSONALES

La cuantificación e indemnización de daños personales debe apoyarse en el empleo de baremos. No es esta una afirmación discutible, sino que tiene un valor absoluto.[12]

El empleo de baremos aporta numerosas ventajas[1] entre las que cabe destacar las siguientes:

- Facilita la comprensión del informe pericial, transforma la compleja red de secuelas que un paciente puede presentar, sus consecuencias, interacciones y evoluciones futuras, en una cifra, o en varias combinadas, situadas dentro de una escala concreta.

- Introduce un elemento común que uniformar los criterios de cuantificación, aproximando los casos de valoración, de tal modo que casos similares sean tratados de igual forma ante la justicia.
- Facilita los acuerdos amistosos fuera de la vía judicial, descargando considerablemente el trabajo de la Administración de Justicia, acelerando el acceso de la víctima a la compensación.
- Permite a compañías aseguradoras hacer previsiones económicas precisas y esenciales que permite la compensación de daños. [1,2,5]

3.- PARÁMETROS DE INCAPACIDAD MÉDICO LEGAL DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE BOLIVIA

Se listan algunas lesiones y se menciona un parámetro orientador para determinar la incapacidad Médico – Legal. Sin embargo, es el criterio del perito que permite establecer de la manera más objetiva posible los días de incapacidad Médico - Legal.[12] (Ver Anexo III)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Baremo es un vocablo de origen francés "*barème*", se origina por Bertand Francoise Barreme (1640 – 1710), matemático francés que desarrolló en 1682 un listado de tarifas y jornales en su obra "*Libro de Cuentas Justas*". [25]

Los Baremos son tablas que constan de una lista de lesiones, enfermedades o secuelas, a cada una de ellas se le asigna un valor fijo o intervalo, con la finalidad de que las lesiones descritas tengan valores proporcionales, es decir, a mayor gravedad de lesión o de secuela le tendría que corresponder un valor superior, debe ser ordenado, científico, lógico, jerarquizado, universal y pragmático.[12]

El perito debe volcar con especial dedicación todos sus conocimientos, experiencia y observar con sumo cuidado para determinar la incapacidad del paciente.[1,5]

Posterior a una exhaustiva revisión bibliográfica, se aprecia que en la actualidad no existe en nuestro país un Baremos oficial para la asignación de incapacidad médico legal, tomando en cuenta la evolución del Derecho en la penalización de lesiones que se va modificando constantemente, con la incorporación de nuevos enfoques, lo cual va tornando inutilizables a los baremos tradicionales,[2] se considera necesario evolucionar y mejorar la calidad de los Baremos que en su mayoría son elaborados por Médicos legistas con poca o nula participación de los médicos de las diferentes especialidades clínico-quirúrgicas

La incapacidad médico legal es uno de los conceptos fundamentales de la pericia médico legal, utilizada de medida indirecta para que la autoridad pueda definir la competencia, determinar aspectos procedimentales y tasar la sanción en delitos por lesiones personales.[3]

Los días de descanso médico legal no deben confundirse con los días de descanso asistencial o de incapacidad temporal para el trabajo, puesto que para su determinación se toman en cuenta criterios distintos y persiguen finalidades distintas.[1]

Los días de incapacidad médico legal tiene la finalidad de orientar y facilitar al operador de justicia la tipificación jurídica de los delitos contra el cuerpo y la salud, a diferencia de los días de descanso médico asistencial tiene la finalidad de restablecer el retorno a sus actividades habituales. [1]

En el Código de Procedimiento Penal de Bolivia se toma como parámetro los días de incapacidad médico legal mayor a 90 días para considerar lesión gravísima, de 15 a 90 días lesiones graves y leves.[24]

No existe un Baremos estándar para la asignación de incapacidad médico legal, éstos son elaborados de acuerdo a la experiencia de un grupo de peritos de cada región, lo ideal sería que los Baremos sean realizados en concordancia con Médicos legistas y Médicos especialistas, de esta manera se puede mejorar la calidad e idoneidad del baremos para mejorar los resultados del peritaje ya que de éste depende la calidad del juicio.[1, 12]

La especialidad de Otorrinolaringología abarca patologías de oído, nariz, cavidad oral, faringe, laringe y cuello; áreas que frecuentemente son lesionadas ya sea con dolo o de manera accidental. Debido a la complejidad de los diagnósticos en la dicha especialidad debería incluirse el criterio del especialista en la elaboración del Baremos en las afecciones otorrinolaringológicas.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Será necesario actualizar los parámetros de incapacidad Médico Legal, para Lesiones Otorrinolaringológicas del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia?

VI. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Baremos de parámetros para otorgar días de incapacidad Médico Legal en lesiones otorrinolaringológicas, para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Establecer los procedimientos actuales, para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal en el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de Bolivia, durante las gestiones 2017-2019.
b. Determinar la necesidad de incorporar de un Baremos para otorgar días incapacidad Médico – Legal, en lesiones otorrinolaringológicas, para el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de Bolivia, durante las gestiones 2017-2019.
c. Identificar la importancia de elaborar un Baremos, para determinar días de incapacidad Médico – Legal en lesiones otorrinolaringológicas, elaborado por Otorrinolaringólogo con conocimientos en Medicina Forense y Medicina Legal. para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, durante las gestiones 2017-2019.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo.

Se denomina estudio transversal, ya que toma la medición y efecto de datos en un solo momento, teniendo como propósito describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado.[26] La recolección de estos datos se realizó de Noviembre de 2017 a Septiembre de 2019, con la ayuda de encuestas que constan de preguntas cerradas.

Se conoce como estudio de tipo descriptivo porque permite detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.[26]

En el presente estudio se buscó establecer la importancia contar con un baremos para lesiones otorrinolaringológicas. Para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, con ayuda del instrumento de recolección de datos, los mismos que fueron utilizados entre Noviembre de 2017 y Septiembre de 2019.

El estudio es de tipo cuantitativo, ya que analiza una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Para este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis.[26]

B. POBLACIÓN Y LUGAR

Población: La población estuvo integrada por todos los Médicos Forenses, que desempeñan sus funciones en el Instituto de Investigaciones Forenses de todo el territorio de Bolivia, se tomó en cuenta el censo de Médicos Forenses de Bolivia en el año 2017, distribuidos de la siguiente forma:

- La Paz (Nuestra Señora de La Paz, El Alto, Chulumani y Caranavi) 17 Médicos Forenses.
- Santa Cruz (Santa Cruz de la Sierra, Yapacaní, Montero y La Guardia) 12 Médicos Forenses.
- Cochabamba (Cochabamba, Ivirgarzama, Punata) 9 Médicos Forenses.
- Chuquisaca (Sucre, Monteagudo y Camargo) 5 Médicos Forenses.
- Beni (Santísima Trinidad y Guayaramerín) 4 Médicos Forenses, Médicos Forenses.
- Oruro (Oruro y Challapata) 5 Médicos Forenses.
- Pando (Cobija, Puerto Rico, San Lorenzo y El Sena) 3 Médicos Forenses.
- Potosí (Potosí, Llallagua, Tupiza y Villazón) 6 Médicos Forenses.
- Tarija (Tarija, Bermejo y Yacuiba) 5 Médicos Forenses.

Haciendo un total de 66 Médicos Forenses en Bolivia, para la época indicada.

C. MUESTRA

El muestreo es no probabilístico, es decir que no es aleatorio, ya que se trabajó con el total de médicos forenses que ascienden a 37.

D. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Médicos Forenses que trabajan en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Médicos Forenses que no ejerzan sus funciones en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia

E. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento empleado para la recolección de datos, fue el de encuesta, conformada por preguntas cerradas, dirigidas a los Médicos Forenses, que desempeñen sus funciones en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia de 2017 a 2019. (Ver Anexo I)

F. PROCEDIMIENTO.

El análisis de los resultados, fue realizado empleando el programa EPI INFO 7, sobre la base de variables cualitativas y cuantitativas.

La colección de información fue a partir de un cuestionario de preguntas cerradas, hacia los médicos Forenses del IDIF de Bolivia, esta colección de información fue realizada desde noviembre de 2017 a Septiembre de 2019.

G. VARIABLES.

1. INDEPENDIENTE.

Propuesta de Baremos para lesiones otorrinolaringológicas para la asignación de días de incapacidad Médico Legal, para el instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.

2. DEPENDIENTE.

Mejoría de la evaluación y asignación de días de incapacidad Médico – Legal, en pacientes con lesiones otorrinolaringológicas.

H. HIPÓTESIS

La mayoría de los encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia considerará necesario actualizar el baremos para otorgar de días de incapacidad Médico Legal en lesiones Otorrinolaringológicas.

I. PLAN DE ANÁLISIS.

Para lograr el objetivo general "Elaborar un Baremos de parámetros para otorgar días de incapacidad Médico Legal en lesiones otorrinolaringológicas, para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia", de debe determinar la necesidad de actualizarlo, mediante preguntas cerradas a los Médicos Forenses del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de Bolivia, de Noviembre del 2017 a Septiembre del 2019. (VER ANEXO I)

Para alcanzar el primer objetivo específico "Establecer la situación actual del procedimiento para determinar la incapacidad Médico – Legal en el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de Bolivia.", en el mismo cuestionario se realizaron preguntas cerradas y estructuradas en las que se pudieron identificar los parámetros que toman los Médicos Forenses del Instituto de Investigaciones Forenses, para otorgar los días de incapacidad médico legal (Preguntas de 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de la Encuesta).

Para dar salida al segundo objetivo específico "Determinar la necesidad de actualizar el Baremos existente, en el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de Bolivia, durante la gestión 2017-2019", se contemplaron preguntas cerradas a los Médicos Forenses encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses, que identifiquen la necesidad de actualizar el Baremos actual para determinar los días de incapacidad Médico Legal. (Preguntas 7, 8 y 10 de la Encuesta)

Para alcanzar el tercer objetivo específico, "Definir la importancia de elaborar un Baremos, para determinar días de incapacidad Médico – Legal en lesiones otorrinolaringológicas, elaborado por médicos Otorrinolaringólogos y médicos legistas, para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia", se emplearon preguntas cerradas a los Médicos Forenses encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses, para que puedan identificar la importancia de elaborar un Baremos para lesiones otorrinolaringológicas con la participación de médico otorrinolaringólogo con conocimientos en Medicina Legal. (Pregunta 9 de la Encuesta)

VIII. ASPECTOS ÉTICOS.

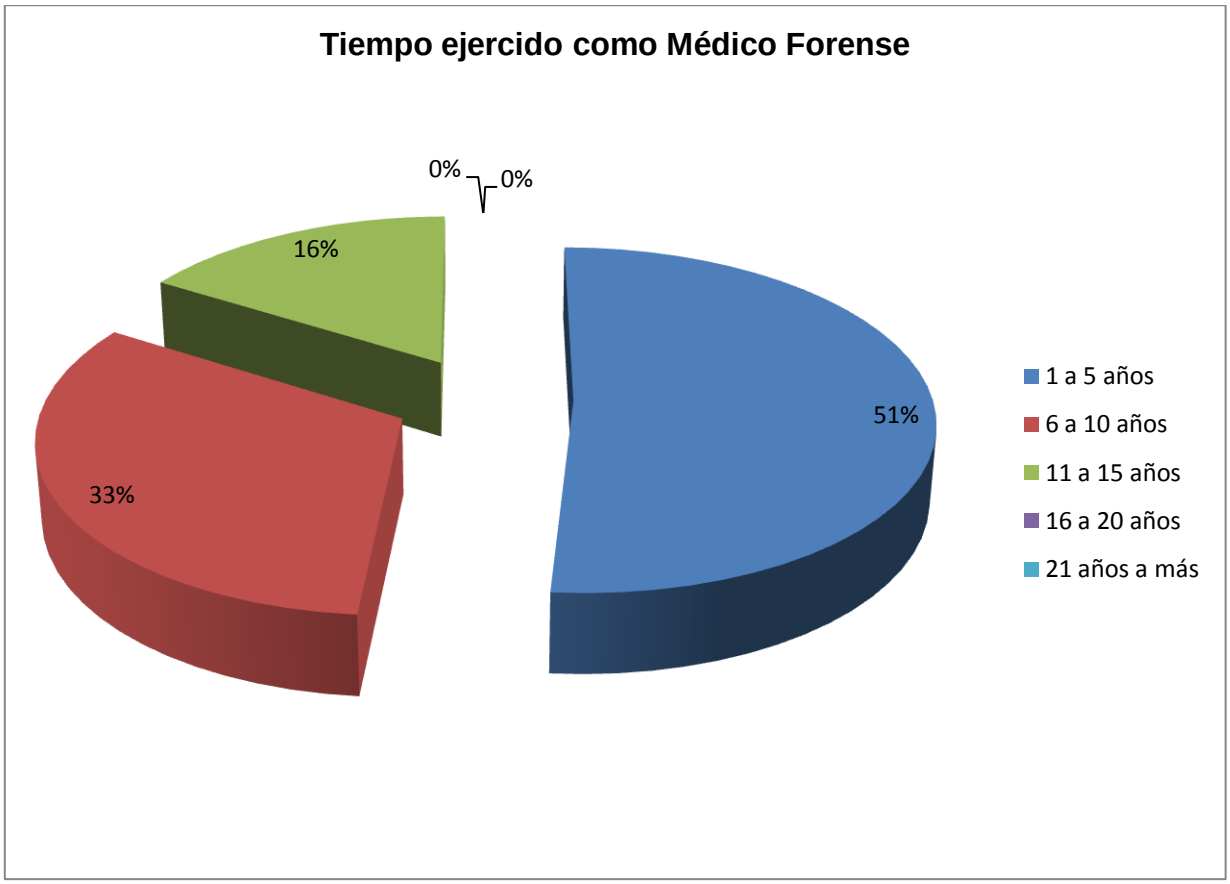
Para la realización del presente trabajo de investigación, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos éticos. (Ver Anexo IV).

- Carta dirigida al Director Nacional del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, solicitando autorización para ingresar a los ambientes del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia para poder encuestar a Médicos Forenses que trabajan en dicha institución.

- En la encuesta proporcionada a los médicos Forenses, se encuentra al inicio, la autorización por parte del Coordinador Nacional de Médicos Forenses de Bolivia, para el llenado de dicha encuesta, a continuación el consentimiento informado, en el que se especifique el nombre de la encuestadora, título del trabajo de investigación, el beneficio que se pretende obtener e indicar que los resultados serán empleados respetando el anonimato del encuestado, para respetar la identidad de los Médicos Forenses que accedieron a llenar el instrumento de recolección de datos. Dicha encuesta se realizará con la firma que autorice el llenado de la misma por parte del encuestado, excepto en casos en que éste se niegue a plasmar la firma.

IX. RESULTADOS.

Gráfico Nº 1. Distribución porcentual de años ejercidos como Médico Forense, en médicos encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

El total de Médicos encuestados trabajan como Médicos – Forenses entre 1 a 15 años, distribuidos de la siguiente manera: 51% de 1 a 5 años, 33 % de 6 a 10 años y 16 % de 11 a 15 años.

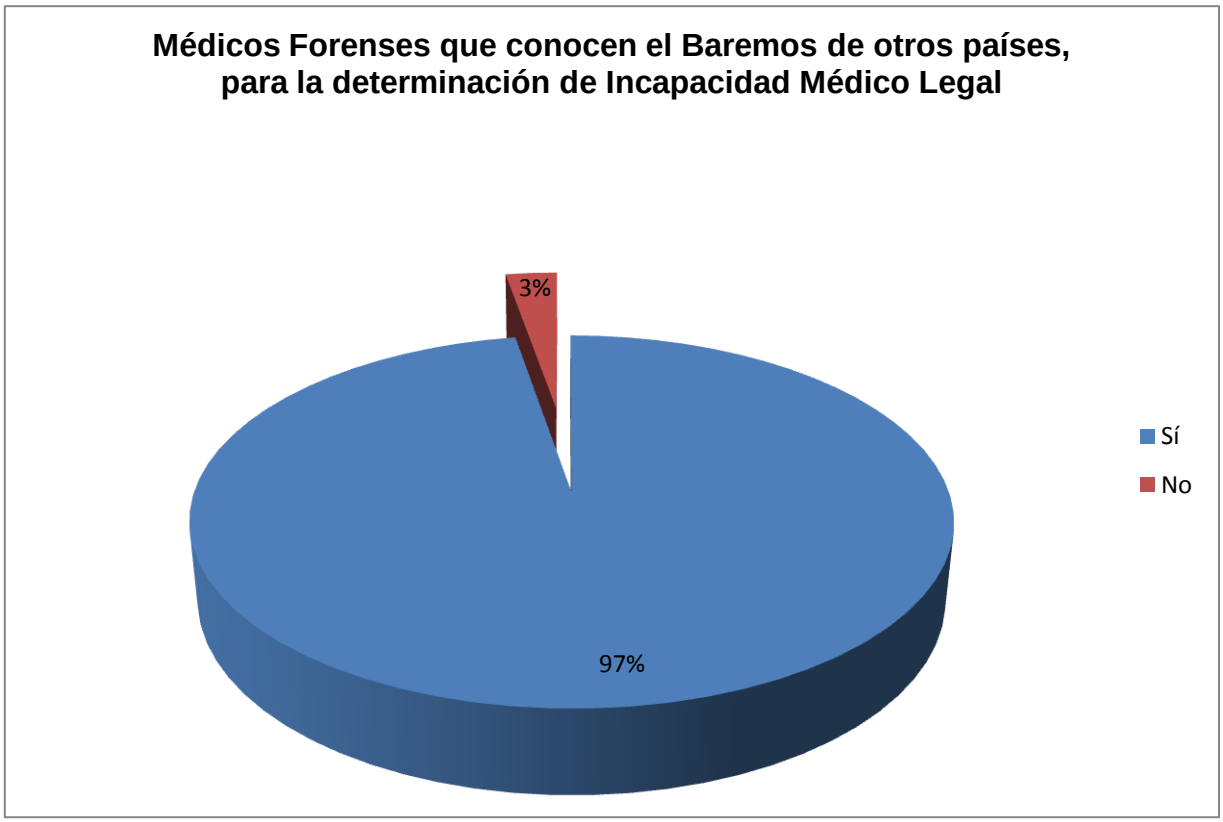
Tabla Nº 1. Distribución porcentual del conocimiento acerca del Baremos actual para la determinación de días de incapacidad Médico - Legal en Médicos Forenses encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019

Opciones	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Sí	37	100%
No	0	0%
Total	**37**	**100%**

Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

El 100 % de los médicos encuestados conocen el Baremos actual que utiliza el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal.

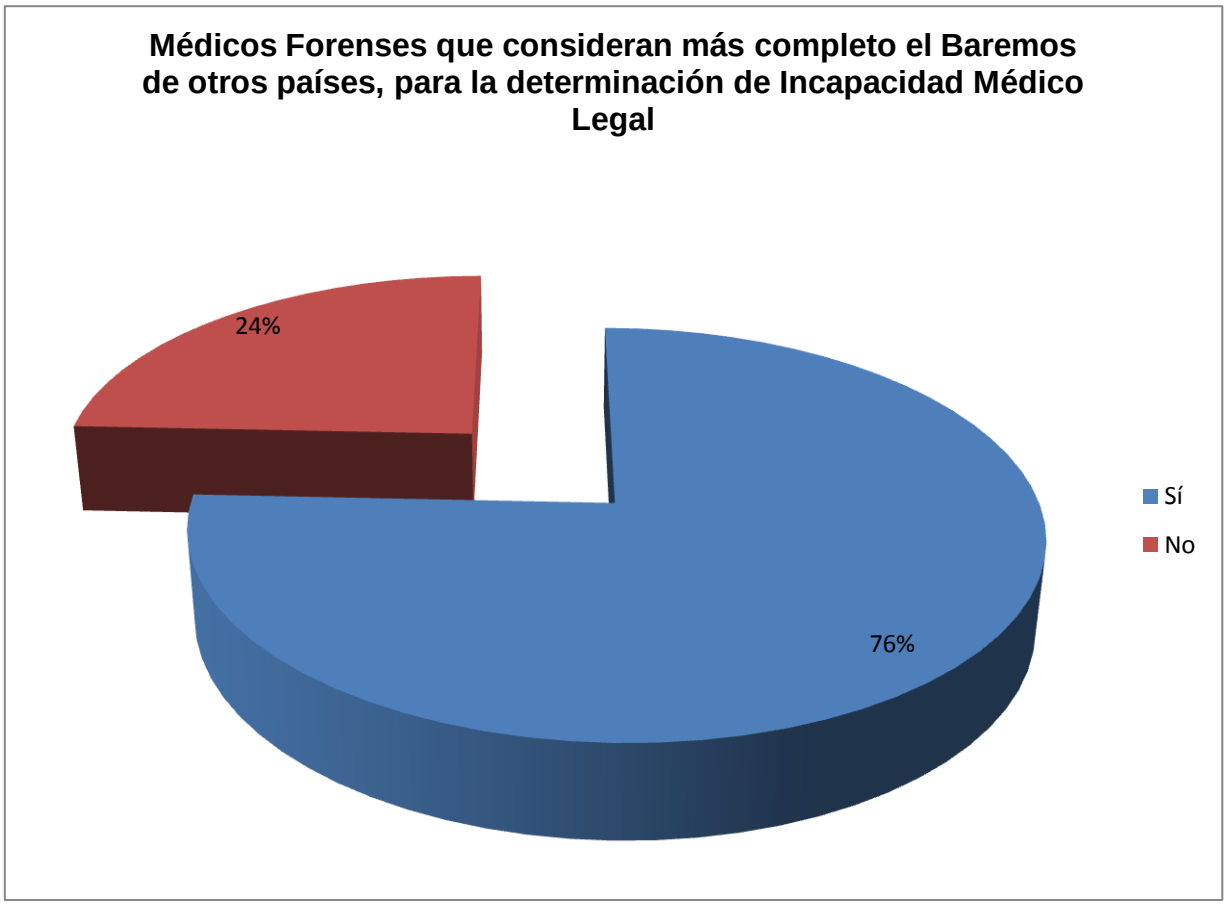
Gráfico Nº 2. Distribución porcentual del conocimiento del Baremos de otros países, para la asignación de incapacidad Médico - Legal, en Médicos Forenses encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, el 97% sí, conoce los Baremos para la determinación de incapacidad Médico – Legal, de otros países y el 3 % no los conoce.

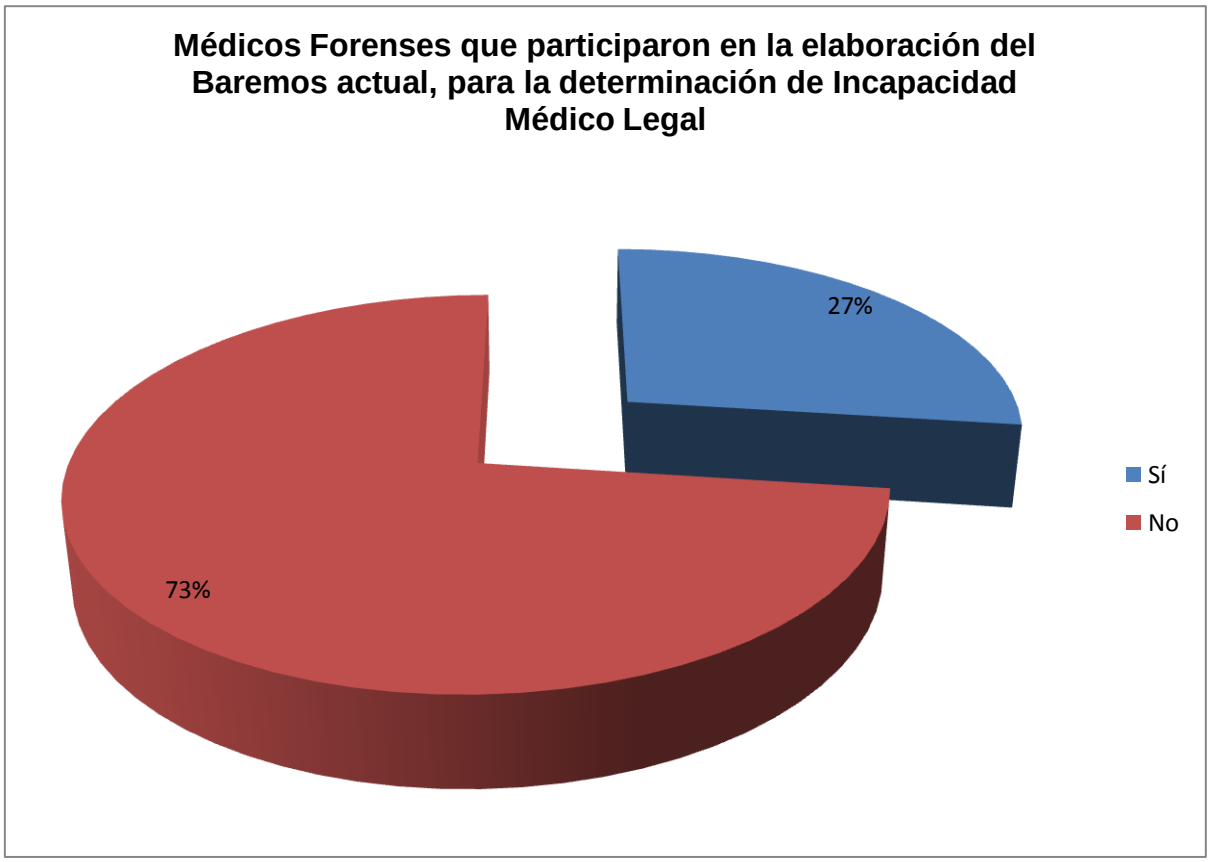
Gráfico Nº 3. Distribución porcentual del conocimiento acerca del Baremos actual para la determinación de días de incapacidad Médico - Legal en Médicos Forenses encuestados en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, el 76 % sí, considera que los Baremos para la determinación de incapacidad Médico – Legal, de otros países son más completos y el 24 % considera que no lo son.

Gráfico Nª 4. Distribución porcentual de Médicos Forenses encuestados, que participaron en la elaboración del Baremos actual, para la asignación de incapacidad médico legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, el 27 % sí, participó en la elaboración del Baremos actual para la determinación de incapacidad Médico – Legal, para el Instituto de Investigaciones Forenses y el 73 % no participaron.

Tabla Nª 2.

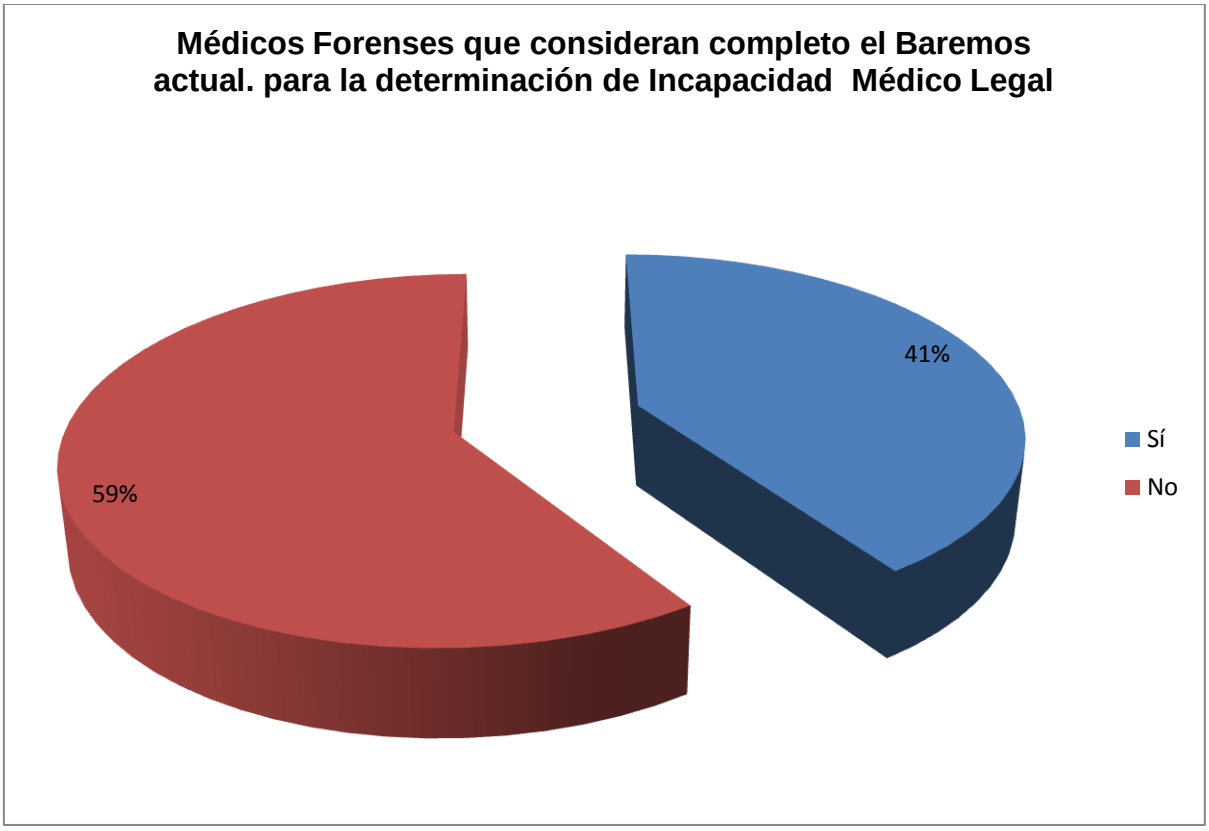
Distribución porcentual de Médicos Forenses encuestados que usan el Baremos actual, para la asignación de incapacidad médico legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.

Opciones	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Sí	37	100%
No	0	0%
Total	**37**	**100%**

Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, el 100 % sí, usa el Baremos actual para la determinación de incapacidad Médico – Legal, del Instituto de Investigaciones Forenses.

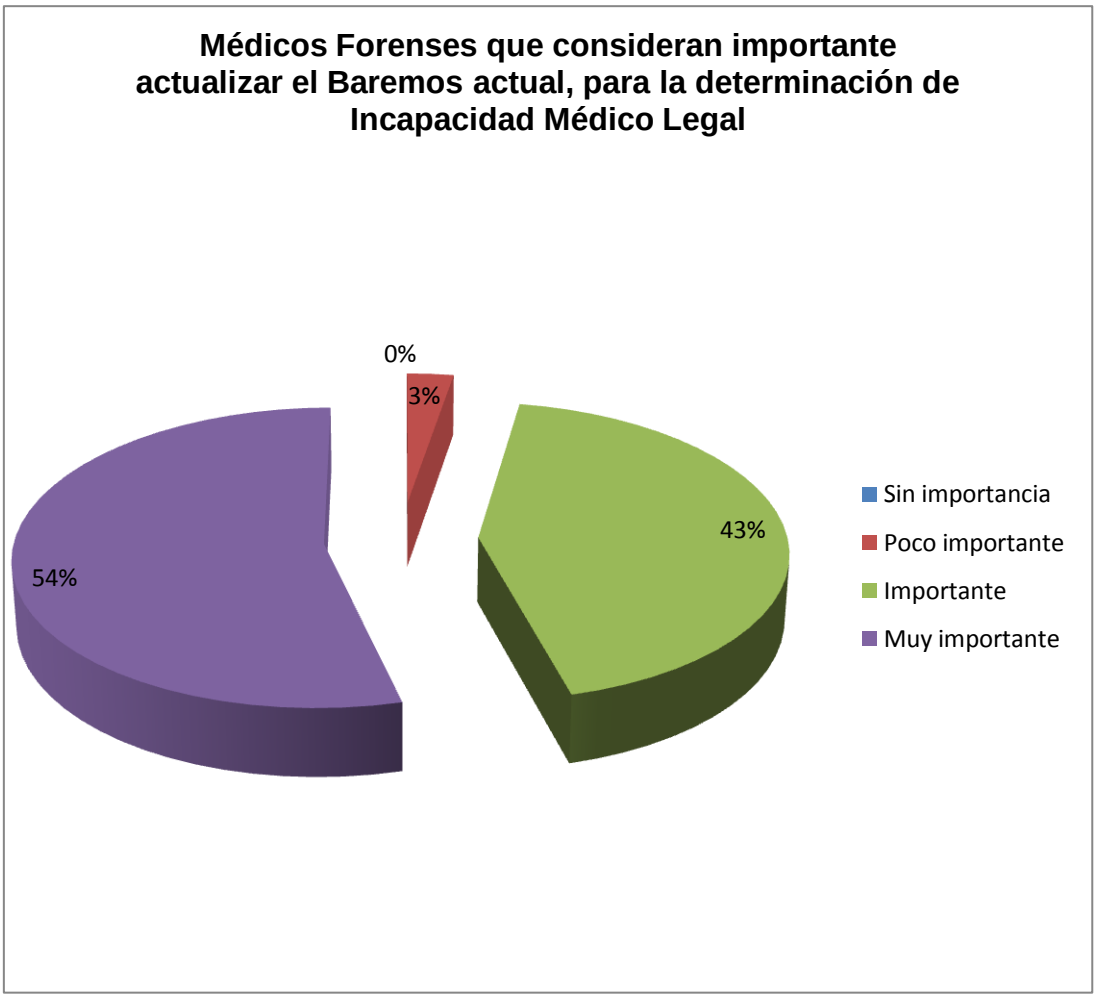
Gráfico Nª 5. Distribución porcentual de Médicos Forenses encuestados, que consideran completo el Baremos actual, para la asignación de incapacidad médico legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, el 41 % sí, considera completo el Baremos actual para la determinación de incapacidad Médico – Legal, del Instituto de Investigaciones Forenses y el 59 % no lo considera completo.

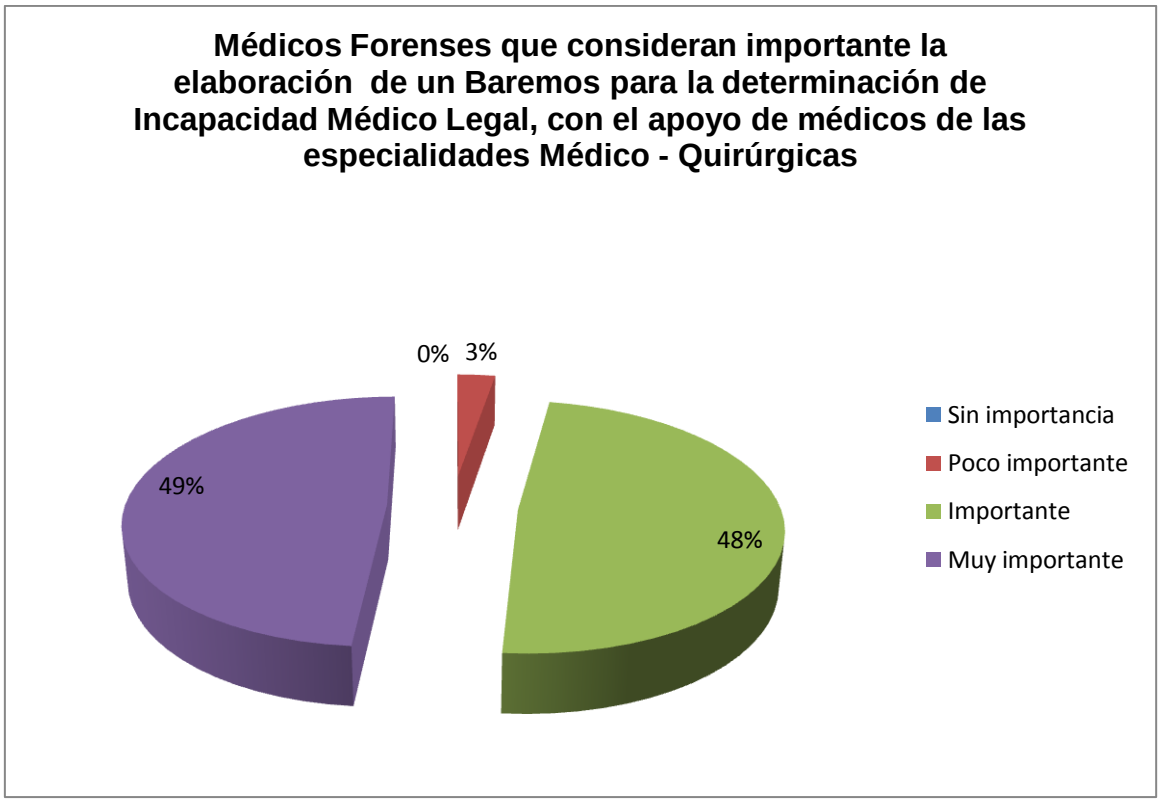
Gráfico Nª 6. Distribución porcentual de la importancia que le otorgan a la necesidad de actualización del Baremos que sirve de parámetro actualmente para la asignación de incapacidad médico legal, en médicos encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, de acuerdo a la importancia que le otorgan a la necesidad de actualizar el Baremos actual, para la determinación de incapacidad Médico – Legal, del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia. La distribución fue la siguiente: El 3 % considera poco importante, 43 % importante y el 54 % lo considera muy importante.

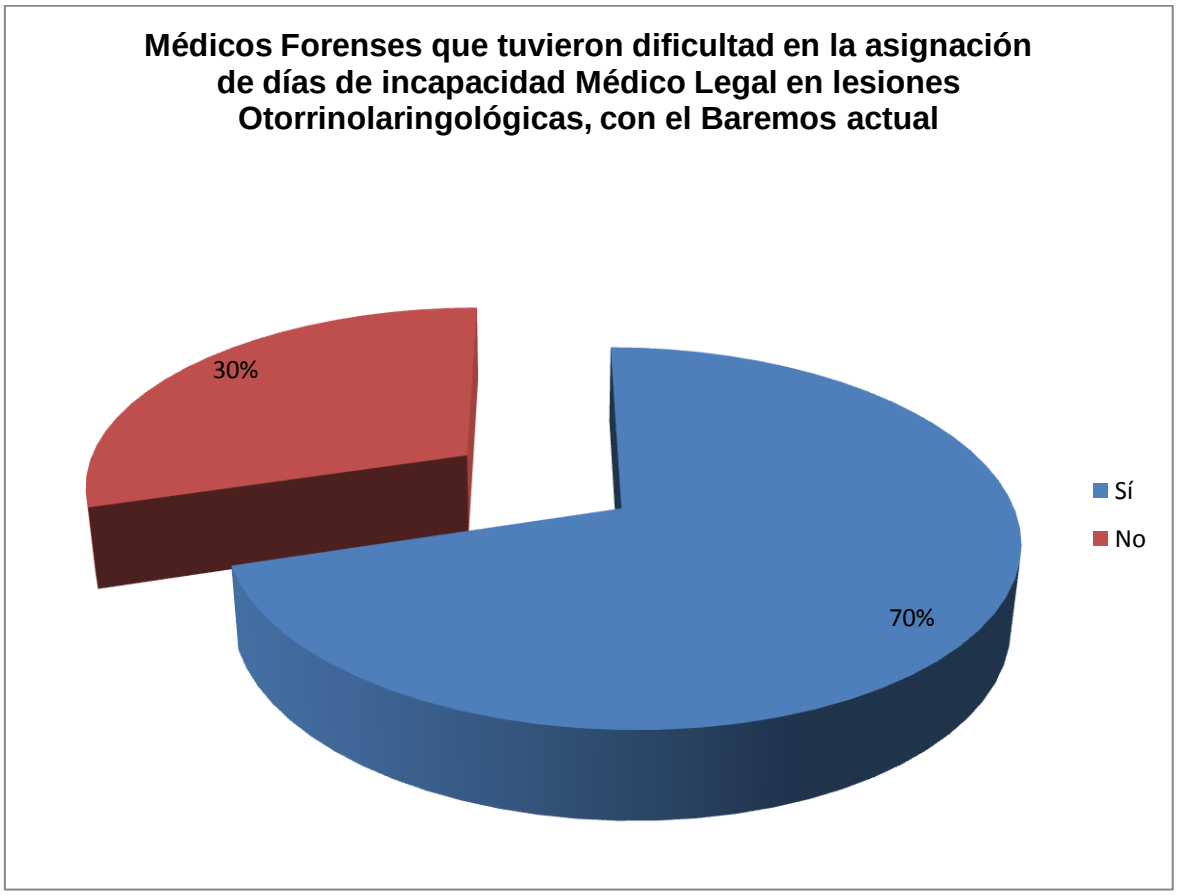
Gráfico Nª 7. Distribución porcentual de médicos encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia. Acerca de la importancia que le otorgan a la necesidad de elaborar el Baremos para la asignación de incapacidad Médico - Legal, con apoyo de médicos especialistas de las diferentes ramas médico quirúrgicas, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, de acuerdo a la importancia que le otorgan a elaborar un Baremos con la participación de especialistas Médico-quirúrgicos, para la determinación de incapacidad Médico – Legal, del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia. La distribución fue la siguiente: El 3 % considera poco importante, 49 % importante y el 48 % lo considera muy importante.

Gráfico Nº 8. Distribución porcentual de médicos encuestados que tuvieron alguna dificultad con el Baremos actual, al momento de asignar días de incapacidad Médico – Legal, en lesiones otorrinolaringológicas, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, 2017-2019.



Fuente: Encuesta, IDIF Bolivia 2017 – 2019

Del total de médicos encuestados, el 70 % sí, tuvo dificultad para la asignación de días de incapacidad Médico – Legal, con el Baremos actual que utiliza el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia y el 30 % no tuvo dificultad.

X. ANÁLISIS.

Las encuestas fueron aplicadas a todo personal médico que ejerce su función como Médico Forense en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, previa autorización por parte del Director Nacional para el llenado del instrumento de recolección de datos (Ver Anexo IV), durante el periodo del presente estudio.

Se obtuvo un total de 37 Médicos Forenses encuestados del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, que fueron los que cumplieron con los criterios de selección. De los cuales podemos analizar los siguientes aspectos para evaluar y proponer un Nuevo Baremos para la determinación de días de incapacidad médico-legal en lesiones otorrinolaringológicas.

Del total de Médicos Forenses encuestados la mayoría trabaja entre 1 a 15 años, representando el 51 %.

El 100 % de los médicos encuestados conocen y usan el Baremos actual que utiliza el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, siendo sólo el 27 % quienes participaron en la elaboración de dicho Baremos. Además el 97 % conoce Baremos de otros países, por lo tanto consideran a dicho documento muy importante al momento de asignar días de incapacidad Médico – Legal.

El 76 % considera que los Baremos para la determinación de incapacidad Médico – Legal de otros países son más completos, el 59 % no considera completo el que se utiliza actualmente en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, el 54 % considera muy importante el actualizarlo, siendo el mismo porcentaje que considera muy importante el elaborar este documento con la participación de especialistas Médico-quirúrgicos y que el 70 % en algún momento tuvo dificultad para la asignación de días de incapacidad Médico – Legal, con el Baremos actual que utiliza el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia en lesiones otorrinolaringológicas.

XI. DISCUSIÓN.

Ante la ausencia de estudios similares es que se toma la siguiente publicación, ya que en ella destaca, que a pesar de que cualquier médico puede elaborar los Baremos, se recomienda que la responsabilidad de elaborar estas tablas sea de carácter multidisciplinario, para un mejor resultado.

Juan Gerardo Ugalde Lobo, Pablo Navarro Villalobos, El daño corporal (Reflexiones médico legales sobre la reparación del daño corporal), Revista de Medicina Legal, Costa Rica, volumen 17, número 2, 2001.[27]

El estudio expone la aplicación del Baremos, como instrumento de valoración del daño corporal, en el ámbito médico legal de Costa Rica.

Destaca que en la redacción y elaboración de estas tablas deben participar médicos de diferentes especialidades médico – quirúrgicas. Prácticamente cualquier especialista médico puede participar en el grupo de análisis y estudio.

Indica que esta compleja tarea no debe quedar en manos de pocos "expertos". Así que, tiene que redactarse un nuevo baremos, en el seno de grupos profesionales multidisciplinarios expertos en el tema. Para tener como resultado final, un buen dictamen médico legal.

Es necesaria la experiencia y no revisión literaria, para una adecuada calidad del dictamen, considerando que una mala redacción puede dañar la interpretación.

Este artículo respalda la participación de diferentes especialidades médico – quirúrgicas a la hora de evaluar o establecer normas para la evaluación del daño corporal y por consiguiente establecer los días de incapacidad Médico – Legal.

XII. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos y su posterior análisis se concluye que es muy importante el uso del Baremos para la determinación de la incapacidad Médico Legal, para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, ya que la mayoría de los encuestados conocen y no sólo el documento elaborado en Bolivia, sino también de los de países extranjeros.

La mayoría de los encuestados considera que los Baremos utilizados en otros países son más completos y que el que se utiliza actualmente en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia es incompleto y ven la necesidad de actualizar el Baremos para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal, en el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia. Además que gran parte de los encuestados en algún momento tuvo dificultades para establecer los días de incapacidad Médico – Legal en lesiones correspondientes a la especialidad de Otorrinolaringología.

El 97% de los encuestados, consideran entre importante y muy importante que el Baremos para determinar días de incapacidad Médico Legal en lesiones Otorrinolaringológicas sea elaborado en colaboración con médicos Otorrinolaringólogos.

Por lo tanto se concluye que es importante elaborar un Baremos para calificar los días de incapacidad Médico – Legal en lesiones otorrinolaringológicas, para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.

XIII. RECOMENDACIONES.

Debido a la frecuencia de litigios por lesiones en especial en el área de Cabeza y cuello, contando con una elevada casuística de valoración,[1] existiendo una amplia gama en este tipo de lesiones pudiendo comprometer funciones importantes como la respiración, olfacción, audición, equilibrio, fonación, etc., además de las alteraciones estéticas al ser órganos que se encuentran en cabeza y cuello.[19] y con la obtención de los resultados y análisis de los mismos, se recomienda realizar un Baremos para determinar los días de incapacidad Médico Legal en lesiones Otorrinolaringológicas, tomando en cuenta el criterio del especialista otorrinolaringólogo, con conocimientos de Medicina Legal. (Ver Anexo II: Propuesta de Baremos para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal en lesiones otorrinolaringológicas).

Incentivar a la participación de médicos de todas las especialidades médico-quirúrgicas para la elaboración de un Baremos actualizado, de esta manera obtener un documento final completo aunando conocimientos de Medicina Legal con las diferentes especialidades clínico - quirúrgicas y de esta manera mejorar el resultado del peritaje Médico - Legal.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Reglamento técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense. 1ra edición. Bogotá Colombia: Editorial del Sistema de Calidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.

2. Asociación Argentina de Compañías de Seguros. Clasificación y valoración de secuelas psicofísicas. Editores Comisión médica AACS. Baremo AACS. Segunda Edición. Argentina: Editorial C1002ABX; 2012. Páginas 5-18.

3. Royal College of Physicians of London. Working Party on Compensation for Adverse Consequiences of Medical Intervention. PMID. 1991. 25(1): 7-11.

4. Kvitko Luis Alberto. Antecedentes históricos de la valoración del daño corporal y baremos. Med. leg. Costa Rica [Internet]. [Citado 2015]; 32 (1): 57-84. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100008&lng=pt.

5. Fiscalía de la Nación, Ministerio público, Instituto de Medicina Legal del Perú. Guía Médico Legal de valoración integral de lesiones corporales, 1ra Edición. Lima Perú. Editorial Fiscalía de la Nación. 2014.

6. Jiménez Quirós David. Aplicación de criterios médico legales en la relación de causalidad. Med. leg. Costa Rica [Internet]. [Citado Diciembre del 2016]; 32(2): 74-82. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000200009&lng=en.

7. Hernández Cueto. El uso de baremos en la valoración de daños personales: la reforma del baremo de tráfico. Cuad. med. forense [Internet]. 2014 Dic. [Citado 2016 Mayo 16]; 20(4): 147-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062014000300001&lng=es.

8. Romance García, A. y cols. Traumatismos faciales. En: Martín-Granizo López, editores. Cirugía Oral y Maxilofacial/Manual del Residente. Vol 1. España: Ed. Smith-Kline-Beecham; 1997. P. 449-456., 1997.

9. G. Barrutieta, E. Macón, P. Ortega. Traumatismos laríngeos. SEORL/PCF. [Internet]. 2002. [Citado 2016]; 56(1): 360-37.Disponible en: http://www.analesdepediatria.org.

10. C. Suárez, Gil Carcedo, Marco Medina, P. Ortega, J. Trinidad. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. I, II y III. 2da edición. España: Editorial médica Panamericana; 2004.

11. Héctor Rondón Cardoso, Emergencias en Otorrinolaringología, Vol. I. 1ra Edición. Perú: Editorial Amolca; 2007.

12. Fiscalía General de la República, Instituto de Investigaciones Forenses. Guía de recomendaciones para la colección, envío de muestras – evidencias y exámenes forenses. 1ra edición. Bolivia: Editorial Ministerio Público de la República de Bolivia; 2006.

13. R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellstrom. Epidemiología Básica. 1ra edición. Washingtong D.C.; Editorial Organización Panamericana de la Salud; 1999.

14. Flores. Sandí, Grettchen. Importancia de la estabilidad lesional en la valoración del daño corporal. Act. Méd. Costa Rica [Internet]. 2015 [Citado 2015]; 57(2): 58-65. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-0022015000200002&lng=en.

15. Hernández Cueto. El uso de baremos en la valoración de daños personales. Cuad. Méd. Forenses. [Internet]. 2014 [Citado Mayo 2016]; 20(4): 147-1. Disponible en: http://www.scielo.icsii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135.

16. Vicente Diamante. Otorrinolaringología y afecciones conexas. 3ra edición. Buenos Aires Argentina: Editorial El Ateneo; 2004.

17. Gil Carcedo, Otología. 2da. Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2004.

18. Ismael García. Importancia de la Medicina Legal en la práctica médica, Rev. Fac. Med. 2014. 57(5):20-31.

19. Fernando García. Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugia Oral y Maxilo facial. 1ra Ediciín. Madrid: Editorial Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial; 2006.

20. Muñoz Vidal. Organización en el tratamiento del traumatismo panfacial y de las fracturas complejas del tercio medio. Cir.Plást.Iberolatinoam. 2009; 35(1): 34-54.

21. G. Sánchez. Estudio Clínico epidemiológico en accidentes de tránsito. Tesis Doctoral. Madrid 1993.
22. Nuñez de Arco. Historia del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia. Rev. Id.Jurídica. 2005; 1(1):225-229.
23. Constitución Política Del Estado. 2009.Gaceta Oficial del Estado Plurinacional.
24. Código Penal. Ley Nº 1768 de 10 de Marzo de 1997. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional.
25. Muñoz Ramírez. Calificación de invalidez (Baremología). 1ra edición. Bogotá.: Editorial Universidad Autónoma latinoamericana de Cantura de Posgrados. 2013.
26. Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. 6ta Edición. México: McGraw-Hill; 2018.
27. Juan Gerardo Ugalde Lobo, Pablo Navarro Villalobos. El daño corporal (Reflexiones médico legales sobre la reparación del daño corporal). Rev. de Med. Legal Costa Rica. 2001; 17(2):23-29.

ANEXOS

ANEXO I: ENCUESTA

Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina - Enfermería – Nutrición y Tecnología Médica
Unidad de Postgrado
Maestría en Medicina Forense

HOJA INFORMATIVA

TÍTULO DE LA TESIS:

BAREMOS PARA OTORGAR DÍAS DE INCAPACIDAD MÉDICO LEGAL, EN LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS, PARA EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES BOLIVIA, 2017-2019

Maestrante: Dra. Raquel Lenny Alegre Serrano

RESUMEN.

Como instrumento para determinar los días de incapacidad Médico – Legal, existen los Baremos que introduce un elemento común, que tiene el propósito de uniformar los criterios de cuantificación de daño corporal.

Durante la revisión de Baremos internacionales para asignar días de impedimento Médico – Legal, así como el que se usa como Baremos oficial del Instituto de Investigaciones Forenses, se observa que la lista de lesiones correspondientes a la especialidad de Otorrinolaringología se encuentra incompleta.

El objetivo de esta encuesta es determinar la necesidad de actualizar el Baremos y establecer la importancia de contar con un Baremos otorrinolaringológico, para determinar días de incapacidad Médico - Legal, elaborado por Otorrinolaringólogo con conocimientos de Medicina Legal, para el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia.

CONSENTIMIENTO.

Acepto participar en forma voluntaria en esta investigación, he sido informado (a), del objetivo del estudio y que la información que brinde en esta encuesta es totalmente confidencial y no será usado para otros propósitos que no hayan sido explicados en el resumen, además que puedo consultar acerca de la investigación en cualquier momento y

que puedo retirarme del mismo cuando yo lo decida sin que esto conlleve a algún perjuicio a mi persona.

_____
Cargo del médico encuestado

_____
Institución donde ejerce la profesión

_____
Lugar y fecha

Consultas: Dra. Raquel Lenny Alegre Serrano (79551473 – 72035825, rl.alegre@gmail.com)

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES. El siguiente cuestionario consta de preguntas de selección múltiple, maque con "X" la respuesta elegida.

1. ¿Cuántos años tiene ejerciendo como Médico Forense?

- ☐ 1 a 5 años
- ☐ 6 a 10 años
- ☐ 11 a 15 años
- ☐ 16 a 20 años
- ☐ 21 años a más

2. ¿Conoce el baremos actual que utiliza el Instituto de Investigaciones Forenses, para la determinación de días de incapacidad Médico - Legal?

SI ☐ NO ☐

3. ¿Conoce Baremos de otros países para la para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal?

SI ☐ NO ☐

4. ¿Considera que los Baremos, para la determinación de días de incapacidad Médico - Legal de países vecinos son más completos en relación con el que se usa actualmente en el Instituto de Investigaciones Forenses?

SI ☐ NO ☐

5. ¿Participó en la elaboración del Baremos actual, para la determinación de días de incapacidad Médico - Legal?

SI ☐ NO ☐

6. ¿Usa el Baremos actual, para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal, del Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia?

SI ☐ NO ☐

7. ¿Considera que el Baremos, para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal, que sirve de parámetro actualmente en el Instituto de Investigaciones Forenses es completo?

SI ☐ NO ☐

8. ¿Qué importancia le otorga a la necesidad de actualización del Baremos, para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal, que sirve de parámetro actualmente en el Instituto de Investigaciones Forenses es completo?

☐ Sin importancia

☐ Poco importante

☐ Importante

☐ Muy importante

9. ¿Qué importancia le otorga a la posibilidad de elaborar el Baremos, para la determinación de días de incapacidad Médico – Legal, con el apoyo de médicos especialistas de las diferentes ramas médico quirúrgicas?

☐ Sin importancia

☐ Poco importante

☐ Importante

☐ Muy importante

10. ¿Tuvo alguna dificultad con el Baremos que utiliza el Instituto de Investigaciones Forenses de Bolivia, para asignar días de incapacidad Médico – Legal, al momento de la valoración del daño corporal en lesiones Otorrinolaringológicas?

SI ☐ NO ☐

ANEXO II: PROPUESTA DE UN BAREMOS PARA OTORGAR DÍAS DE INCAPACIDAD MÉDICO – LEGAL EN LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS.

BAREMOS PARA OTORGAR DÍAS DE INCAPACIDAD MÉDICO – LEGAL EN LESIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

I. INTRODUCCIÓN.

Baremos, se refiere al conjunto de normas establecidas convencionalmente para evaluar algo. El presente documento, es una guía, elaborada con el fin de orientar, a la hora de establecer los días de Incapacidad Médico – Legal (Tiempo necesario que se requiere para que el tejido lesionado cumpla su reparación primaria), orientado a lesiones otorrinolaringológicas, las cuales están agrupadas por segmentos, en el siguiente orden:

I. LESIONES FACIALES.

- **TABLA 1.** LESIONES MAXILOFACIALES DE TIPO TRAUMÁTICAS.

II. LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL

- **TABLA 2.** LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL, TIPO TRAUMÁTICAS.

III. LESIONES NARIZ Y SENOS PARANASALES.

- **TABLA 3.** LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA NARIZ.
- **TABLA 4.** LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ Y CAVIDADES PARANASALES.
- **TABLA 5.** LESIONES POR EFECTOS DE LA PRESIÓN Y BAROTRAUMA SINUSAL

IV. LESIONES DE OÍDO

- **TABLA 6.** LESIONES TRAUMÁTICAS DE OÍDO.
- **TABLA 7.** LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑOS EN OÍDO.
- **TABLA 8.** LESIONES POR EFECTOS DE PRESIÓN Y BAROTRAUMA EN OÍDO.

V. LESIONES DE CUELLO

- **TABLA 9.** LESIONES POR TRAUMA EN EL CUELLO.
- **TABLA 10.** LESIONES POR QUEMADURAS Y CORROSIONES EN CUELLO.

I. LESIONES FACIALES.

TABLA Nº 1.
LESIONES MAXILOFACIALES DE TIPO TRAUMÁTICAS

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
S01.4	Herida de la mejilla y región témporomandibular	7-14 Días
S02.4.1	Fractura Le Fort I o de Guerin o transversal de maxilar superior:	20-30 Días
S02.4.2	Fractura Le Fort II o piramidal	40-60 Días
S02.4.3	Fractura Le Fort III o disyunción cráneo facial	60-80 Días
S02.6	Fractura del maxilar inferior	45-60 Días
S02.7	Fracturas múltiples que comprometen el cráneo y los huesos de la cara	40-60 Días
S02.8	Fracturas que comprometen otros huesos del cráneo y de la cara	14-20 Días
S03.4	Esguinces y torceduras del maxilar	12-20 Días
S04.3	Traumatismo del nervio trigémino (V par) (Por Neuropraxia)	15-25 Días
S04.3	Traumatismo del nervio trigémino (V par) (Por Neurotmesis)	35-45 Días
S07.0	Traumatismo por aplastamiento de la cara	20-30 Días
T00.0	Traumatismos múltiples superficiales que afectan la cabeza con el cuello	12-20 Días
T01.0	Heridas múltiples que afectan la cabeza y cuello	14-20 Días
T02.0	Fracturas múltiples que afectan la cabeza y cuello	40-60 Días
T03.0	Luxaciones, torceduras múltiples que afectan la cabeza y cuello	14-20 Días
T04.0	Traumatismos por aplastamiento múltiples que afectan la cabeza y cuello	30-40 Días

II. LESIONES DE CAVIDAD ORAL

TABLA Nº 2.
LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL, TIPO TRAUMÁTICAS

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
S00.5	Traumatismo superficial del labio y cavidad bucal	1-7 Días
S01.5	Herida del labio y cavidad bucal	5-14 Días
S03.0	Luxación del maxilar	10-20 Días
S02.6	Fractura de mandíbula (cóndilo)	40-60 Días

III. LESIONES NARIZ Y SENOS PARANASALES.

TABLA Nº 3.
LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA NARIZ

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
S00.3	Traumatismo superficial de la nariz	2-4 Días
S01.2	Herida en la nariz	7-14 Días
S02.2	I.Fractura simple unilateral.	10-15 Días
S02.2	II.Fractura simple bilateral.	15-20 Días
S02.2	III.Fractura con minuta. • Unilateral. • Bilateral. • Frontal.	20-25 Días
S02.2	IV.Fractura compleja (huesos nasales y septo). • Con hematoma septal asociado. • Con laceraciones nasales.	20-30 Días
S02.2	V.Fracturas naso-orbito-etmoidales.	30-35 Días
S02.2	Fractura de vómer	15-25 Días
S03.1	Luxación del cartílago septal de la nariz	15-20 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo I (Tabique en la línea media o desviaciones leves en plano vertical u horizontal, que no se extienden a través de la longitud vertical del tabique).	10-12 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo II (Desviación vertical anterior).	12-14 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo III (Desviación vertical posterior).	10-12 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo IV (Septum en “S”, un lado posterior y otro anterior).	16-18 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo V (Espolón horizontal en un lado con o sin desviación alta al lado opuesto).	12-14 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo VI (Surco profundo en el lado cóncavo).	14-16 Días
J34, M95	Desvío septal adquirido: Tipo VII (Combinación de tipos, del II al V. El lado de la desviación muy	18-20 Días

	marcado y en el de tipo IV la desviación anterior muy marcada).	
T79.7	Enfisema subcutáneo traumático	4-10 Días
R04.0	Epistaxis anterior	3-7 Días
R04.0	Epistaxis posterior	8-12 Días

TABLA Nº 4
LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ Y CAVIDADES PARANASALES

CIE-10-MC	INTERVALOS DE GRADO	DURACIÓN
T17.0	Cuerpo extraño en seno paranasal	10-15 Días
T17.1	Cuerpo extraño en fosa nasal	1-5 Días

TABLA Nº 5
LESIONES POR EFECTOS DE LA PRESIÓN Y BAROTRAUMA SINUSAL

CIE-10-MC	INTERVALOS DE GRADO	DURACIÓN
T70.1	Barotrauma sinusal	10-15 Días

IV. LESIONES DE OÍDO

TABLA Nº 6
LESIONES TRAUMÁTICAS DE OÍDO

CIE-10-CM	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
S00.4	Traumatismo superficial del oído	1-4 Días
S01.3	Herida del pabellón auricular	7-14 Días
H72	Perforación de la membrana timpánica	25-30 Días
H831	Fístula del laberinto	35-40 Días
H81	Trasornos de la función vestibular	30-40 Días
S02.1	Fractura de la base del cráneo	40-50 Días
S04.5	Traumatismo del nervio facial (VII) par	20-26 días
G51.1.1	Parálisis facial grado I	1-3 Días
G51.1.2	Parálisis facial grado II	3-7 Días
G51.1.3	Parálisis facial grado III	7-14 Días
G51.1.4	Parálisis facial grado IV	15-25 Días
G51.1.5	Parálisis facial grado V	30-45 Días
G51.1.6	Parálisis facial grado VI	60-80 Días
S04.6.1	Traumatismo del nervio acústico (VIII) par. Hipoacusia: Leve	10-15 Días

S04.6.2	Traumatismo del nervio acústico (VIII) par. Hipoacusia: Moderada	15-25 Días
S04.6.3	Traumatismo del nervio acústico (VIII) par. Hipoacusia: Severa	25-35 Días
S04.6.4	Traumatismo del nervio acústico (VIII) par. Hipoacusia: Profunda	40-60 Días
S08.1	Amputación traumática de la oreja	50-60 Días
S09.2	Ruptura traumática del tímpano	20-30 Días
S09.9	Herida y/o traumatismo del oído externo	7-14 Días
T79.0	Embolia gaseosa de tipo traumática	15-25 Días

TABLA Nº 7
LESIONES POR CUERPOS EXTRAÑOS EN OÍDO

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
T16	Cuerpo extraño en oído	1-2 Días

TABLA Nº 8
LESIONES POR EFECTOS DE PRESIÓN Y BAROTRAUMA EN OÍDO

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
T70.0	Barotrauma ótico	25-30 Días
T75.2	Efectos de la vibración	6-12 Días
T75.3	Mal del movimiento	7-14 Días

V. LESIONES DE CUELLO

TABLA Nº 9
LESIONES POR TRAUMA EN CUELLO

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
S10	Traumatismo superficial de cuello	5 a 10 Días
S10.0	Contusión superficial de la garganta	3 a 7 Días
S10.1	Otros traumatismos superficiales y no especificados de la garganta	3 a 7 Días
S10.7	Traumatismo superficial múltiple del cuello	4 a 7 Días
S10.8	Traumatismo superficial de otras partes del cuello	3 a 7 Días
S10.9	Traumatismo superficial del cuello, parte no especificada	3 a 7 Días
S11	Herida del cuello	7 a 12 Días
S11.0	Herida que compromete la laringe y la tráquea	50 a 60 Días
S11.1	Herida que compromete las glándulas tiroides	40 a 45 Días

S11.2	Herida que compromete faringe y esófago principal	35 a 40 Días
S11.7	Heridas múltiples del cuello	15 a 25 Días
S11.8	Heridas de otras partes del cuello	7 a 14 Días
S11.9	Herida de cuello, parte no especificada	7 a 14 Días
S12	Fractura del cuello sin complicación neurológica	40 a 50 Días
S12	Fractura del cuello con complicación neurológica	70 a 120 Días
S12.0	Fractura de la primera vértebra cervical sin complicación neurológica	40 a 50 Días
S12.0	Fractura de la primera vértebra cervical con complicación neurológica	80 a 120 Días
S12.1	Fractura de la segunda vértebra cervical sin complicación neurológica	40 a 50 Días
S12.1	Fractura de la segunda vértebra cervical con complicación neurológica	70 a 120 Días
S12.2	Fractura de otras vértebras cervicales especificadas sin complicación neurológica	35 a 45 Días
S12.2	Fractura de otras vértebras cervicales especificadas con complicación neurológica	65 a 120 Días
S12.7	Fracturas múltiples de columna cervical sin complicación neurológica	50 a 70 Días
S12.7	Fracturas múltiples de columna cervical con complicación neurológica	90 a 120 Días
S12.8	Fractura de tráquea, cricoides y cartílago tiroides.	40 a 60 Días
S12.9	Fractura del cuello, parte no especificada	40 a 45 Días
S13	Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del cuello	15 a 25 Días
S13.0	Ruptura traumática del disco cervical intervertebral	40 a 60 Días
S13.1	Luxación de vértebra cervical	20 a 30 Días
S13.2	Luxaciones de otras partes y de las no especificadas del cuello	15 a 25 Días
S13.3	Luxaciones múltiples del cuello	25 a 45 Días
S17.1	Traumatismo por aplastamiento de la laringe y tráquea. Grupo I	10-20 Días
S17.2	Traumatismo por aplastamiento de la laringe y tráquea. Grupo II	20-40 Días
S17.3	Traumatismo por aplastamiento de la laringe y tráquea. Grupo III	40-60 Días
S17.4	Traumatismo por aplastamiento de la laringe y tráquea. Grupo IV	60-80 Días
S17.5	Traumatismo por aplastamiento de la laringe y tráquea. Grupo V	40 a 45 Días
T79.7	Enfisema subcutáneo traumático	15 a 20 Días

TABLA Nº 10

LESIONES POR QUEMADURAS Y CORROSIONES EN CUELLO

CIE-10-MC	CRITERIOS DE GRADO	DURACIÓN
T20.1	Quemadura de la cabeza y del cuello, de primer grado	7-15 Días
T20.2	Quemadura de la cabeza y del cuello, de segundo grado	20-30 Días
T20.3	Quemadura de la cabeza y del cuello, de tercer grado	80 Días o más
T20.5	Corrosión de la cabeza y del cuello, de primer grado	7-12 Días
T20.6	Corrosión de la cabeza y del cuello, de segundo grado	10-20 Días
T20.7	Corrosión de la cabeza y del cuello, de tercer grado	80 Días a más

ANEXO III. BAREMOS PARA DETERMINAR INCAPACIDAD MÉDICO – LEGAL, QUE UTULIZA ACTUALMENTE EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES DE BOLIVIA.

ROSTRO

Tejidos blandos.

Edema	1 a 3 días
Excoriaciones simples	1 a 4 días
Excoriaciones complejas	5 a 12 días
Equimosis	4 a 12 días
Hemorragia sud conjuntival	12 a 15 días
Hematoma	10 a 13 días
Mordedura humana no compleja	4 a 7 días
Mordedura humana o animal compleja	15 a 30 días
Heridas contusas o cortantes que comprometen únicamente piel y tejido celular subcutáneo	7 a 14 días
Heridas contusas o cortantes que comprometan dos regiones del rostro y sean más de 6 cm	15 a 30 días

Las lesiones faciales deberán ser evaluadas cuatro o cinco meses posteriores al hecho para valoración de una posible secuela estética.

Tejidos óseos

Fractura lineal o fisura de huesos propios de la nariz	10 a 12 días.
Fractura de huesos propios de la nariz conminuta o desplazada.	15 a 21 días
Fractura de huesos propios de la nariz conminuta o desplazada, con hundimiento.	21 a 30 días
Fractura o desvió de tabique nasal	12 a 14 días
Fractura de malar	20 a 30 días
Fracturas del maxilar inferior	45 a 60 días
Fracturas en el maxilar superior, como:	
Lefort I o fractura horizontal	30 a 40 días
Lefort II o fractura piramidal	40 a 60 días
Lefort III o fractura transversal	60 a 80 días
Luxaciones a nivel de articulación temporo-mandibular	15 a 20 días

CAVIDAD ORAL Y ODONTOLOGIA

Tejidos blandos

Laceraciones en la mucosa oral, labial y gingiva	4 a 7 días
Heridas contusas en la mucosa oral o labial	7 a 10 días
Heridas en el piso de la boca	7 a 12 días
Heridas en la lengua	7 a 14 días
Perdida de tejido en la lengua	15 a 30 días

Tejidos óseos - Lesiones dentarias

Fractura del esmalte (fractura coronal no complicada	3 a 5 días
Fractura esmalte – dentina (fractura coronal no complicada	5 a 7 días
Fractura coronal complicada	10 a 12 días
Fractura corona - raíz no complicada	12 a 14 días
Fractura corona - raíz complicada	15 a 20 días
Fractura radicular	15 a 20 días
Fractura de cúspides	10 y 20 días

Lesiones con luxación

Concusión	5 a 8 días
Subluxación	10 a 12 días
Luxación intrusiva o extrusiva	15 a 20 días
Luxación lateral	12 a 14 días
Exarticulación o avulsión total	20 días
Si son dos o más las pérdidas dentarias	25 días
Pérdidas dentarias masivas	35 días

Lesiones en hueso de sostén

Conminucion del alveolo maxilar o mandibular	12 a 15 días
Fractura de la pared del alveolo maxilar o mandibular	15 a 20 días

Fractura en el proceso alveolar:	20 a 25 días

CRANEO

Tejidos blandos

Edema en cuero cabelludo	2 a 5 días
Alopecia traumática	4 a 7 días
Hematoma subgaleal	5 a 10 días
Herida de cuero cabelludo	7 a 10 días
Heridas de cuero cabelludo tipo scalp	10 a 15 días

Tejido óseos

Fractura lineales	35 días
Fracturas complejas de cráneo (hundimiento y/o abiertas)	40 a 50 días

Tejido encefálico y envolturas.

Conmoción o contusión cerebral leve no hemorrágica, sin déficit neurológico	10 a 15 días
Contusión cerebral no hemorrágica, de moderada a severa, sin déficit neurológico	25 días
Contusión cerebral hemorrágica	25 a 35 días
Laceración cerebral	45 a 55 días
Edema cerebral sin déficit neurológico	25 a 35 días
Edema cerebral con déficit neurológico	35 a 45 días
Hemorragia subaracnoidea	35 a 45 días
Hemorragia interventricular	55 a 65 días
Hematoma epidural	40 a 50 días
Hematoma subdural	45 a 55 días
Hematoma intra parenquimatoso	60 a 120 días
Neumoencefalo moderado y severo	35 a 45 días
Fistula de líquido cefalorraquídeo	35 a 45 días
Lesión vascular de senos venosos	45 a 60 días

Accidentes cerebrovasculares, vasoespasmo secundario a trauma craneoencefálico	60 días

Todas las incapacidades pueden ser modificadas de acuerdo con la gravedad y compromiso neurológico del paciente.

CUELLO

Equimosis y excoriaciones por digito presión	4 a 7 días
Herida no penetrante en cuello que requiere sutura	7 a 12 días
Herida en cuello que requiera exploración quirúrgica sin hallazgos	10 a 15 días
Herida penetrante en el cuello con compromiso vascular que requiera cervicotomía	35 a 40 días.
Fractura cervical sin complicación neurológica	40 a 45 días
Fractura cervical con complicación neurológica	60 a 120 días
Luxación de cuerpos vertebrales cervicales	30 a 40 días
Esguince cervical	15 a 25 días

TÓRAX

Herida no penetrante en tórax que requiere sutura	7 a 10 días
Herida no penetrante en tórax que requiera exploración quirúrgica sin hallazgos	15 a 20 días
Herida penetrante en tórax con hemo y/o neumotórax que amerite toracotomia sin complicaciones	30 a 40 días
Herida penetrante en tórax con hemo y/o neumotórax que amerite toracotomia con complicaciones	45 a 60 días
Fractura de esternón	30 a 40 días
Fractura costal única	20 a 25 días
Fracturas costales múltiples	30 a 35 días
Fractura costales con tórax inestable	40 a 80 días
Fractura de clavícula no desplazada	25 a 30 días
Fractura de clavícula complicada (desplazada o con minuta)	35 a 45 días

Fractura de cuerpo vertebral dorsal	45 a 60 días
Fractura de apófisis espinosa	20 a 25 dias.
Luxación esterno clavicular	20 a 25 días
Fractura de escápula del cuerpo o de la coroides	30 a 35 días

ABDOMEN

Herida no penetrante en abdomen que requiere sutura	7 a 12 días
Herida no penetrante en abdomen que requiera exploración quirúrgica sin hallazgos	15 a 20 días
Herida penetrante en cavidad abdominal con laparotomía exploratoria sin compromiso visceral	30 a 35 días
Herida penetrante abdominal con laparotomia exploratoria con compromiso visceral	40 a 50 días
Trauma abdominal cerrado con complicación viscerales y que requiera intervención quirúrgica	40 a 50 días

EXTREMIDADES SUPERIORES

Luxación acromio clavicular 1er grado	20 a 25 días
Luxación acromio clavicular 2do a 3er grado	30 a 40 días
Esguince de hombro	10 a 15 días
Luxación de hombro	35 a 40 días.
Luxo- fractura de hombro	40 a 50 días
Fractura de húmero no complicada	45 a 55 días
Fractura de humero complicada (conminuta, intra articular, epifisiaria, expuesta)	60 a 90 días.
Fractura de codo	35 a 45 días
Luxación de codo	30 a 35 días
Fractura de radio no complicada	30 a 40 días
Fractura de radio complicada	55 a 65 días
Fractura de cúbito no complicada	30 a 40 días
Fractura de cúbito complicada	55 a 65 días
Luxación radio carpiana	30 a 40 días
Luxación inter falángica	15 a 25 días

Fractura de falanges no complicadas	20 a 25 días
Fractura de falanges complicadas	30 a 40 días.
Luxación metacarpo falángica	20 a 25 días
Fractura de metacarpiano no complicada	30 a 35 días
Fractura de metacarpiano, complicada (desplazada o conminuta)	35 a 45 días
Fractura de escafoides	40 a 50 días
Lesión de músculos flexores o extensores de mano	35 a 45 días
Mordeduras humanas no complejas	4 a 7 días
Mordeduras humanas o animales complejas	15 a 25 días
Heridas en tejidos blandos que comprometen vasos de pequeño calibre.	7 a 10 días
Heridas en tejidos blandos que comprometen vasos de mediano a gran calibre y obliguen a practicar rafias vasculares	30 a 35 días
Pérdida parcial de falange(s) de 3,4 y 5 dedo(s)	30 a 35 días

Todas las incapacidades pueden ser modificadas de acuerdo con la gravedad y compromiso a nivel de los nervios de la extremidad afectada.
La pérdida total de los dedos constituyen secuelas anatomo funcionales.

CADERA

Fractura de pelvis estable (una sola rama)	45 a 55 días
Fractura de pelvis inestable o compleja (dos ramas o más)	60 a 90 días
Luxación de cadera sin fractura	30 a 35 días.
Fractura o luxación de coxis	30 a 40 días
Fractura de techo acetabular anterior (fuera del área de carga)	70 a 100 días
Fractura de techo acetabular posterior (en el área de carga)	100 a 140 días

EXTREMIDADES INFERIORES

Fractura de fémur no compleja	70 a 90 días
Fractura de fémur compleja	100 a 140 días
Esguince de rodilla, 1er grado	20 a 25 días
Esguince de rodilla 2do a más grados	35 a 45 días
Fractura de rotula	45 a 60 días
Luxofractura de rodilla	70 a 90 días
Fractura de platillos tibiales	70 a 95 días
Luxación cuello de pie, grados I y II	25 a 35 días
Luxación cuello de pie, grados III y IV	50 a 60 días
Luxo fractura de cuello de pie	60 a 90 días
Fractura de tibia: Simple	60 a 75 días
Fractura de tibia compleja, desplazada	90 a 120 días
Fractura de tibia y peroné	60 a 80 días
Fractura diafisiaria de peroné	30 a 40 días
Fractura de un metatarsiano	25 a 30 días
Fractura de dos o más metatarsianos	35 a 45 días
Fractura de astrágalo o calcáneo	50 a 60 días
Esguince de tobillo simple	15 a 25 días
Esguince de tobillo complicado	25 a 35 dias
Hemartrosis únicamente	10 a 15 días
Mordeduras humanas no complejas	4 a 7 días
Mordeduras humanas o animales complejas	10 a 15 días
Perdida parcial falange(s) de dedos	30 a 35 días

ORGANOS Y SENTIDOS

Oftalmología

Edema, equimosis, heridas, sin complicaciones, a nivel palpebral.	4 a 10 días
Hematoma palpebral	7 a 12 días
hemorragias sub conjuntivales	15 a 20 días
Paresia de musculos extraoculares	25 a 35 días

Paralisis de musculos extraoculares	35 a 45 días
Heridas conjuntivales no penetrantes	7 a 12 días
Heridas conjuntivales que involucren hasta estroma	15 a 20 días
Herida conjuntival penetrante	35 a 40días
Queratitis punteada o abrasión superficial de cornea	7 a 12 días
herida penetrante en Esclera	35 a 45 días
Iritis traumática sin hifema	20 a 25 días
Iritis traumática, con hifema	25 a 30 días.
Uveitis anterior leve	25 a 30 días.
Uveitis anterior moderada o severa	35 a 40 días
Uveitis posterior	35 a 40 días
Cristalino, catarata traumática	45 a 60 días
Luxación del cristalino, anterior o posterior	45 a 60 días
Hemorragia vítrea leve	15 a 25 días.
Hemorragia vítrea moderada a grave	35 a 45 días
Desprendimiento, ruptura, lesión macular de retina	50 a 60 días
Coroidorretinitis traumatica	40 a 50 días
Neuritis traumática del nervio óptico	25 a 35 dias
Fractura piso o techo de la órbita no complicada	25 a 35 días
Fractura piso o techo de la órbita complicada	50 a 60 días
Ptisis bulbi	50 a 55 días

Sí existe perdida anatómica o atrofia de las estructuras oculares, queda como secuela, la pérdida total y permanente de función visual, además, deformidad permanente del rostro.

Oídos y Pabellones auriculares

Hipoacusia traumática	7 a 10 días
Perforación de membrana timpánica	20 a 30 días.

NERVIOS PERIFÉRICOS

Neuropraxia traumática:	15 a 25 días
Neurnotmesis	35 a 45 días

QUEMADURAS

Primer grado	7 a 12 días
Segundo grado:	
Menor a 10 % SCT:	10 a 20 días
Más de 10%SCT:	25 a 35 días
Tercer grado:	
Menor a 10 % SCT:	30 a 40 días
Más de 10%SCT	60 a 80 días
Si las quemaduras se ubican en la región facial o cuello	80 días o mas

ANEXO IV.

CARTAS DE AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS, MEDIANTE UNA ENCUESTA, EN MÉDICOS FORENSES DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES (IDIF) DE BOLIVIA.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica

La Paz, julio 10 de 2019
U.P.G. CITE N° 818/2019

Señor
Dr. Andrés Flores Aguilar
DIRECTOR NACIONAL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Maestría en Medicina Forense de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado **"ESTABLECIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL USO DEL BAREMOS EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES BOLIVIA GESTION 2019 (PROPUESTA DE UN BAREMOS OTORRINOLARINGOLÓGICO EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL)".**

Tema que es investigado por el cursante legalmente habilitado:

Dra. Raquel Lenny Alegre Serrano

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar al investigador autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

Dr. Iván W. Larico Laura
DIRECTOR
UNIDAD DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA - UMSA
UNIDAD DE POSTGRADO
La Paz - Bolivia

c.c. Arch
/Carla

Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2612387 - 2228062 - 2227188
Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: http://postgrado.fment.umsa.bo • La Paz - Bolivia

MINISTERIO PUBLICO
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

La Paz, 02 Agosto de 2019

Dr. José Teófilo Daza Pérez
ENLACE DEPARTAMENTAL DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES.
RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO DE MEDICINA FORENSE.
LA PAZ - BOLIVIA

Ref. **PERMISO PARA INGRESO A AMBIENTES DEL IDIF LA PAZ Y EL ALTO.**

Mediante la presente y toda vez que se cuenta con la autorización de la Dirección Nacional del Instituto de Investigaciones Forenses.

Se permita a la Dra. Raquel Lenny Alegre Serrano, el ingreso a los consultorios forenses, a objeto de poder entregar encuestas escritas, para que los profesionales las puedan llenar, en este sentido solicito al personal pueda prestar su colaboración.

Sin otra en particular, reitero las consideraciones del caso.

Atentamente

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

Dr. José T. Daza Pérez
ENLACE DEPARTAMENTAL
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

SUCRE: Calle Bolivar Nº 737
Teléfono: 591-4- 6439526
Fax: 591-4-6439525

LA PAZ: Calle Indaburo Nº 945
Teléfono: 591-2-2000654
Fax: 591-2-2000655

COCHABAMBA: Calle Albert Einstein Esq. Nicolás Copérnico zona Coña Coña
Teléfono: 591-4-4584172 Fax: 591-4-4663041