



Rev Mex Med Forense, 2021, 6(1):90-101
DOI: <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v6i1.2889>
ISSN: 2448-8011

El certificado de asistencia de primera intención del lesionado. Revisión impostergable y necesaria desde la perspectiva del código penal cubano
Artículo de Revisión

The first intention attendance certificate of the injured party: Necessary and urgent review from the perspective of the Cuban Penal Code

**Estupiñán-Rodríguez, Norge ¹; Gallardo-Sarmiento, Abel ²;
Vento-Canosa, Ercilio A. ¹; Vecino-Madruga, Lisandra ³**

Recibido: 12 mayo 2020; aceptado: 4 julio 2020; Publicado: 15 Enero 2021

1. Hospital Universitario “Faustino Pérez Hernández”, Departamento Provincial de Medicina Legal de Matanzas. Cuba.
 2. Universidad de Matanzas, Departamento de Ciencias Aplicadas. Cuba.
 3. Hospital Psiquiátrico Provincial Antonio Guterres Holmes. Matanzas. Cuba.
- Corresponding author: Norge Estupiñán Rodríguez, norgee.mtz@infomed.sld.cu

Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud.
Editorial Universidad Veracruzana
Periodo enero-junio 2021

RESUMEN

En el presente trabajo se muestra como una de las actuaciones médico legales de mayor trascendencia en el delito de lesiones es la asistencia de primera intención del lesionado con la correspondiente certificación médica inicial y denuncia del delito de lesiones. En el mismo se realiza una revisión crítica y actualización del certificado de asistencia de primera intención de un lesionado, como uno de los documentos médico legales más importantes que emite el médico de asistencia, sin embargo, su confección correcta dista mucho de ser la adecuada, comprobado por diversos trabajos y por la observación empírica de los que lidian cotidianamente con este. Los estudios de varios autores demuestran que el desconocimiento de la clasificación de las lesiones según el código penal cubano, las dificultades en la descripción anatómica y en el pronóstico médico legal de las lesiones constituyen las principales deficiencias detectadas en el proceso de elaboración del certificado de asistencia de primera intención del lesionado.
Palabras claves: Medicina Legal, Certificado, Lesiones.

SUMMARY

In the present work, it is shown that one of the most important medical legal actions in the crime of injuries is the first intention assistance of the injured with the corresponding initial medical certification and complaint of the crime of injuries. A critical review and update of the first intention assistance certificate of an injured person is carried out, as one of the most important medical legal documents issued by the attending physician; however, its correct preparation is far from being adequate, proven by various works and by the empirical observation of those who deal with it on a daily basis. Studies by various authors show that ignorance of the classification of injuries according to the Cuban penal code, difficulties in the anatomical description and in the medical-legal prognosis of injuries are the main deficiencies detected in the process of preparing the certificate of attendance of first intention of the injured party.
Keywords: Legal Medicine, Certificate, Injurie

INTRODUCCIÓN

Las agresiones físicas son de las más comunes manifestaciones de la violencia en el contexto de los servicios de Medicina Legal. El delito de lesiones se recoge en el Código Penal cubano (título VIII, capítulo VII) como delito contra la vida y la integridad corporal.

Dentro de las actuaciones médico legales de mayor trascendencia en el delito de lesiones, se encuentra la asistencia de primera intención del lesionado con la correspondiente certificación médica inicial y denuncia del delito de lesiones, como lo establece la Ley de Procedimiento Penal en su artículo 116.

Se denominan documentos médico legales a todas las actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones, o con cualquier persona. Deben caracterizarse por un estilo claro, sencillo y conciso, que facilite su comprensión por quienes deben recibirlos. (Barreiro Ramos, Barreiro Peñaranda, Fernández Viera, Marrero Martín.2004)

Después de estabilizar la condición de salud del lesionado, el médico debe proceder a llenar el certificado de asistencia de primera intención, que a su vez tiene como base legal la Resolución 139 del MINSAP de 1982, que establece la confección de este con carácter obligatorio para el médico de asistencia.

Realizar esta certificación después de la asistencia al enfermo constituye el pronóstico médico legal de las lesiones, que resulta un paso intermedio entre la clasificación de las lesiones que elabora el legislador en el Código Penal (Artículo 272, 273 y 274) y la Calificación médico legal que finalmente realiza el médico legista en el Dictamen de sanidad legal de lesiones, que definitivamente va a decidir el rumbo del expediente por Delito de Lesiones.⁵ Priorizar la asistencia sanitaria al lesionado antes que la elaboración de los documentos médico legales que solicita la autoridad se encuentra bien sustentado en la ley de Salud Pública, sección decimotercera: De las actuaciones médico legales, específicamente el artículo 45 donde se fundamentan tales formas de proceder.(Baguet Toledo.2013) (Henao JV.2010)

Según lo planteado por Baguet Toledo el agente de la autoridad debe de estar presente, de lo contrario el facultativo puede demandar su presencia para cumplir lo que está contemplado en la ley, Código Penal Cubano en su artículo 162.

El certificado de asistencia de primera intención de un lesionado, es uno de los más trascendentes e importantes documentos médico legales que emite el médico de asistencia, sin embargo su confección dista mucho de ser la adecuada, comprobado por diversos trabajos y por la observación empírica de los que lidian cotidianamente con esto, existen evidencias de que el problema no está resuelto, lo que se demuestra por trabajos realizados por autores como Piñero González (1979) quien concluyó que existían pronósticos y descripciones incorrectos en más del 70% de los certificados estudiados por él.(Piñero González.1979) Espinosa Díaz (1982) por su parte concluía que casi la mitad de los certificados estudiados por ella, eran emitidos en modelos no oficiales, una cuarta parte de las descripciones de las lesiones eran incorrectas y que en la mitad de los certificados el pronóstico emitido era erróneo.(Espinosa Díaz.1989) Berdeal Jiménez (1999) llegó a conclusiones semejantes, determinando además, que de forma general, no existió correspondencia entre el pronóstico médico legal emitido por los médicos de asistencia y la calificación realizada por los médicos legistas, también demostró desconocimiento en los médicos encuestados de los conceptos de peligro inminente para la vida y deformidad, por último identificó que en más de la mitad de los médicos, la vía por la cual adquirieron estos conocimientos fue en pregrado y muy pocos refirieron haberla adquirido en cursos de postgrado o en publicaciones. (Berdeal Jiménez.1999)

Otra arista del problema es la correcta interpretación de los términos peligro inminente para la vida y secuela- deformidad por lo que han merecido, por su complejidad, la atención de varios autores: médicos y juristas. González Pérez concluye que el peligro inminente para la vida es un término de difícil interpretación.(Borges Rodríguez.1982) Borges Rodríguez (1983) señala que el delito de lesiones, por su naturaleza y frecuencia, es una de las figuras delictivas que suscitan mayor controversia y problemáticas para la práctica procesal penal, siendo del criterio que el nuevo código penal por la clasificación que establece del delito de lesiones debe eliminar gradualmente la emisión de pronósticos ambiguos, imprecisos e indefinidos, también plantea que la preparación académica del profesional en Medicina tiene deficiencias en cuanto a la comprensión del alcance que tiene su actuación para la administración de justicia ya que el texto legal es de difícil interpretación desde el punto de vista médico. En cuanto a la expresión “peligro inminente para la vida” (PIV), considera que existen pocas publicaciones sobre esta temática. Su trabajo también coincide con las deficiencias recogidas por los autores mencionados up supra en relación a la calidad de la certificación y los pronósticos. (Rodríguez Jorge.2013)

En relación al concepto de deformidad igualmente hay poca bibliografía al respecto, Ramos Barreiro argumenta que debe cumplir tres requisitos fundamentales: visibilidad, permanencia y fealdad, y debe agregarse el concepto de notorio.

Rodríguez González mantiene el criterio de que el médico no legista resta importancia a la confección del certificado de asistencia de primera intención del lesionado, lo que, unido a la no existencia de un centro de registro de este documento, impide un control estricto en cuanto a la calidad de su confección.

Es obvio que no se puede abarcar todo en una publicación y que los médicos en su generalidad no tienen acceso a informaciones digitales que son las que más frecuentemente circulan, además, el tema como tal, en la mayoría de los casos no se encuentra dentro de sus principales motivaciones de estudio y búsqueda, sin embargo, es vital que comprendan la enorme importancia que tiene llenar este certificado con todas sus formalidades y parámetros y que su correcta confección contribuye a hacer una justicia más científica y por tanto más justa.

Todo lo anterior convenció a los autores de retomar el tema y contribuir al esclarecimiento de estos conceptos, con el fin de brindar los conocimientos necesarios para que se logre calidad en la confección de este documento médico legal. Se trazó como objetivo de la presente investigación Seleccionar y actualizar los fundamentos teóricos que abordan el proceso de elaboración del certificado de asistencia de primera intención del lesionado.

DESARROLLO

La violencia es un problema social de grandes dimensiones, sus diversas manifestaciones son consideradas en la actualidad uno de los problemas que afecta con fuerza creciente las condiciones de salud de la población en el mundo. (Segredo Pérez, Perdomo Victoria. 2012).

En Cuba, la atención brindada por los médicos es, sin dudas, de alta calidad, dado por el interés y dedicación que cada uno presta a su superación para conocer todo lo relacionado con el diagnóstico, el tratamiento y la etiopatogenia de las enfermedades que padecen sus pacientes (Gisbert Calabuig, Villanueva Cañadas.2004).

En nuestro código penal, capítulo VIII, se recogen los delitos contra la vida y la integridad corporal y en su capítulo VII se expresa el delito de lesiones, que no es más que todo daño o alteración morbosa de los tejidos y órganos causados por una violencia exterior, siempre que desde el punto de vista jurídico envuelva responsabilidad penal o criminal (Rodríguez González, Arteaga Ramírez, Ortiz Sagasti, Allegues Suárez, 2014).

No constituyen delito de lesiones, las autoinfligidas o autolesiones, que son los traumatismos causados a sí mismo por las personas, ni los accidentes fortuitos que son los traumatismos que no envuelven responsabilidad penal (accidente común y accidente de trabajo); a los pacientes que sufren estas afecciones no se les llama lesionados, sino accidentados (Vento Canosa.2016).

El delito de lesiones, por su naturaleza y frecuencia, es una de las figuras delictivas que suscitan mayor controversia y problemática para la práctica procesal penal, el código penal por la clasificación que establece de los delitos de lesiones debe eliminar gradualmente la emisión de pronósticos ambiguos, imprecisos e indefinidos, y la preparación académica del profesional en medicina tiene deficiencias en cuanto a la comprensión del alcance que tiene su actuación para la administración de justicia, dado que el texto legal es de difícil interpretación desde el punto de vista médico.

La instrumentación del Código Penal contiene una clasificación distinta que interesa dos condiciones: lesiones no graves y graves. Las primeras serán aquellas que, requeridas de tratamiento médico, no pronostican secuelas o peligro inminente para la vida del lesionado, condición que sí configura el concepto de gravedad. Al diseñar este sistema clasificatorio no se tuvo en cuenta el modo de pensar del facultativo para quien la gravedad se mueve en otro concepto, determinado por la prudencia, de modo que obligar a un pronóstico de inmediatez determinada por la condición de inminencia significa contraponer un actuar y un pensar en

el campo médico frente a la obligación de acomodarse al requisito legal (Rodríguez Valiente, Vázquez A.2014).

El código establece una clasificación del delito de lesiones que le da al facultativo el basamento para la clasificación del pronóstico médico legal de las mismas.

- Artículo 272.1. El que cause lesiones corporales graves o dañe gravemente la salud a otro, incurre en sanción de privación de libertad de dos a cinco años.
- Artículo 272.2. Se consideran lesiones graves las que ponen en peligro inminente la vida de la víctima o dejan deformidad, incapacidad o cualquier otra secuela anatómica, fisiológica o psíquica.
- Artículo 273.1. El que ciegue, castre o inutilice para la procreación a otro, incurre en sanción de privación de libertad de cinco a doce años.
- Artículo 273.2. El que cause lesiones corporales o dañe la salud a otro que, aun cuando no ponen en peligro la vida de la víctima, ni le dejan las secuelas señaladas en los Artículos 272 y 273, requieren para su curación tratamiento médico, incurre en sanción de privación de libertad de tres meses a un año o multa de cien a trescientas setenta cuotas o ambas.

La emisión de este certificado constituye una obligación legal y es la forma que tiene el médico de asistencia de dar parte a la autoridad.

Peligro inminente para la vida

Una de las dificultades con las que se enfrenta el médico asistencial al confeccionar el certificado de primera intención de un lesionado es la determinación del peligro inminente para la vida. La palabra peligro incluye la condición de inminencia, sin embargo, el legislador la utiliza para resaltar la cercanía de la ocurrencia de un mal. Es por ello que se exige que sea un estado presente activo y concreto a manifestarse en la gravedad real del lesionado, por lo que es fundamental el diagnóstico del cuadro clínico a consignar en el certificado de primera intención de un lesionado.³ Se pueden tener en cuenta: lesiones severas de órganos vitales (encéfalo, corazón y pulmones) heridas de grandes vasos arteriales y venosos, hemorragias severas, estados de shock de cualquier naturaleza, estados de asfixia, hemotórax o neumotórax severos.

El concepto de Peligro inminente para la vida desde el punto de vista médico difiere del médico legal, pues para el primero es mucho más abarcador y menos preciso; sin embargo, en lo legal, no se tiene en cuenta lo que pudiera suceder, sino que el peligro tiene que ser inmediato, existente; contemplarlo no como una posibilidad, sino como un hecho real, demostrable objetivamente por el médico en el momento del examen. La ley necesita un diagnóstico no una probabilidad de lo que pudiera pasar. El recordado Lancís y Sánchez consignaba que debía tenerse por tal al riesgo de muerte inmediata, debido tanto a la naturaleza y carácter de la lesión, como también a las circunstancias que condicionan la

prestación del auxilio a la asistencia del lesionado. Con todos los puntos de vista que se manejan se puede plantear que hay cierto consenso en considerar como peligro inminente para la vida el estado real que presenta el lesionado en el momento del examen, que de no recibir una rápida y eficiente asistencia médica lo lleva a la muerte con inmediatez.

Desde el punto de vista médico, hay ciertas lesiones que pueden orientar al facultativo para pronosticar el peligro inminente para la vida, como aquellas que requirieron maniobras de reanimación, transfusión sanguínea, tratamiento antishock, tratamiento para el coma, el envenenamiento agudo, el edema cerebral severo, el edema agudo pulmonar y otras. En el aspecto quirúrgico se pudieran señalar la craneostomía, craniectomía, traqueostomía, ligaduras de vasos sangrantes de grueso calibre, sutura de vísceras, la atención al quemado en estado de shock. Se plasma tanto la lesión en sí como la acción salvadora, por lo que lo más objetivo sería preguntarse: ¿Sin la acción médica realizada por el galeno hubiera muerto el paciente en breve tiempo?

Tanto el médico general (devenido perito o certificador) como el legista, deben tener como razonamiento básico para calificar de grave a la lesión, el riesgo cierto a la vida. La inminencia se integra cuando el facultativo realiza maniobras impostergables y efectivas para evitar el deceso del paciente. Si la evaluación se realiza al cabo de varias horas o días, después de emitido el certificado de lesiones y son precisos procedimientos terapéuticos enérgicos, un segundo certificado expresará que la lesión puso en riesgo cierto la vida.

Secuela y deformidad

Otro constituyente de gravedad son aquellas lesiones que como expresa el Código Penal no ponen en peligro inminente la vida, pero dejan deformidad, incapacidad o cualquier otra secuela anatómica, fisiológica o psíquica. Lamentablemente, la definición de secuela, no expresa nada que señale esta palabra como sinónimo de permanente y sin embargo ha adquirido este significado tanto para los juristas como para los galenos. Otra salvedad, es que cuando se dice deformidad o incapacidad la idea de permanencia esta omnipresente. Barreiro Ramos plantea que debe decirse de una lesión que sea visible, permanente y que cause fealdad, por lo que no se debe considerar toda cicatriz (que es el caso más común) como deformidad o secuela anatómica; sobre el concepto de visible se puede decir que varía según el sexo, la edad y el grupo racial.

En cuanto al sexo, autores como Founier Ruiz, Lancís Sánchez , Barreiro Ramos , Rodríguez Gonzales y Rodes F consideran visible en el hombre solo la cara, la parte anterior del cuello, los antebrazos y el tercio inferior de los brazos, para el femenino todo lo anterior, pero incluyendo el tercio superior del tórax, las piernas, las rodillas y un tercio inferior de los muslos. Con relación a la edad se conoce que hay cicatrices que con el crecimiento migran hacia regiones no visibles, como cuero cabelludo o que se producen en edades avanzadas donde las arrugas las cubren. Con respecto a los grupos raciales se debe tener en cuenta que los negroides tienen tendencia al queloide. (Manzanero AL, Recio M.2012) De todas las posibles secuelas, aquellas de carácter psíquico resultan ser las de mayor complejidad, muy

raramente definidas en la primera intención. La revisión estadística de la sanidad legal encuentra como excepcional la declaración de gravedad a partir de una secuela psíquica, excepto que se logre demostrar un daño en el sistema nervioso central que traiga consigo repercusión en el psiquismo del sujeto. El peor de los casos está dado cuando en una primera intención, el médico de asistencia estima con criterio totalmente subjetivo que habrá de quedar una afección transitoria o permanente de la conducta del individuo. La exploración ulterior en la sanidad del lesionado deberá indagar la certeza del presunto dado en la primera intención, sin que por ello sea posible descartar la existencia de un trastorno anterior nunca estudiado. (Riaño Ibáñez.2002).

La deformidad ocupa uno de los más importantes capítulos dentro de la lesionología forense. Es el resultado de la acción mecánica o la fuerza introducida al sustrato biológico, sin que se alcance la restitución de la estructura original, la llamada *restitutio ad integrum*. En esencia, la deformidad es una secuela, cualquiera que sea su magnitud y vista en su proyección individual y social, se la presupone como una alteración de la armonía o la relación normal de las partes anatómicas, de manera que está implícita una modificación sustancial de la estética. (Hidalgo Salvador. Álvarez Gonzales. Salvador Luna.2014).

La arista más escabrosa de la valoración de la estética, y por ello de los efectos deformantes, descansa en justipreciar qué se entiende por armonía y qué por estética. En el primero de los casos, se estima que exista una correlación proporcional adecuada a un patrón general y elemental, en el cual juegan un papel importante la simetría, el volumen, el color y la forma. En el Derecho se considera consecutivo a la deformidad aquello que produzca o induzca sentimientos de fealdad, compasión o repugnancia, lo que dicho de este modo hace presuponer un punto de partida o modelo de referencia, sobre todo para el primero de estos extremos. La complejidad del problema descansa en la apreciación pericial, por cuanto para el facultativo los sentimientos de compasión o repugnancia exceden su marco profesional. En la valoración de la secuela concurren varias situaciones, a saber: si es o no visible, si resulta o no notoria y si ha de permanecer o atenuarse con el tiempo. Por lo general la referencia principal de estas consecuencias se concreta al plano anatómico, secundariamente al fisiológico y en tercer orden al psíquico. Cuando se habla de secuela visible se presume que tal condición esté dada por el hecho de ser claramente perceptible a través de la visión cuando exista cierto grado de cercanía. Si la percepción del daño residual tuviera condición destacada, al punto de ser inmediatamente descubierta, incluso fuera de un rango de cercanía razonable, se podrá considerar la notoriedad.

En ambas circunstancias no está excluida la subjetividad con la cual el perito puede apreciar la situación, sobre todo cuando la secuela descansa en el plano fisiológico, tal como ocurre con la pérdida de la fuerza muscular, la capacidad para el movimiento con soltura de un miembro o en el funcionamiento de un órgano interno. La secuela funcional y aquella que descansa en los órganos de los sentidos, así como la apreciación del dolor; salvo que se puedan instrumentar una medición confiable, se resumen por completo a lo que dice el lesionado. Alegar audición defectuosa, disminución de la visión, intensidad dolorosa, pérdida

del olfato o el gusto dependen del modo en que el afectado los califica. (Iglesias Duquesne.2012) (Rodríguez González, Arteaga Ramírez .2014).

Descripción de la lesión

Se debe comenzar por el tipo de lesión, características, dimensiones, dirección, profundidad y localización, Cuando se abordan a las heridas se deben señalar si es incisa, contusa, a colgajo, de bordes anfractuosos, entre otras. Lo anterior ayuda a tener una idea del arma empleada y es muy útil en la investigación. La dirección igualmente tiene un gran interés policial y se deben usar los términos correctos: longitudinal, transversal y oblicuo.

Relativo a la profundidad es de suma importancia señalar si penetra o no en cavidad y los planos que interesa, nunca usar los términos superficial, poco profunda, algo profunda o profunda, porque en este caso se está a merced de opiniones y criterios personales; tampoco se deben describir solamente cuantos centímetros de profundidad tiene la herida, pues nunca será lo mismo 3 cm en una persona delgada que en una obesa, pues mientras en una puede llegar a planos musculares, en la otra quizá solo interese el tejido adiposo, por ello, lo único objetivo es decir el plano que interesó la lesión; esto, unido al resto de las descripciones, le da una idea al tribunal, juez, fiscal y demás autoridades, de la fuerza de la agresión, si hay coincidencia o no con el arma, las circunstancias del hecho y su reconstrucción.

Otro tanto se puede acotar por la localización, de su utilidad para la posición del agresor y del agredido. Según un análisis realizado por Iglesias Duquesne la descripción de las lesiones estará determinada por los agentes físicos o mecánicos o de otro tipo que las hayan causado y por la forma en que actuaron. Los caracteres de las lesiones pueden clasificarse de acuerdo con su naturaleza, el número, su localización, la dirección, la forma, las dimensiones, la penetración, el trayecto y el sangramiento. Se puede reconocer más de una variedad.

- A. Según su naturaleza.
- B. Según el número.
- C. Según la localización.
- D. Según la dirección.
- E. Según la forma.
- F. Según la dimensión.
- G. Según la penetración en cavidades.
- H. Según el trayecto.
- I. Según el sangramiento.

Se debe tener en cuenta, al existir las características antes expuestas, la repercusión sobre el estado general del lesionado de acuerdo con la lesión por su naturaleza, además de los caracteres y el grado de gravedad que pueden repercutir sobre el estado general del lesionado, manifestada por crisis de dolor, pérdida de la conciencia y shock. Cuando existan

lesiones múltiples de igual naturaleza se debe al menos ubicarlas en las regiones y en los planos.

Cuando las lesiones múltiples no son de igual naturaleza, deben describirse las de mayor importancia en correspondencia con la gravedad y su compromiso con la vida del lesionado. En estudios recientes los autores Rodríguez González, Arteaga Ramírez, Ortiz Sagasti, y Allegues Suárez consideran que la descripción adecuada de las lesiones es sumamente importante para la confección del certificado de primera intención de un lesionado, ya que le aportan a la instrucción datos de valor para la radicación del delito.

Los daños corporales ocasionados por los traumatismos dependen del tipo de agente vulnerante, la fuerza de acción, la profundidad alcanzada y los órganos y tejidos interesados. Las contusiones se producen a consecuencia de la presión ejercida sobre los tejidos por un agente vulnerante contuso, que podrá ser duro, elástico, romo o desprovisto de puntas, aristas o filo y que por simple acción mecánica determina la constricción de la piel y de las partes profundas. Las que con mayor frecuencia se encuentran son las contusiones superficiales o simples en las que participa un único mecanismo de contusión.

Otros documentos médico legales de interés y sobre los cuales se puede profundizar en estudios futuros son el Certificado de segunda intención y el Parte de estado. Cuando se emite el certificado de asistencia de primera intención de un lesionado y todas las lesiones presentes en él no son descritas por el médico, ya sea porque escaparon a su observación o por olvido, deberá emitir un certificado médico de segunda intención, para el cual no existe un modelo oficial, por lo que será usado el mismo modelo (53-13 del MINSAP), haciendo referencia en el acápite de las observaciones que se trata de una asistencia de segunda intención.

El parte de estado es un documento en el cual el médico de asistencia le informa a la autoridad actuante sobre la evolución del lesionado, el tiempo que demorará en sanar, así como cuestiones con el peligro inminente para la vida y las posibles secuelas, aun cuando el lesionado no esté curado. Este es el documento que permitirá a la autoridad actuante decidir sobre la prolongación del término del expediente o su archivo provisional en algunos casos. Se ha hecho notorio que la autoridad no utilice este tipo de actuación, pues se dificulta lograr la obtención de dichos documentos en las diferentes instituciones. Por otro lado, los médicos legistas al confeccionar el documento destinado al dictamen de sanidad sobre la base de las lesiones descritas en el certificado inicial o previa valoración de la historia clínica del lesionado, pueden hacer constar que el mismo no se encuentra curado de las lesiones recibidas, que demorará determinado tiempo en obtener la curación y que las secuelas deben valorarse al alta.

DISCUSIÓN

La confección de un buen certificado de lesiones, esto es, aquel que cumple determinados estándares, es de vital importancia para la víctima. La relación médico paciente, más allá de su ámbito ético -humano- profesional; implica un procedimiento que consiste en la anamnesis, examen físico, procesamiento y análisis de la información, detección de un problema de salud o bien de un diagnóstico y un plan a seguir.

Específicamente en el caso de la atención de un paciente lesionado, además de seguir dicho procedimiento para brindar un tratamiento que atienda a las necesidades clínicas del paciente, también deberá confeccionarse un informe médico de lesiones; el que para su elaboración seguirá básicamente el mismo proceso, sólo con unas pequeñas variaciones, las cuales responden al objetivo del informe.

Con respecto a la actualización de los fundamentos teóricos que abordan el proceso de elaboración del certificado de asistencia de primera intención del lesionado en Cuba, se puede afirmar lo siguiente:

1. Constituye en Cuba una de las actuaciones médico legales de mayor trascendencia en el delito de lesiones.
2. Existe poco conocimiento por parte de los médicos de asistencia de la clasificación que de las lesiones aporta el Código Penal cubano.
3. Existen dificultades en la correcta descripción de las lesiones y en su pronóstico médico legal.

REFERENCIAS

1. Barreiro, H.; Barreiro, A.; Fernández, E. (2016). Certificado de asistencia de primera intención de un lesionado. *Rev Cubana Med Gen Integr.*
2. Baguet, A.E. (2013). Enfoque didáctico sobre el pronóstico médico legal de las lesiones. *Gac Méd Espirit, 15(3): 243-253.*
3. Berdeal, G. (1999). Consideraciones Medicolegales sobre la actuación del médico de asistencia en relación con el delito de lesiones. [tesis] La Habana; González Pérez J. Un término de difícil interpretación del Código Penal. El peligro inminente para la vida. *Act. Med. Leg.1982; 2 (1): 4-6*
4. Borges, G.A. (1983). Pronóstico Médicolegal de las Lesiones. Problemática de su Interpretación de Acuerdo al Nuevo Código Penal. [tesis] Universidad de Oriente.
5. Cuba. Minsap (1979). Gaceta Oficial de la República de Cuba. Código Penal Cubano.

6. Cuba. Minsap (1977). Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ley de Procedimiento Penal. Artículo 116.
7. Cuba. Minsap. (1982). Gaceta Oficial de la República de Cuba. Resolución 139. La Habana: Ministerio-de-Justicia.
8. Cuba. Minsap (1983). Ley 41 o ley de Salud Pública. Gaceta Oficial de la República. Habana.
9. Espinosa, M.A. (1982). Análisis Cuanti-cualitativo del Certificado de Primera Intención de un Lesionado. [tesis] Ciego de Ávila.
10. Gisbert, J.A.; Villanueva, E. (2004). Medicina Legal y Toxicología. 6ta. ed. Barcelona: Masson.
11. Henao J.V. (2010). Asistencia inmediata del lesionado. En: Traumatología. American College of surgeon. Nueva Editorial Interamericana.
12. Hidalgo, E.; Álvarez, F.; Salvador, A. (2014). Aplicación de la termografía infrarroja en medicina legal: ¿prueba válida para la objetivación de los síndromes dolorosos? Disfunción temporo mandibular. Cuad. med. Forense.
13. Iglesias, M.M. (2012). Actuaciones médico legales para el desempeño profesional. La Habana; 2012.
14. Manzanero AL, Recio M (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. Cuad. med. Forense, 18(1): 19-25.
15. Piñero González AM (1979). Análisis Crítico de la Certificación y de la Tramitación y Sanidad Legal de las Lesiones Constitutivas de Delitos de Lesiones. [tesis] Holguín.
16. Rodríguez Jorge R (2013). Procedimiento pericial para la investigación del homicidio en el contexto cubano actual. [tesis] Santa Clara
17. Rodríguez M, Arteaga I, Ortiz M (2014). Manual para la confección del certificado de asistencia de primera intención de un lesionado. Medisur; 12(5):763-780.
18. Riaño JL (2002). Interpretación Jurídica del delito de deformidad (lesiones graves). Revista electrónica Derecho Penal.
19. Rodríguez A, Vázquez A (2014). Revisión y crítica de la valoración del daño estético. Cuadernos de medicina forense. 20(1): 26-35.
20. Rodríguez M, Arteaga I, Rodríguez O (2014). Análisis de la confección del certificado de asistencia de primera intención a un lesionado. Medisur; 12(1): 85-89.
21. Segredo AM, Perdomo I (2012). La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. Educ Med Super. 26 (2): 294-306.
22. Sibón A (2014). Simulación de anisocoria postraumática. Cuad Med Forense; 20(1):48-50.
23. Vento E (2016). Comentarios sobre el atestado de lesiones como problema médico. Inédito. Matanzas.

