

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



**Caracterización epidemiológica de la  
Violencia Sexual durante la Pandemia de  
COVID 19 en la División de Medicina  
Forense de la Ciudad de El Alto  
en la gestión 2020**

**POSTULANTE: Dr. Efraín Mariscal Palle  
TUTOR: M.Sc. Dra. Patricia Philco Lima**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de  
Especialista en Salud Pública con mención  
Epidemiología**

**La Paz - Bolivia  
2021**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis padres y familia por todo el esfuerzo y sacrificio, por brindarme amor, comprensión, apoyo incondicional y confianza en cada momento de mi vida. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios: por haberme dado el don de la vida y a través de ella, alcanzar uno de mis más grandes objetivos.

A la Universidad Mayor de San Andrés y a la unidad de posgrado; por brindarme la oportunidad de superación en mi vida profesional.

A mi Tutora: M.Sc. Dra. Patricia Philco Lima. Por su guía y apoyo permanente en el desarrollo de mi proyecto de investigación.

A mis Profesores: que con su sabiduría encausaron mi formación profesional e hicieron posible el desarrollo del presente trabajo.

Al Instituto de Investigaciones Forenses que me abrió sus puertas, que sin ellos no hubiese sido posible la realización de este trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a la Dra. Sheyla Rodríguez, por ser parte de mis Docentes y por su apoyo durante el desarrollo de mi trabajo de investigación

## **LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS**

<b>FEG:</b>	Fiscalía General del Estado
<b>IDIF EA:</b>	Instituto de Investigaciones Forenses El Alto
<b>CIDH:</b>	Corte Interamericana de Derechos Humanos
<b>ODM:</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>VIF:</b>	Violencia Intrafamiliar.
<b>ITS:</b>	Infección de Transmisión Sexual.
<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas.
<b>OPS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>MS:</b>	Ministerio de Salud
<b>CNNA:</b>	Código Niña Niño Adolescente
<b>CP:</b>	Código Penal
<b>CPE:</b>	Constitución Política del Estado
<b>CPP:</b>	Código de Procedimiento Penal
<b>DNA:</b>	Defensoría de la Niñez y Adolescencia
<b>FELCV:</b>	Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia
<b>FEVAP:</b>	Fiscalía Especializada para Víctimas de Atención Prioritaria
<b>CEPAL:</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
<b>SVRI:</b>	Sistema de Investigación en Violencia Sexual.
<b>VS:</b>	Violencia Sexual
<b>VE:</b>	Vigilancia Epidemiológica

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice</b> .....	<b>v</b>
<b>FIGURAS</b> . .....	<b>viii</b>
<b>TABLAS</b> .....	<b>ix</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>x</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>xi</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>xii</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Antecedentes</b> .....	<b>4</b>
1. Antecedente Internacional .....	<b>4</b>
2. Antecedente Nacional.....	<b>11</b>
<b>III. Justificación</b> .....	<b>13</b>
<b>IV. Planteamiento del problema</b> .....	<b>16</b>
<b>V. Objetivos de investigación</b> .....	<b>20</b>
1. Objetivo general. ....	<b>20</b>
2. Objetivos específicos.....	<b>20</b>
<b>VI. Marco teórico</b> .....	<b>21</b>
1. Marco legal internacional.....	<b>21</b>
2. Marco Legal Nacional.....	<b>23</b>
3. Impacto del COVID – 19 a nivel internacional. ....	<b>27</b>
4. Impacto del COVID – 19 en América latina. ....	<b>28</b>
5. Impactos sanitarios.....	<b>28</b>
6. La reacción inicial ante el brote en china.....	<b>31</b>

7. La reacción inicial ante el brote en Bolivia.....	31
8. La irrupción del virus en Bolivia. ....	32
9. El recurso del confinamiento. ....	37
10. Investigaciones Locales.....	38
11. COVID-19 .....	38
12. Vigilancia epidemiológica (VE). ....	39
13. Marco teórico conceptual. Violencia contra las mujeres.....	41
14. Marco normativo en el sector de la medicina forense .....	42
<b>VII. Diseño de la investigación .....</b>	<b>45</b>
1. Tipo de estudio .....	45
2. Población de estudio: .....	45
3. Muestra.....	45
4. Unidad de análisis: .....	46
5. Criterios de Inclusión: .....	46
6. Criterios de Exclusión .....	46
7. Técnicas de procesamiento y análisis de resultado:.....	47
8. Instrumentos de recolección de datos: .....	47
9. Procedimiento para la recolección de datos: .....	47
10. Ámbito de estudio .....	48
11. Aspectos éticos de la investigación: .....	48
<b>VIII. Resultados.....</b>	<b>49</b>
<b>IX. Discusión.....</b>	<b>64</b>
<b>X. Conclusiones .....</b>	<b>70</b>
<b>XI. Recomendaciones .....</b>	<b>71</b>
1. Acción Individual.....	71

2. Acción Colectiva .....	71
<b>XII. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>73</b>

**FIGURAS**

**Pág.**

**Figura 1. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según sexo vulnerable, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....49**

**Figura 2. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según grupo de edad vulnerable, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....50**

**Figura 3. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según tipo de agresión sexual, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....51**

**Figura 4. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según el tiempo que demora en revelar, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020 .....52**

**Figura 5. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según episodios de la agresión sexual, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020. ....53**

**Figura 6. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según conducta sexual, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....54**

**Figura 7. Distribución temporal de casos sospechosos de violencia sexual, registrados en la base de datos del IDIF de la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto -2020 ...58**

**Figura 8. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según la estación de ocurrencia del hecho, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....60**



**TABLAS****Pág.**

<b>Tabla 1. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según lugar del hecho, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 2. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según número de agresores, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 3. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según grado de relación con la víctima, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto – 2020. ....</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 4. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según mes de la agresión, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabla 5. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según día de la agresión, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 6. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según hora de los hechos, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 07. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según la naturaleza de la lesión en área extra genital y para genital, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020. ....</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 08. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según hallazgos en el área genital, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020. ....</b>	<b>62</b>
<b>Tabla 09. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según hallazgos en el área genital, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020. ....</b>	<b>63</b>
<b>Tabla 10. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según estudios complementarios solicitados, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.....</b>	<b>63</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>Pág.</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 1: instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 2. operacionalización de variables .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo 3: Solicitud de autorización a la dirección del IDIF.....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo 4: frontis del instituto de investigaciones forense en la ciudad de sucre.....</b>	<b>87</b>
<b>Anexo 5: frontis del instituto de investigaciones forense en la ciudad de el alto .....</b>	<b>87</b>
<b>Anexo 6. Cronograma de Actividades .....</b>	<b>88</b>

## Resumen

La pandemia de COVID-19 constituye la mayor crisis mundial de salud pública que se ha generado en los últimos tiempos y plantea enormes desafíos tanto para los sistemas de salud como para los sistemas de protección, las restricciones a la movilidad, han generado altos riesgos de violencia sexual, contra las mujeres.

**Objetivo.** Determinar las características de la Violencia Sexual, durante la Pandemia de COVID 19, en el servicio de Medicina Forense de la Ciudad de El Alto en la gestión 2020

**Metodología.** Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, descriptivo de serie de casos, basado en la recolección de informes forenses, que fueron procesados por técnicas convencionales.

**Resultados.** Se obtuvo información de 126 casos. El grupo de edad dominante entre las víctimas de delitos sexuales es el de 11 a 15 años (36,8%). El 96,8% de las víctimas son mujeres, la conducta sexual es obligada (79,4%). En cuanto al comportamiento sexual, es coito vaginal, en su propia casa (38,1%). El número de agresores es único (86,5%), en la gran mayoría de los incidentes que ocurren, existe un grado de contacto previo y variable entre la víctima y el agresor. La edad del agresor esta entre los 12 y 53 años, la víctima y el agresor tienen distintos grados de contacto previo, el mes de mayor agresión, es julio, el día de mayor agresión, es viernes, por la madrugada, el tipo de himen identificado es el expandible.

**Conclusiones.** La frecuencia de agresiones sexuales a mujeres es mayor, entre 11 y 15 años en sus propios hogares se revela un comportamiento no autorizado, existe un grado de contacto previo y variable entre la víctima y el agresor, indica que existe una relación víctima-agresor.

**Palabras claves:** Violencia sexual, COVID 19, Pandemia, Confinamiento, Medicina Forense, IDIF, Vigilancia Epidemiológica.

## **Abstract**

The COVID-19 pandemic constitutes the largest global public health crisis that has been generated in recent times and poses enormous challenges for both health systems and protection systems, restrictions on mobility have generated high risks of sexual violence, against women.

**Objective.** Determine the characteristics of Sexual Violence, during the COVID 19 Pandemic, in the Forensic Medicine service of the City of El Alto in the management 2020

**Methodology.** An observational, quantitative, descriptive study of a series of cases was carried out, based on the collection of forensic reports, which were processed by conventional techniques.

**Results.** Information was obtained from 126 cases. The dominant age group among victims of sexual crimes is 11-15 years old (36.8%). 96.8% of the victims are women, sexual behavior is compulsory (79.4%). Regarding sexual behavior, it is vaginal intercourse, in their own home (38.1%). The number of aggressors is unique (86.5%), which indicates that there is a victim-aggressor relationship. In the vast majority of incidents that occur, there is a prior and variable degree of contact between the victim and the aggressor.

**Conclusions.** The frequency of sexual assaults on women is higher, between 11 and 15 years in their own homes unauthorized behavior is revealed. The aggressor's age is between 12 and 53 years old, the victim and the aggressor have different degrees of previous contact, the month of greatest aggression is July, the day of greatest aggression, it is Friday, at dawn, the type of hymen identified is the expandable.

**Keywords:** Sexual violence, COVID 19, Pandemic, Confinement, Forensic Medicine, IDIF, Epidemiological Surveillance.

## **I. Introducción**

La pandemia de COVID-19 es la mayor crisis de salud pública mundial en el futuro cercano y representa un gran desafío tanto para el sistema de salud como para el sistema de protección. La emergencia causada por COVID-19 se ha convertido en una emergencia sanitaria mundial sin precedentes en el último siglo. Aunque la violencia contra las mujeres y las niñas no es un problema social nuevo, durante la pandemia de COVID-19, sorprendentemente han aumentado las estadísticas sobre este fenómeno en todo el mundo (1).

América Latina se ha convertido en una de las áreas clave para la pandemia de COVID-19, y esta tendencia se ve agravada por las débiles estructuras de protección social, los sistemas de salud fragmentados y la grave desigualdad. En regiones que experimentaron muchas crisis políticas y protestas en 2019, la creciente desigualdad, exclusión y discriminación en el contexto de la pandemia tendrá un impacto negativo en el disfrute de los derechos humanos y el progreso democrático; de no resolverse esta situación, eventualmente puede conducir a disturbios sociales. La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres deben estar en el centro de la respuesta. La región enfrenta choques extraordinarios que han puesto de manifiesto y exacerbado la insuficiencia de sus sistemas de protección social y salud (1), (2).

Como otros países de la región, Bolivia no ha sido excluida de los efectos del COVID- Debido al fracaso de las elecciones presidenciales de octubre, la pandemia sumió al país en una crisis económica y política.

Aunque se tomaron medidas oportunas para responder a la pandemia, las cuales ayudaron a frenar el crecimiento de la curva epidemiológica al inicio, pero luego no lograron prevenir el crecimiento exponencial de casos, colapsaron el sistema de salud y mostraron la misma estructura deficiente. El paro laboral provocado por el encierro ha provocado el paro, la destrucción de una parte o incluso de la totalidad del negocio y, por tanto, la pérdida de ingresos (2) (3).

Bolivia es un país sudamericano y mediterráneo con 11,5 millones de habitantes.

La pandemia llegó a Bolivia el 10 de marzo en el contexto de la crisis provocada por el fracaso de las elecciones generales de 2019 y el posterior modelo de gobierno de transición que llevó a la fragilidad social y política. La aparición de COVID-19 y su crecimiento exponencial no solo han debilitado aún más la economía del país, sino que también han mostrado serias debilidades en el sistema de salud (3). Si bien las consecuencias socioeconómicas de las medidas tomadas por el Estado para determinar y gestionar los riesgos para la salud pública (como restringir la movilidad) son necesarias, han generado altos riesgos de violencia doméstica, violencia de género y violencia sexual contra las mujeres. Dado que la pandemia COVID-19 ha trastocado la realidad de la violencia en Bolivia, las instituciones nacionales tienen una clara responsabilidad por la falta de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres (2).

Además, las desigualdades de género existentes hacen que las mujeres y las niñas sean particularmente vulnerables en este contexto, aumentando su exposición a muchas formas de violencia de género. Riesgos y amenazas de violencia sexual, especialmente por parte de mujeres y niñas, en situaciones de emergencia y aislamiento. Estos riesgos se ven agravados por la potencial desaceleración o cierre de los servicios profesionales (protección, justicia, salud, asistencia psicosocial), imposibilitando la denuncia y la protección, y están sujetos a marcos que promueven la inmunidad (3) (2).

Con base en lo anterior, se aplicó una ficha epidemiológica sobre violencia contra las mujeres y COVID 19 a partir de mujeres víctimas de violencia sexual y cómo se violan sus derechos al tender un puente sobre la epidemia global. La información sobre la situación de violencia contra las mujeres y la respuesta del Estado boliviano durante la cuarentena muestra cómo hacer frente a las violaciones de los derechos humanos y los obstáculos a superar, y espera una vida libre de violencia y acceder a la justicia (4)(2).

El abordaje de este tema gira en torno al reconocimiento del contexto de violencia sexual contra las mujeres en el contexto de COVID 19 y la identificación de

factores de riesgo y daño, y es especial para fortalecer las acciones específicas de las instituciones responsables, posibilita la implementación de medidas. Prevención, tratamiento y sancionar la violencia contra las mujeres (2). La violencia sexual contra niñas y mujeres es una de las manifestaciones más claras de los valores, normas y tradiciones culturales patriarcales, en la que los hombres controlan sus cuerpos, el cuerpo de las mujeres y la sexualidad (2) (3) (4).

## **II. Antecedentes**

### **1. Antecedente Internacional**

En enero de 2020, la OMS declaró un nuevo brote de enfermedad por coronavirus en la provincia de Hubei, China. Se trata de una emergencia sanitaria internacional (3). Dos meses después, el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró que el brote del coronavirus COVID 19 era una pandemia (3). América Latina y el Caribe son focos de la pandemia de COVID 19, agravada por estructuras de protección social débiles, sistemas de salud fragmentados y desigualdades severas (1).

En España, se recogió la tipificación jurídica de los delitos contra la libertad Sexual, con especial consideración de las agresiones sexuales y de los abusos Sexuales, se analizó el ámbito de ocurrencia, cuando se trata de víctimas infantiles, con gran frecuencia suceden en el propio medio familiar con participación de parientes, los propios padres o compañeros de la madre; en el ámbito escolar, por parte de profesores (instituciones religiosas y laicas.), con relación a la frecuencia Indica así que en 2015 se produjeron 1081 delitos contra la libertad sexual, de los cuales fueron agresiones 417 y abusos 664. En el año 2016 los delitos contra la libertad sexual fueron de 1271, siendo 476 agresiones y 795 abusos sexuales. En el año 2017 las denuncias aumentaron un 16%, siendo las agresiones 451 y los abusos 935 (5).

En la ciudad de Chile, en un estudio analítico de corte transversal, los datos se obtuvieron de fichas clínicas de adolescentes que ingresaron al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, desde enero 2003 hasta diciembre 2010, con resultados que muestran que el promedio de edad de las adolescentes fue de 15,8 años (rango: 10-19 años). Como formas de agresión sexual en el 86,5% de los casos se reportó abuso sexual y en un 13,5% violación. El 48,5% los agresores son familiares, el 34,9% conocidos y en un 16,5% corresponde a desconocido. En un 34,2% los agresores tenían 19 años y menos. En el 41,2% la edad de la víctima en el momento de la primera agresión sexual fue entre 5 y 9 años, un 41% entre 10 y 14 años. En el 60,8 % el abuso sexual fue único y en el 39,2 % reiterado.



En un 43,4% el lugar fue el propio hogar de la víctima. Un 70% reveló la agresión sexual y de éstos el 45,9% lo hizo en forma tardía, la frecuencia más reportada fue los fines de semana. La violación se cometió con mayor frecuencia en la casa de un familiar cuando se compara con el abuso sexual (6) (7).

Durante el año de 2013 en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa se realizaron 27,485 reconocimientos médico legales, de los cuales 901 correspondieron a exámenes de integridad sexual en mujeres, realizándose a 706 mujeres, y de éstos, 497 fueron por delito contra la libertad sexual, de los cuales en 445 casos las mujeres referían haber sufrido violación propiamente dicha, mientras que en 48 casos referían tocamientos indebidos o actos contra el pudor. En cuanto a la distribución etaria, se observó que el grupo de mayor vulnerabilidad es el comprendido entre los 16 y 20 años, constituyendo el 27.8% (137 casos), seguida por el grupo de 11 a 15 años con el 20.7%. El 26.07 % de mujeres presentó himen complaciente, el 28.31% presentaron himen íntegro, el 6.51 % desgarró reciente y el 39.11% desgarró antiguo. De las 445 mujeres que referían ser víctimas de violación sexual el 43.82% presentó lesiones y el 56.18% no las presentó. Se encontró que las lesiones extra genitales, son las más frecuentes en las mujeres que sufren violación (49.74%), seguida de la presencia de lesiones para genitales - extra genital con 13.85%, lo menos frecuente fue encontrar lesiones en las tres áreas en una examinada (genital-para genital-extra genital) lo que se encontró solo en el 4.10%. En el área extra genital se encontró que las lesiones equimóticas son las más frecuentes (61.11 %), seguido por excoriaciones en 29.17%, tumefacción en 6.25%, herida contusa en 2.78%, mientras que la herida cortante constituyó solo el 0.69% (un caso); esto nos habla del uso del agente u objeto contundente como principal elemento en la perpetración del delito de violación. En el área para genital se encontró dos tipos de lesiones la equimosis que representa el 66.15% y la excoriación en 33.85%. Se encontró que en el área genital el desgarró reciente del himen es la lesión más frecuente con 33.65%, seguido por la fisura anal con 20.19%. Entre los signos de violación vaginal el más frecuente fue el desgarró reciente de

membrana himeneal encontrado en 35 casos, seguido por erosión de la mucosa vulvar. Entre los signos de violación anal encontrados en mujeres víctimas de violación que se les realizó examen de integridad sexual, durante el año 2013, se observó que el signo más frecuente fue la hipotonía anal encontrado en 36 casos, seguida de la fisura anal en 19 casos (8).

Hernández, Roa y Salcedo en su estudio “Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución hospitalaria de primer nivel del Departamento del Cauca entre 2007 al 2015” - Colombia, describió que el 77% de las víctimas fueron mujeres, 23% hombres, en edades entre los 2-16 años, el 100% eran estudiantes. El acto fue cometido por un solo agresor; en el 93,0% fue perpetrado por conocidos, de los cuales 42,9% eran familiares, Según día de la semana, la mayoría de los abusos ocurrieron entre los días miércoles y viernes (21 casos) y 8 lunes, martes, sábado o domingo. Con relación a la hora del hecho, se observó la ocurrencia de 3 casos en el horario vespertino por cada caso en el horario nocturno, 17 de las historias clínicas revisadas no contaban con este dato, el 90% eran estudiantes, el 100% de los hechos de violencia fueron perpetrados por hombres; el hecho se cometió en el entorno intrafamiliar en 36% de los casos. Los relatos del hecho mostraron que en 42% de los casos, el agresor sometió a la víctima a través del engaño, la amenaza o con el uso de la fuerza, el 84% de los agresores eran conocidos por la víctima y el 36% fue un familiar, al cruzar el lugar donde ocurrió el abuso sexual y el sexo de la víctima se observó que 22 de los casos se perpetraron en la residencia de habitación del menor, 16 fueron contra niñas. De igual forma, aquellos que ocurrieron en la residencia del agresor, el menor ofendido fue una niña (2/2) (9).

En un estudio retrospectivo-descriptivo, seleccionándose de los archivos de la Unidad de Sexología Forense del Servicio Médico Legal (SML) de Temuco (Chile), las denuncias por violación realizadas por mujeres entre Enero/ 2000 y diciembre/2003, De un total de 509 mujeres que denunciaron ser víctima de una violación en el período antes señalado se constató al examen físico la presencia de Himen Complaciente (HC) en el 9% (46 casos). La edad promedio del grupo estudiado fue 16,7 años (11-43 años), perteneciendo al área urbana el 74% de la muestra analizada. Al momento de la agresión un 95,6% (44) de las mujeres era soltera. En cuanto a la periodicidad del atentado este fue único en 43% (20) y múltiples en un 56% (26), siendo el agresor conocido por la víctima en el 89% de los casos denunciados; estando un familiar involucrado en el 69% de estas agresiones. Al momento de realizar el peritaje médico-legal se constataron lesiones extra genitales y coloproctológicas en el 28% y 4% respectivamente, comprobándose en el examen microscópico de la muestra de fluidos la presencia de espermios en el 9% de los casos (10).

En el Instituto de Medicina Legal-Trujillo entre enero y diciembre 2004, la frecuencia de reconocimientos medico legales a víctimas de agresión sexual fue 5.6% de todos los reconocimientos, 92,4 % fueron de género femenino y 7,6 % de género masculino, el estado civil soltera con 94,5%, el grados de instrucción fueron primaria con 41 %, la ocupación fue estudiante con 69,4%, los hallazgos del examen del himen fueron himen no desflorado en 28,2%, himen con desfloración antigua en 27, 8%, himen complaciente en 23,1% e himen con desfloración reciente 4,5%, los meses con mayor frecuencia de reconocimientos medico legales a víctimas de agresión sexual fueron diciembre con 10% y noviembre con 9.8%, los hallazgos del examen anal: ano sin signos de acto contra natura en 85,1% y ano con signos de acto contra natura en 7,5%, el tiempo de ocurrencia del hecho más frecuente en víctimas de agresión sexual fue más de 10 días en 42,5% de los casos y entre 1 a 3 días en 29,8% de los casos, los tipos de himen de complaciente más frecuentes en víctimas de agresión sexual fueron franjeado en 43,1% de los casos y semilunar en 28,4% de los casos, las

formas de himen más frecuentes en víctimas de agresión sexual es semilunar en 21,2% de los casos, franjeado en 13,0% y anular en 11,3 %, los hallazgos de signos de coito contranatura en víctimas varones de agresión sexual fueron signos recientes en 12,8%, no presenta en 84,6%, los hallazgos de signos de coito contra natura en víctimas mujeres de agresión sexual fueron signos recientes en 7%, no presenta en 84,7%, la hora de ocurrencia más frecuente estuvo entre las 18 y 24 horas en 13,5% de los casos y entre las 12 y 18 horas en 11,4%, el grado de familiaridad de las víctimas de agresión sexual con el agresor conocido en 35,7%, desconocido en 16,7% y familiar en 14% de los casos, no se halló la asociación entre lesiones traumáticas extra genitales y hallazgos del examen genital (11).

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre los factores sociodemográficos y de aspectos médico-legales implicados en la victimización de la víctima, en la provincia de Las Tunas, en el período comprendido entre enero del 2014 a diciembre de 2015. El grupo de edades que predominó entre las víctimas de delitos sexuales fue de 12 a 18 años, 90 casos para un 52,3 %, seguido de 6 a 11 años con 77 casos (44,8 %), mientras las edades de 1 a 5 años fue solo 2,9 %. El 91,3 % de las víctimas fueron niñas. El orden de los municipios de residencia de los menores afectados fue, por orden de frecuencia: Las Tunas (40,7 %) y Puerto Padre (19,2 %), en la relación víctima acusado, en la gran mayoría de los sucesos ocurridos, existió un vínculo previo y de diverso grado entre la víctima y el victimario; así lo revela el predominio de las personas conocidas en 141 (82 %) de los casos y vecinos en 16 (9,3 %). se observa que, de los delitos sexuales tipificados dentro del Código Penal Cubano, se pudo constatar el predominio de los casos de abusos lascivos, los que ocuparon el primer lugar con 90 casos (52,3 %), seguidos de la violación (39,5 %). De los menores que acudieron al servicio de Medicina Legal, el 65,1 % ya había sido explorado en dos ocasiones y el 16,9 %, en tres (9).

En un estudio descriptivo prospectivo realizado en la División Médico Legal (DML) Chucuito, ubicada en la ciudad de Puno durante los meses de Enero a Diciembre 2013. Para el estudio se seleccionó las pericias médico legales de delitos contra la libertad sexual. Se realizaron 1754 Reconocimientos Médicos Legales (RML); de los cuales 2,67 % (47/1754) fueron RML ginecológicos por delitos contra la libertad sexual, 24,12 % (423/1754) por violencia familiar, 36,20 % (635/1754) por lesiones, 0,11%. El mayor porcentaje de las peritadas tenían entre 15 a 17 años, 38,29% (18/47), seguido de peritadas entre 18 a 60 años de edad con 27,66% (13/47). Ninguno de los denunciantes fue del sexo masculino. De las personas que acudieron por un RML ginecológico: 10 no realizaron el RML Ginecológico; de ellas, 2 no se presentaron, 4 no firmaron el consentimiento informado y 4 no permitieron terminar con el RML; con lo que tuvimos, 37 peritadas como población total de estudio. El 18,92% (7/37) presentaron himen íntegro o himen con bordes regulares que no presentan lesiones, con el borde interno que delimita el orificio que no presenta ninguna alteración en su morfología; de ellos, el 8,11% (3/37) presentaron himen complaciente (himen dilatado), Se evidenció desfloración en el 81% (30/37), el 8,11% (3/37) presentaron desfloración reciente y el 72,97% (27/37) presentaron desfloración antigua. El 62,16% (23/37) presentó lesiones himeneales; siendo clasificados de acuerdo a las características macroscópicas en lesiones recientes (dentro de los 10 días de producida la lesión) y en lesiones antiguas (más de 10 días). Las desfloraciones antiguas representaron el 72,97% (27/37), de ellos; los desgarramientos himeneales antiguos, con lesiones recientes, el 54,05%(20/37) y las desfloraciones recientes (desgarro himeneal reciente) representaron el 8,11% (3/37). Se observó que 62,16% (23/37) presentaron lesiones himeneales, de ellos 48,65% (18/37) tuvieron otras lesiones concomitantes, lo que se expresó: el 18,92% (7/37) presentaron otras lesiones genitales, el 13,51% (5/37) presentaron lesiones para genitales y el 16,22% (6/37) presentaron lesiones extra genitales (12).

En la División de Medicina Legal de Celendín, en los años 2009 y 2013, se investigó comportamiento clínico y epidemiológico de los Delitos Contra la Libertad Sexual, en Relación a la Víctima, se describen 270 casos de Delitos contra la libertad sexual, con 258 (95.6%) víctimas de sexo femenino y 12 (4.4%) masculinas, las proporciones entre los sexos fue significativamente mayor para el sexo femenino (95,6%) respecto del masculino (4,4%), El rango de edad tuvo una variación de 3 a 83 años, con un promedio de 16,3 años. Las personas fueron clasificadas según grupo etáreo, observándose una mayor frecuencia en el rango de 11 a 18 años de edad con 66.7%, seguido del grupo de 3 a 10 años (14.8 %)., La zona donde se reportó con mayor frecuencia delitos sexuales fue en áreas rurales el 78% (169) de los diferentes distritos de la Provincia. La gran mayoría ocurrió en recintos cerrados y no en espacios abiertos, la actividad más frecuente de las víctimas al momento del atentado sexual era estudiante, siendo el 30.4 % con primaria incompleta, En cuanto al estado civil, 90.0 % de las víctimas eran solteras; 7.8 % estaban casadas o vivían en unión libre; y 2.2% no tenían pareja, la ocupación de las víctimas en 68.1% correspondía a estudiantes, EL 10 % estaban dedicadas a las labores del hogar; en orden de importancia les seguían las que estaban desempleadas; el 0,4% eran agricultoras y 2.6%, empleadas, en el estudio 31,5% ocurrieron en el propio domicilio de la víctima, también se muestra que el 36,3%, la agresión sexual se limitó al “espacio exterior”, lugares descampados, que muestra la elevada inseguridad de la Provincia de Celendín, el 31,5% en la casa de la víctima, 19,3% en la casa del agresor y 11, 5% en otros lugares como la escuela o centro de trabajo. Por otro lado, el 50,7% de las agresiones sexuales ocurren en el hogar común de víctima y victimario, en el estudio, se ha contemplado la figura del agresor bajo las siguientes categorías: Padrastro, Vecino, Tío, Abuelo, Hermano, Padre biológico, Primo, Enamorado, Amigo / conocido, Esposo / conviviente, curandero, Ex pareja, Profesor, los resultados obtenidos, indican que el agresor es predominantemente un amigo o conocido de la víctima. En el 66 caso el victimario se trató de un “Amigo / conocido”, 18 casos de un “Familiar Tío”, la agresión por Padrastro resulta de 13

casos y por un “extraño” a la víctima 18 casos. En el total de la muestra, la agresión sexual en que el victimario fue el padre biológico de la víctima representó el 2,6%, el padrastro el 4,8% y el tío el 6,7%; dentro del grupo familiar esto constituye 27,1 %. En el total de la muestra la agresión sexual en que el victimario fue el Enamorado fue el 13 %, con respecto al agresor, la mayoría fueron del sexo masculino representado por un 99.6%, En relación a la edad del agresor/a, se comprueba que, mayoritariamente, abarca un rango de los 19 a los 26 años, en relación con su nivel de escolaridad 26.9% tenían primaria, secundaria y/o superior, en contraste con un 10.4 % que no tenía ningún tipo de educación, en 62.6% de los casos no se conoció este dato, las lesiones genitales específicas de abuso sexual se centraron en el himen y labios menores, encontrándose desfloración reciente 28% y embarazos 7%, un porcentaje significativo fue vinculado con los denominados hímenes „complacientes”, representado por 10 %, el hallazgo más frecuente al examen clínico de la región anal fue acto contra natura reciente con 23 casos tanto para hombres como mujeres, a la que le siguieron actos contra natura antiguos con 6,7 %, la hipotonía y ano infundibuliforme, representaron 20 % de los casos, al separarlo por sexos, en el masculino, se encontró 4 casos de lesiones anales, ano infundibuliforme, en el estudio se encontró 2,2 % de casos (13).

## **2. Antecedente Nacional.**

**Cuarentena Violenta en Bolivia.** Cuando el hogar es el espacio más inseguro para las mujeres, en 71 días que duró la cuarentena rígida en Bolivia –del 22 de marzo al 31 de mayo--, se registraron 2.935 denuncias por delitos contra la Ley N° 348, Ley para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia; de ellas, el 81% correspondió a violencia en la familia. Estas cifras confirman, una vez más, que el hogar es el espacio más inseguro para las mujeres, niños, niñas y adolescentes. De las 2.935 denuncias registradas por el Ministerio Público en 71 días de cuarentena rígida, 2.378 (81%) corresponde a violencia familiar o doméstica (2). De acuerdo con el artículo 7, numeral 15, de la Ley N° 348, la violencia en la familia es “toda agresión física, psicológica o sexual cometida

hacia la mujer por el cónyuge o excónyuge, conviviente o ex conviviente, o su familia, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, tutores o encargados de la custodia o cuidado”. Pese a estas dramáticas cifras, se estima que durante la cuarentena hubo un subregistro de casos, debido a que las restricciones en el desplazamiento de las personas inhibieron las posibilidades de denuncia de las mujeres. De las 2.935 denuncias de violencia registradas por el Ministerio Público durante la cuarentena rígida, 497 (17%) fueron delitos contra los derechos y la libertad sexual contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes (4). Esto quiere decir en los 71 días que duró el confinamiento rígido en el país –del 22 de marzo al 31 de mayo—se produjo un promedio de siete agresiones sexuales de distinta naturaleza cada día. Aparentemente, se trata de una disminución de casos respecto al pasado año, cuando, en condiciones normales –sin pandemia—los datos oficiales daban cuenta de que cada día alrededor de 14 mujeres, niños, niñas y adolescentes eran víctimas de algún delito de orden sexual. En los últimos tres meses de la cuarentena, dicha cifra fue la mitad. La naturalización de la violencia y la falta de credibilidad en la justicia, sumadas a las restricciones para presentar una denuncia ante instancias policiales debido a la cuarentena, pueden ser una de las principales razones para un registro menor de casos (2).

El reforzamiento de las líneas telefónicas disponibles para atender denuncias de violencia en razón de género y la apertura de nuevos canales de comunicación como WhatsApp y correo electrónico fueron medidas que asumieron todos los mencionados países, pero con ciertas particularidades y acciones adicionales: En Argentina se habilitó, además, una aplicación para celulares; en Bolivia se puso en marcha un Protocolo para Procedimientos de la Fuerza Especial de Lucha contra la Violencia (FELCV) durante el estado de emergencia sanitaria por el COVID-19.



### **III. Justificación**

El presente trabajo de investigación contribuye de manera significativa a conocer la prevalencia de la violencia sexual, así como conocer las características de los casos sospechosos de violencia sexual, del agresor, las circunstancias y daño en el ámbito de la pandemia y confinamiento, además de ofrecer una guía, que no es receta, ni fórmulas acabadas, pero si se fundamentan en evidencias de procesos que han mostrado validez para la documentación de casos de violencia. El presente trabajo de investigación es significativo por cuanto la violencia sexual constituye no sólo un problema de salud pública, sino que involucra a la sociedad en su totalidad, por las consecuencias nefastas tanto para la víctima como para su entorno. Permite conocer variables epidemiológicas que incrementan el riesgo de ser víctimas de violencia sexual y por ende plantear programas de prevención y un modelo de atención médico legal integral con un sistema de vigilancia epidemiológica, que contemple a la víctima como persona y como prueba; permite conocer algunos aspectos básicos de los procedimientos médicos legales que se realizan en el examen de las víctimas de Delitos Contra La Libertad Sexual, motivo por el cual se ha recurrido a la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense de la Ciudad de El Alto (14).

La motivación para realizar esta investigación se basa fundamentalmente en la problemática de la violencia contra la mujer, aún con datos insuficientes se ha logrado establecer que la violencia sexual en tiempo de pandemia y confinamiento, es un problema de salud pública porque afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de un sector vulnerable, las pandemias exacerbaban las desigualdades de género y las vulnerabilidades existentes, lo cual aumenta los riesgos de abuso, en épocas de crisis los brotes de enfermedades afectan a las mujeres y los hombres de manera diferente, la emergencia derivada del COVID-19 está provocando impactos sobre las mujeres y profundizando las desigualdades de género existentes, tanto al interior de los hogares como fuera de ellos, en los hospitales y centros sanitarios, en el trabajo y también en la política (4) Las medidas de confinamiento buscan proteger la salud pública y

evitar el colapso de los servicios de salud; sin embargo, su aplicación no es neutra desde el punto de vista de género. Los hogares se han convertido en el espacio donde todo ocurre: el cuidado, la educación de los niños, y adolescentes, la socialización, y el trabajo productivo; lo que ha exacerbado la crisis de los cuidados, Por otra parte, los indicadores dan cuenta de un aumento de la violencia de género, que se recrudece por el confinamiento y por el limitado acceso de las mujeres a los servicios públicos de atención, prevención y sanción de la violencia (4)

La pandemia de COVID-19, desatada a comienzos del 2020, ha determinado una conmoción para las personas y familias a nivel mundial. El confinamiento social, ha sido una medida drástica adoptadas por Bolivia, para prevenir la propagación de la enfermedad. Si bien en Bolivia se optó por el confinamiento voluntario, hubo un alto acatamiento por parte de la población. Estas medidas, que sin duda contribuyeron en el control de la epidemia, determinaron cambios profundos en la vida cotidiana y en las rutinas básicas de las familias, con un importante impacto en otros componentes de la salud, psicosociales y económicos. Estos fenómenos asociados se han llegado a denominar pandemia secundaria o para pandemia (7).

Para los adultos, el no concurrir a los lugares de trabajo habitual, el teletrabajo, la inseguridad laboral, el desempleo y la disminución o pérdida de ingresos, suponen gran incertidumbre y un alto nivel de estrés. A esto se agrega el cuidado de los hijos a tiempo completo, asumir la responsabilidad de la tarea escolar en la casa y las actividades domésticas. En niños/as y adolescentes la restricción de la concurrencia a los centros educativos limita los procesos de socialización, el intercambio con pares, el juego compartido, la actividad física y los aprendizajes formales, además de otros beneficios que brindan las escuelas, el confinamiento hace que las niñas estén más expuestas al abuso y la violencia, a lo que se adiciona el riesgo de abandono y exclusión escolar post pandemia. (7).

El COVID-19 presenta riesgos devastadores para mujeres y niñas en contextos frágiles y afectados por conflictos u otras emergencias humanitarias, se ha visto

en la necesidad de disponer de información buena y confiable, no solo sobre los eventos en los que se producen heridos o muertos, o en los que se atenta contra la integridad psicológica o sexual de las personas, sino también sobre las causas y circunstancias en que tales hechos ocurren. Tal demanda se ha visto acompañada de un creciente, aunque aún insuficiente, número de estudios y modelos de recolección de información, que se han venido desarrollando a nivel local e internacional (7).

La utilidad de la presente investigación, es mostrar los altos índices de violencia sexual, factores de riesgo, viendo la necesidad de implementar campañas de prevención, promoción y educación, alternativamente fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica actual, del gobierno nacional y local, los ministerios de salud, el instituto de medicina forense, la policía, el sector judicial, los organismos no gubernamentales, las universidades, las comunidades, y en fin, responsable de intervenir para prevenir la ocurrencia de hechos de agresión sexual, reconocen la urgencia de disponer de información confiable, oportuna y representativa del problema de violencia contra la mujer.

Por tanto, el presente trabajo contribuye de manera significativa y de gran importancia en realizar un estudio donde se describe el perfil epidemiológico de Violencia contra la mujer, víctimas de agresión sexual registradas en la División de Medicina Forense con sede en la ciudad de El Alto, con aporte de su base de datos digital, se ha podido identificar los dictámenes, fuente de información actualizada.

Existe muy pocas investigaciones al respecto de este tema sin embargo, ingresando a la base de sistema de información forense, se dará a conocer el número de víctimas por violencia sexual contra la mujer en tiempo de pandemia y confinamiento, a su vez detallando mes por mes, se describirá el comportamiento epidemiológico de estas víctimas registradas por violencia sexual siguiendo patrones de identificación rutinaria en la institución, y no menos importante la relación de la víctima con el agresor.

#### **IV. Planteamiento del problema**

La emergencia originada por la COVID-19 se presenta en un momento en el que la humanidad parecía sentirse invencible. Se ha constituido como una emergencia sanitaria global sin precedentes en el último siglo, aunque mediada por el acceso a las tecnologías, las cuales dan un matiz diferente a las experiencias humanas contemporáneas. Si bien la violencia contra las mujeres y las niñas no es un problema social nuevo, durante la pandemia de COVID 19, se han incrementado las estadísticas respecto a este fenómeno de manera alarmante en todo el mundo (1)(2)(4).

Las mujeres están representadas desproporcionadamente en los sectores más afectados por la pérdida de empleos. Son también quienes realizan la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado generado por la pandemia. Y son, además, quienes tienen menos recursos económicos a los que recurrir, porque sus salarios son más bajos y tienen menos acceso a beneficios. Al mismo tiempo, millones de niñas están perdiendo la oportunidad de recibir una educación y tener un futuro, por el cierre de las escuelas y el alza del matrimonio infantil. Existe un espantoso aumento de la violencia contra las mujeres y las niñas durante la pandemia, desde la violencia doméstica hasta el abuso sexual, el acoso en línea y el femicidio (15).

En esta emergencia sanitaria en 116 de 178 países de los cuales se tienen datos, se ha implementado el confinamiento en los hogares como estrategia de salud pública para reducir la tasa de contagio, durante periodos de tiempo variables en 2020. Esto ha expuesto a mujeres y a niñas a mayores cargas de trabajo doméstico en sus hogares, a pasar mucho más tiempo con los hombres de la familia, en medio de mayores tensiones por el encierro en espacios, muchas veces en condiciones de hacinamiento, con las privaciones materiales y de alimentos, resultado de la pérdida masiva de empleos y otras fuentes de ingresos. En consecuencia, se han reportado incrementos en las diferentes formas de violencia contra las mujeres: física, sexual, económica y psicológica, en diversos países como España, Argentina, en Ecuador, México, así como en otros países

de América Latina y el Caribe. Esto se ha evidenciado en un aumento de llamadas a líneas de atención a mujeres y de uso de casas de refugio, incremento de denuncias por violencia sexual, así como mayores cifras de feminicidios y desapariciones de mujeres (16).

En el contexto cultural, la inequidad de género es la condición estructural; en el contexto político, persiste la dominación masculina; y en el económico, la división sexual del trabajo. Otra condición estructural se ubica en la misoginia promovida por el patriarcado como parte del contrato social. En este confinamiento domiciliario, como condiciones coyunturales que atizan el fenómeno de la violencia contra las mujeres, se encuentra que ellas, además de tener más trabajo porque ahora los integrantes de la familia pasan más tiempo en casa, deben asistir a sus hijos en la formación escolar a distancia sin dejar de lado las tareas del cuidado, limpieza y preparación de alimentos. También se ven obligadas a generar ingresos para el sostenimiento familiar (Unicef, 2020).

Debido a lo anterior, el aumento de la violencia contra las mujeres y las niñas, documentado en gran parte de los territorios mundiales, permite aludir a este complejo problema como la otra pandemia, la cual, aunque sin ser causada por un agente infeccioso, se ha extendido con mayor rapidez que en años previos. Esta violencia genera notable preocupación en entidades internacionales, así como en las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, dado que restringe los derechos humanos a la libertad, la dignidad e incluso la vida de las mujeres. Más aún, se puede afirmar, que la violencia patriarcal es una endemia con la que la humanidad ha lidiado hace varios siglos(4).

Entre los efectos cognitivos y emocionales sufridos por las mujeres producto de la violencia se encuentran la depresión, el estrés, la ansiedad generalizada, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Debido al confinamiento, el agresor puede controlar más a su víctima, limitando en mayor proporción sus movimientos y su libertad. Aunado a ello, la pérdida de ingresos y del trabajo hacen que el agresor pretenda desquitarse con su pareja de forma más continua y constante. Como consecuencia, las mujeres afectadas pueden sufrir

desestabilización emocional y un debilitamiento de la autoestima que se traduce en trastornos de ansiedad, fobias, depresión, disfunciones sexuales y diversas alteraciones en los rasgos de personalidad (15).

La violencia sexual por conocidos produce a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social. La violencia contra la mujer puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio (17).

La violencia sexual puede ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH. El análisis de 2013 reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH en algunas regiones, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia de pareja. Por otra parte, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos (18).

Estas formas de violencia pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio. Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. Los costos sociales y económicos de este problema son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas, ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos. En la actualidad hay pocas intervenciones cuya eficacia se haya demostrado mediante estudios bien diseñados. Son necesarios más recursos para reforzar la prevención de la violencia sexual, sobre todo la prevención primaria, es decir, para impedir que se produzca el primer episodio.

La violencia sexual en Bolivia, de acuerdo a la Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia (INE, 2016) presenta los siguientes resultados

respecto a la violencia sexual: De un total de 757.408 mujeres solteras de 15 años o más edad a nivel nacional, 393.370 vivieron algún episodio de violencia en el transcurso de su relación con su enamorado o su ex enamorado: 46,5% de las mujeres solteras declaró haber sufrido violencia psicológica; 21,2%, violencia sexual; 16,8%, violencia física y 12,2%, violencia económica. Alrededor de 43,6% de mujeres de 15 años o más declaran haber sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su vida; este dato no establece diferencias por área de residencia. En los 12 meses previos a la encuesta, este porcentaje alcanzó a 9% del 43,6%, siendo mayor en el área rural (12,2%) respecto del área urbana (7,8%). La Paz y Potosí presentaron mayor porcentaje de mujeres en situación de violencia sexual a lo largo de toda su vida y en los últimos 12 meses. La violencia sexual contra las mujeres puede manifestarse a través de abuso sexual (manoseos, tocamientos, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas) o violación (también denominada sexo forzado). El 91,7% de las mujeres en situación de violencia sexual a lo largo de su vida declaró haber sufrido abuso sexual y el 41,3% declaró haber sido además víctima de violación o sexo forzado. Estos datos corroboran los altos índices de violencia sexual que sufren las mujeres. La violación es una de las formas de violencia más perversa, y cada día afecta a más mujeres en el mundo y en Bolivia. El primer trimestre de 2017 (90 días), la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) atendió 423 casos (270 víctimas mayores de edad y 153 menores). Esto significa un promedio de 5 casos por día en el trimestre.

Bolivia continúa teniendo la segunda tasa más alta de violencia sexual contra las mujeres en América Latina (15,2%), y ONU Mujeres indica que el 80% de estos casos no han tenido ningún proceso judicial y están en absoluta impunidad (19) (20).

## **V. Objetivos de investigación.**

### **1. Objetivo general.**

Determinar las características de los casos sospechosos de Violencia Sexual, durante la Pandemia de COVID 19, en la División de Medicina Forense de la Ciudad de El Alto en la gestión 2020.

### **2. Objetivos específicos.**

**2.a.** Describir las características de los casos sospechosos de violencia sexual, según el sexo, edad, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción, así como los factores de riesgo asociados, en la División de Medicina Forense en la gestión 2020.

**2.b.** Establecer las características del presunto agresor, con relación a la edad aproximada, sexo y grado de relación con la víctima del hecho, en la División de Medicina Forense en la gestión 2020.

**2.c.** Identificar las características de los actos de violencia sexual, con relación al mes, día, hora, estación del año y medio utilizado, en la División de Medicina Forense en la gestión 2020.

**2.d.** Identificar hallazgos al examen del área extra genital, para genital y genital en los casos sospechosos de agresión sexual, según el tipo de lesiones, y los estudios complementarios solicitados, en la División de Medicina Forense en la gestión 2020.



## **VI. Marco teórico**

**1. Marco legal internacional de Protección de Derechos Humanos.** Los principales Instrumentos Internacionales ratificados por Bolivia, vinculados a la defensa de los derechos de todas las personas, sin distinción de edad, sexo, cultura u otra situación, son:

**1.a. Declaración Universal de los Derechos Humanos.** Mediante resolución N° 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, se aprobó el primer instrumento de reconocimiento de los derechos humanos. En el que se “considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” el cual tiene profunda relación con la atención a las víctimas de violencia de cualquier tipo, en este caso la violencia sexual (21)

**1.b. Estatuto de Roma** de 17 de junio de 1998, ratificado por Bolivia por Ley N° 2398 de 24 de mayo de 2002. Crea la Corte Penal Internacional y define a la violencia como delitos de lesa humanidad. Asimismo, en el artículo 7º en su inciso g) contempla como crímenes de lesa humanidad entre otros a la violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable (21).

**1.c. Declaración y Programa de Acción de Viena** (1993). Adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993 realizada en la ciudad austriaca de Viena. En este documento se distingue, por primera vez, que “los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”, hasta ese momento, se utilizaba el término genérico “los derechos del Hombre”. El artículo 18 de esta Declaración, establece que; los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales, la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional (21).

**1.d. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) de 20 de diciembre de 1993.** Define a la violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

**1.e. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Convención de “Belem do Pará”.** Adoptada por la Asamblea General de la organización de los Estados Americanos en su vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones del 9 de junio de 1994 y ratificada por el Estado Boliviano mediante Ley N° 1599 de 18 de agosto de 1994, que define a la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Define a la violencia que se da al interior de la familia e incluye la violación, el maltrato y el abuso sexual y establece la tipología de la violencia (física, sexual y psicológica)”. La definición que da la Convención Belén do Pará de la violencia contra las mujeres está acompañada de los compromisos que asume el Estado sobre el acceso a la justicia para las mujeres, se respete su vida, el derecho a la integridad física, psicológica y moral; el derecho a la libertad y a la seguridad personal, el derecho de igualdad y protección ante la Ley, el derecho a un recurso sencillo y rápido en los Tribunales competentes y que la proteja de actos que violen sus derechos (21).

**1.f. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.** Adoptada el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por el Estado Boliviano mediante Ley N° 1152 de 14 mayo 1999; en el artículo 3 se introduce el principio del interés superior del niño, al señalar que: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Asimismo, respecto al tema

de la violencia sexual, la Convención señala, en su artículo 19, que: “los Estados partes deben adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso sexual, y que estas medidas deben contemplar mecanismos eficaces para la atención y tratamiento de estos casos”. El párrafo segundo de este artículo señala lo siguiente: “Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales, con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial”(21).

**2. Marco Legal Nacional.** Los diferentes Instrumentos, Tratados y Convenios Internacionales ratificados por Bolivia instituyen estándares y directrices sobre la justicia de protección y atención a víctimas, así como la erradicación de toda forma de violencia que vulneran los derechos fundamentales de mujeres, niños, niñas y adolescentes. En ese sentido, el Estado Plurinacional de Bolivia ha adoptado medidas legislativas, fortaleciendo la protección de los derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes, que se reflejan en su norma suprema, y todas las leyes vigentes, entre las que se mencionan:

**2. a. Constitución Política del Estado.** Reconoce y garantiza los derechos fundamentales en el artículo 15, respecto a la dignidad humana y señala que “toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad. 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”. Como se observa, ahora las mujeres cuentan con derechos fundamentales explícitos como los que

protegen sus decisiones acerca de su fecundidad y sexualidad. La discriminación relacionada con el sexo en cualquier campo, tal como el político, económico, social, educativo, cultural o civil, constituye un impedimento al reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de la mujer. Una meta importante es la interconexión de derechos individuales específicos, con el derecho general a la salud, a la salud sexual y salud reproductiva. El artículo 60 establece que “es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado”; concordante con el artículo 61, “se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad”. Consiguientemente, en concordancia con el artículo 66 constitucional, prescribe que se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Finalmente, los artículos 225 al 228 reconocen al Ministerio Público como defensor de la legalidad y los intereses generales de la sociedad, debiendo ejercer la acción penal pública (21).

**2. b. Ley Orgánica del Ministerio Público Ley N° 260**, de 11 de Julio de 2012. De acuerdo al artículo 3, el Ministerio Público “tiene por finalidad defender la legalidad y los intereses generales de la sociedad, ejercer la acción penal pública en interponer otras acciones, en el marco establecido por la Constitución Política del Estado, los Tratados y Convenciones Internacionales en materia de Derechos Humanos y las leyes”. El artículo 11 establece que el “Ministerio Público, en coordinación con la Policía Boliviana, Órganos del Estado e instituciones públicas, protegerá a las personas que por colaborar con la administración de justicia corran peligro de sufrir algún daño. A tal efecto, dispondrá de programas permanentes de protección a testigos, denunciantes, peritos, víctimas y a sus propias servidoras o servidores (21).

**2. c. Código Penal, Ley N° 1768 10 de marzo de 1997.** Es la normativa a través de la cual se describen los hechos que constituyen delitos y establece las sanciones correspondientes a cada uno de ellos. La Ley N° 348 modifica en parte el Código Penal, creando nuevos tipos penales y modificando otros (21).

**2. d. Nuevos Tipos Penales.** Femicidio, artículo 252 bis, Esterilización Forzada art. 271 bis., Violencia Familiar o Doméstica art. 272 bis, Actos Sexuales Abusivos art. 312 bis, Padecimientos Sexuales, art. 312 ter, Acoso Sexual art. 312 quater., Violencia Económica, art. 250 bis, Violencia Patrimonial, art. 250 ter, Sustracción de Utilidades de Actividades Económicas Familiares, art. 250 quarter (21).

**2. e. Código de Procedimiento Penal, Ley N° 1970 de 25 de marzo de 1999.** Es el instrumento normativo a través del cual se establecen las garantías, principios y actuaciones procesales que forman parte del proceso penal. La Ley N° 348 establece como prioridad nacional la erradicación de la violencia contra la mujer en todas sus formas, a partir de esta prioridad se establecen principios procesales especiales y se simplifica el procedimiento penal garantizando el acceso a la justicia de las mujeres en situación de violencia (21).

**2. f. Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, Ley N° 348 de 09 de marzo de 2013.** Garantiza una vida libre de violencia a las mujeres, y de acuerdo al artículo 2, tiene por objeto y finalidad “establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna en el ejercicio de sus derechos para Vivir Bien”. Para garantizar una vida libre de violencia el Estado es el encargado de eliminar toda forma de violencia, en las mujeres y toda población en situación de vulnerabilidad; para tal efecto, el artículo 3 de la citada ley, establece como prioridad nacional la erradicación de la violencia hacia las mujeres, por ser una de las formas más extremas de discriminación en razón de género (21).

**2. g. Código Niña, Niño y Adolescente, Ley Nº 548 de 17 de julio de 2014.**

Garantiza a la niña, niño y adolescente el ejercicio pleno y efectivo de sus derechos. El Estado asume esta garantía como función primordial y en consecuencia establece el principio del interés superior de la NNA, entendido éste como: “Toda situación que favorezca el desarrollo integral de la niña, niño y adolescente en el goce de sus derechos y garantías. Para determinar el interés superior de las niñas, niños y adolescentes en una situación concreta, se debe apreciar su opinión y de la madre, padre o ambos padres, guardadora o guardador, tutora o tutor; la necesidad de equilibrio entre sus derechos, garantías y deberes; su condición específica como persona en desarrollo, la necesidad de equilibrio y sus derechos y garantías, y los derechos de las demás personas”. El artículo 145 establece que las NNA tienen derecho a la integridad personal: física, psicológica y sexual, por lo tanto, no pueden ser sometidos a torturas ni otras penas o tratos crueles inhumanos. El Estado en todos sus niveles tiene la obligación de proteger a todas las NNA contra cualquier forma de explotación, maltrato, abuso o negligencia que afecten su integridad personal.

**2. h. Ley del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana “Para una Vida Segura”, Ley Nº 264 de 31 de julio de 2012.**

Tiene por objeto garantizar la seguridad ciudadana, promoviendo la paz y la tranquilidad social en el ámbito público y privado, procurando una mejor calidad de vida, con el propósito de alcanzar el Vivir Bien. Esta norma establece que las políticas, planes, programas y proyectos de seguridad ciudadana deberán contemplar el enfoque de género y generacional y las necesidades específicas de protección de mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. Dispone también que la Policía Boliviana, en forma conjunta con el Ministerio Público y con las Brigadas de Protección a la Mujer y la Familia, actualmente, Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia, realizarán de forma permanente, patrullajes de seguridad ciudadana, para fortalecer las acciones de protección a la mujer y a la familia (21).

**2. i. Ley de Protección a Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual, Ley Nº 2033 de 29 de octubre de 1999.** La cual tiene por objeto la protección de la vida, la integridad física, psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano (21).

**2. j. Ley de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes, Ley Nº 054 de 08 de noviembre de 2010.** Tiene como fundamento los artículos 60 y 61 de la CPE, en cuanto a la función primordial de proteger a la niñez y la adolescencia. El objeto de la ley es “proteger la vida, la integridad física, psicológica y sexual, la salud y seguridad de todas las niñas, niños y adolescentes. Esta ley modifica diferentes tipos penales, agravando las penas, cuando resultaren como víctimas niños, niñas y adolescentes (21).

### **3. Impacto del COVID – 19 a nivel internacional.**

De acuerdo con la OMS, hasta el 1 de febrero, los casos reportados de Coronavirus habrían ascendido a 11.821 casos confirmados en China. Los pacientes enfermos en estado grave en el país asiático alcanzan los 1795. Hay 259 muertes reportadas. El virus se ha extendido también al menos a 23 países, los más recientes reportados en Italia, Finlandia, India y las Filipinas, para un total de más de 132 casos internacionales confirmados. De ellos, se ha confirmado la transmisión de persona a persona en Japón, Estados Unidos, Alemania y Vietnam (1)

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por el COVID-19, que ha afectado más de 100 países, como conducta para salvaguardar la vida se ha dispuesto el confinamiento en los hogares, como una de las medidas desesperadas, ante la no existencia de una vacuna u otro método efectivo contra esta enfermedad (19)(22).

La declaratoria de emergencia internacional, contiene recomendaciones que se pueden sintetizar en los siguientes puntos: Implementar medidas restrictivas en los viajes y el comercio solo si son necesarias y basadas en la evidencia, apoyar a los países que tienen los sistemas sanitarios más débiles, acelerar el

desarrollo de una vacuna, combatir los rumores y compartir información fidedigna, revisar los planes de preparación e identificar sus debilidades, compartir abiertamente datos y experiencias y trabajar mano a mano con la comunidad internacional(1).

#### **4. Impacto del COVID – 19 en América latina.**

El COVID-19 ha generado un enorme impacto sanitario, social y económico, que se ha cobrado un número muy elevado de vidas humanas en los países de América Latina, exacerbada por estructuras de protección social débiles, sistemas de salud fragmentados y profundas desigualdades, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres deben estar en el núcleo de la respuesta, las mujeres se han visto desproporcionadamente afectadas por la pandemia; trabajan mayormente en el sector informal y en los sectores más perjudicados, su capacidad para absorber choques económicos es menor y se hacen cargo de mayores demandas de cuidado en el hogar, al tiempo que se ven más expuestas al aumento de la violencia en una región que ya mostraba tasas elevadas de violencia de género, deben hacerse todos los esfuerzos para garantizar que las mujeres, y las niñas, puedan disfrutar de sus derechos con plenitud, incluido el derecho a una vida libre de violencia, explotación y discriminación, el derecho a la salud y a la educación, al empleo, el salario y la protección social, así como la promoción de su autonomía económica y participación política también promoviendo sistemas de bienestar integrales (1) (3).

#### **5. Impactos sanitarios.**

Varios países de América Latina, presentan algunas de las cifras más altas de casos en términos absolutos y per cápita de todo el mundo. Cuentan con sistemas de salud fragmentados y desiguales y no están suficientemente preparados para manejar una crisis sanitaria y humana de esta magnitud. La falta de acceso a la atención sanitaria y a la información de calidad en materia de salud es especialmente grave en las zonas rurales y remotas, y afecta particularmente a los pueblos indígenas. Las ciudades de América Latina, se caracterizan por su



desigualdad: uno de cada cinco residentes urbanos de la región vive en barrios marginales, donde el hacinamiento y el acceso deficiente al agua y el saneamiento aumentan el riesgo de contagio (1)(3).

Los gobiernos de la región han reorientado los recursos públicos para subsanar las deficiencias de los servicios de salud, se han garantizado el acceso a las pruebas y los cuidados a todas las personas que lo necesiten. La protección de las poblaciones con vulnerabilidades, incluidas las personas con discapacidad, las personas que se desplazan, las comunidades indígenas y las personas mayores debe recibir atención especial, La atención sanitaria para enfermedades preexistentes como la diabetes, la hipertensión y el VIH/sida, entre otras, debe continuar siendo accesible (3). Se asegura prioridad, con recursos adecuados, a los servicios de salud esenciales para responder a las necesidades de las supervivientes de la violencia contra las mujeres y las niñas, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva (3). Se considera la eliminación de las restricciones al comercio, que afectan la distribución de equipamiento médico, medicamentos, insumos para la fabricación de alimentos y otros bienes esenciales para la lucha contra el COVID-19 ((1),)3). Se detecta y se atiende a las personas y regiones más vulnerables en primer lugar y aplicar oportunamente medidas de reapertura. Es crucial invertir en pruebas y rastreo de contactos, medidas de gestión del riesgo y una comunicación transparente para prevenir nuevas oleadas de contagio (1) (3). La pandemia está teniendo diferentes repercusiones en la salud y las condiciones socioeconómicas en función de la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico y la situación migratoria o la condición de refugiado, entre otros factores. En toda la región, existen un estigma, una discriminación y un discurso de odio crecientes dirigidos a las minorías, al personal sanitario y a los sospechosos de ser portadores del virus. Las políticas públicas deben abordar estas asimetrías y combatir el racismo, la xenofobia y la discriminación, basando la lucha contra el COVID-19 en los derechos humanos. Las mujeres y las niñas se ven especialmente afectadas por la pandemia. Las mujeres pasan tres veces más tiempo que los

hombres haciendo trabajos domésticos y de cuidado no remunerados cada día. A pesar de la mayor presencia de mujeres en las primeras líneas de la lucha contra la crisis, sus ingresos en este sector son un 25% más bajos que los de sus homólogos hombres. El confinamiento, el cierre de las escuelas y los miembros de la familia enfermos han significado una presión adicional para las mujeres como principales cuidadoras. La violencia doméstica, el femicidio y otras formas de violencia sexual y de género se han incrementado. Las llamadas recibidas a través de las líneas telefónicas de ayuda de emergencia para mujeres en Chile y México, por ejemplo, han aumentado más del 50%. Es fundamental adoptar todas las medidas necesarias para poner fin a la violencia doméstica contra las mujeres y las niñas (1)(3).

**5. a. Medidas gubernamentales para aumentar la protección social.** Desde mediados de marzo, los Gobiernos de toda la región han anunciado medidas de protección social en respuesta a la súbita caída de los ingresos de los trabajadores y los hogares, en particular entre las poblaciones más vulnerables. Al 26 de junio de 2020, 29 países de la región habían adoptado 194 medidas de protección social para ayudar a los hogares. Los gobiernos podrían explorar mecanismos para proporcionar ingresos básicos de emergencia a todas las personas que viven en la pobreza. Para abordar los problemas de inseguridad alimentaria y malnutrición, estas medidas podrían complementarse, cuando fuera necesario, con un bono contra el hambre para aquellos que viven en la extrema pobreza (1) (3).

**5. b. La protección social universal en la recuperación.** En un esfuerzo por dar nueva forma al modelo de desarrollo en la recuperación, los países podrían considerar la posibilidad de avanzar hacia un ingreso básico universal permanente e incondicional para satisfacer las necesidades básicas. Este podría implementarse a lo largo del tiempo, de acuerdo con la situación de cada país. Dada la creciente incidencia de la pobreza sobre la infancia, una ayuda universal por niño podría ser un paso apropiado hacia dicho objetivo. En el período de recuperación, será fundamental consolidar sistemas de protección social

universales, redistributivos y solidarios que se basen en un enfoque de derechos humanos para evitar la discriminación o cualquier efecto desproporcionado sobre los grupos vulnerables y garantizar un acceso adecuado a todos los servicios básicos. Deben definirse garantías universales de bienestar social de acuerdo con las capacidades nacionales y en consonancia con las normas internacionales, también será esencial elaborar programas de inclusión laboral para la creación directa de puestos de trabajo decente, centrados en los más pobres y vulnerables y con el objetivo de mejorar los servicios públicos básicos ambientalmente sostenibles (por ejemplo, el agua y el saneamiento), la infraestructura comunitaria, la vivienda y los sistemas de atención(1) (3).

#### **6. La reacción inicial ante el brote en china.**

A principios de febrero, aún había esperanzas de que la enfermedad que estaba causando tantas desgracias en China no llegara a Bolivia, pese a que las conexiones entre el país y la potencia asiática se habían multiplicado en las décadas precedentes. Durante este siglo, como se sabe, China se ha convertido en el principal proveedor de bienes de los países latinoamericanos, y también en uno de los más importantes compradores de sus materias primas (16).

#### **7. La reacción inicial ante el brote en Bolivia.**

El país ha seguido siendo una economía relativamente aislada. Debido a su mediterraneidad, al tamaño de su mercado y a su súper especialización en la venta de unas pocas materias primas, el país no ha participado más que marginalmente en los grandes intercambios comerciales intercontinentales. Finalmente, la epidemia no llegó a Bolivia desde Asia, sino desde Europa, continente con el que los lazos del país están mucho más ramificados y son abundantes. El 25 de febrero se presentó el primer caso latinoamericano de coronavirus en Brasil. Lo alarmante del asunto estaba en que, a esas alturas, los servicios de salud y las autoridades no parecían haber establecido protocolos y procedimientos efectivos de atención para los futuros afectados por una enfermedad muy contagiosa y, por tanto, difícil de contener (2)

Muchos albergaban, en silencio, la sospecha de que el personal médico y sanitario, que nunca se había destacado por su eficiencia, tampoco ahora estaría a la altura de las necesidades.

## **8. La irrupción del virus en Bolivia.**

**Cronología de la pandemia COVID 19 – BOLIVIA 2020.** A la aparición de la pandemia denominado COVID 19, originado en Wuhan China según datos preliminares, a nivel mundial el COVID 19 viene ocasionando enormes calamidades psicológicas y llanto por las pérdidas humanas innumerables en los países hermanos. Son considerados vulnerables las personas asintomáticas, los adultos mayores, los niños y niñas, quienes por el contagio de contacto directo con el portador se producen síntomas como ser: principalmente fiebre, cansancio, tos seca, en algunas personas dolores y molestias, congestión nasal, abundante secreción nasal, dolor de garganta, diarrea, los síntomas pueden ser visibles desde los 5 a 14 días. Por lo cual se elabora un breve detalle cronológico iniciando desde el 6 de marzo de 2020 sobre el proceso de la pandemia COVID 19 (5).

El 11 de marzo, en Bolivia se declara Emergencia Nacional, por la epidemia del coronavirus, permitiendo la asignación de recursos económicos para la contención y prevención debido a la identificación de dos personas infectadas provenientes de Italia. Presentándose 2 primeros casos en la ciudad de Oruro (5).

El 13 de marzo, Bolivia confirma 10 casos (3 importados y 7 locales), mientras que los casos sospechosos son 7 según ministerio de Salud (5).

El 17 de marzo, el Gobierno Nacional, según DS. 4196 declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia contra el brote del covid-19. Con duración hasta el 31 de marzo de 2020.

El 19 de marzo, el MS menciona que los casos confirmados de coronavirus en el país subieron a 15, los últimos 3 casos fueron detectados en Cochabamba, La

Paz y Oruro (5).

El 21 de marzo, de acuerdo al DS. 4199 se declara la Cuarentena Total el cual endurece las restricciones en todo el territorio boliviano, contra el contagio y propagación del covid-19 (5).

El miércoles 25 de marzo, según DS. 4200 se amplía el Estado de Emergencia Sanitaria, extendiendo hasta el 15 de abril. Así mismo se extiende cierta autorización de salidas para abastecimiento de familias según el último dígito del carnet de identidad. El Gobierno anuncia que facilitara una canasta familiar gratuita a 1.600.000 hogares bolivianos (5).

El 29 de marzo, fallece mujer de 78 años de edad, residente en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, es la primera víctima del coronavirus COVID-19 en Bolivia. Se han confirmado 81 casos de coronavirus: Cochabamba con 14 casos. Chuquisaca 1, La Paz 10, Oruro 8, Potosí 3, Pando 1 y Santa Cruz con 44, al 30 de marzo, Bolivia registró 10 nuevos casos de COVID-19, sumando a 107 en total, de ellos, 6 pacientes fallecieron en las últimas 48 horas (5).

El 1 de abril, el Ministerio de Salud registra un nuevo fallecido haciendo 8, con 123 casos confirmados, 713 descartados y 41 casos sospechosos (5).

Al 5 de abril, Tres hospitales del sector público en La Paz y El Alto fueron establecidos de manera exclusiva para la atención de enfermos de coronavirus, La Portada, Juan XXIII en La Paz y el Norte en El Alto (5).

A más de un mes de su aparición del Coronavirus (COVID-19) una enfermedad viral que atemoriza a la humanidad con más de 1,8 millones de casos y 116.000 muertos en el mundo; pandemia que se hace presente en Bolivia con una tasa de mortalidad del 7% por encima del promedio mundial que es del 6%. Durante este periodo en Bolivia las avenidas, calles, mercados entre otros se fueron vaciando y cerrando con el propósito de evitar la propagación del COVID-19 (5).

El 14 de abril se emite el D.S. el cual se amplía la cuarentena hasta el 30 de abril debido a las proyecciones que se presentaran en las siguientes semanas.

Sumando además el bono universal para la población (5).

El 16 de abril se extiende el D.S. 4218 con el objeto de regular el teletrabajo como modalidad especial de prestación de servicios (5).

El 27 de abril, se flexibiliza la cuarentena, se ablandará el aislamiento total por la crisis frente al Covid-19 en Bolivia, con la finalidad de “liberar la economía”. La reanudación de actividades productivas será “progresiva” y no “de golpe” (5).

El 3 de mayo, Bolivia suma un total de 1.594 personas contagiadas con 76 fallecidos. Se desglosa en 904 casos en Santa Cruz, 241 en La Paz, 212 en el Beni, 111 en Oruro, 81 en Cochabamba, 26 en Potosí, 12 en Pando, 4 en Chuquisaca y 3 en Tarija (5). El 29 de abril de 2020, el gobierno nacional emite por recomendación de los médicos y científicos que asesoran al Gobierno, desde 11 mayo se dará paso a una etapa denominada “cuarentena dinámica”, lo que significa que habrá departamentos y ciudades que cumplirán una “cuarentena menos rígida” y que podrán, comenzar a trabajar, pero bajo estrictas medidas de seguridad. La cuarentena dinámica establece tres categorías: riesgo alto, riesgo medio y riesgo moderado. Los departamentos y ciudades con riesgo alto guardarán cuarentena estricta y, por el contrario, los departamentos y ciudades de riesgo medio y moderado podrán volver a trabajar, hasta el 31 mayo: el cierre de fronteras tanto aéreas como terrestres y fluviales, la suspensión de vuelos nacionales e internacionales, la suspensión temporal de clases y de eventos públicos que generen la aglomeración de personas (5).

El 5 de mayo, el país necesita generar recursos y retomar la productividad por ende el Gobierno nacional determinó la cuarentena dinámica. El país ejercerá esta medida a partir del 11 de mayo del 2020 (5).

El 25 de mayo, La ministra interina de Salud, anuncio que la ciudad de Trinidad-Beni, será “encapsulada” a partir del próximo lunes 1 de junio, con el rastreo de casos sospechosos de coronavirus (5).

El 27 de mayo, alcalde de La Paz, promulgó normas que regularán la reactivación

de actividades y la corresponsabilidad ciudadana, de cara a la flexibilización de la cuarentena desde el 1 de junio. Entre las medidas, están sanciones a la vulneración medidas de bioseguridad (5).

El 5 de junio, los contagios en el país ascienden a 12.728 casos positivos, con 427 fallecidos por coronavirus a nivel nacional y un total de 1.739 pacientes recuperados (5).

El 25 de junio, Bolivia acumula 28.503 contagiados, 20.252 activos de coronavirus, fallecidos 913, pruebas negativas de 38.094 y recuperados son 7.338 (5).

El 23 de junio: Ministerio de Salud desplegó a médicos y enfermeras en las regiones más afectadas por el coronavirus para visitar “casa por casa” para detectar a enfermos trasladarlos a centros de recuperación y hospitales. Por lo que ministra de Salud pide colaborar con brigadas móviles de atención médica y no ocultar a personas sospechosas de COVID-19 (5).

Bolivia es, de 31 países emergentes analizados, el más vulnerable ante el impacto de la epidemia de coronavirus. La medición combina tres indicadores: la capacidad del sistema de salud, la solvencia fiscal y la mayor o menor dependencia de cada economía de las actividades económicas más golpeadas por la pandemia, tales como el turismo, el petróleo y la minería (3).

Finalmente, el 11 de marzo dos bolivianas, ambas relacionadas con Italia, dieron positivo de la COVID-19. En ese mismo instante, la ilusión sobre la preparación del sistema y el control se desmoronó. La primera enferma, una mujer de más de 60 años que vivía en la pequeña ciudad de San Carlos, distante a 110 kilómetros de Santa Cruz de la Sierra, fue hostigada por sus vecinos, que la querían echar del pueblo. Se la trasladó a la capital, pero no pudo ser internada porque los trabajadores de cuatro hospitales de Santa Cruz, en “alianza” con algunos vecinos de esos centros, lo impidieron. La mujer estuvo dando vueltas en la ambulancia que la transportaba y, finalmente, tuvo que quedarse en un sitio

improvisado por la Gobernación de Santa Cruz durante varios días. El “motín” de los salubristas duró un tiempo y luego continuó subterráneamente. Para poder conjurarlo, las autoridades habilitaron edificios que no estaban en uso, como centros de internación, en casi todos los casos con oposición de los vecinos, y también concentraron la atención de los enfermos más graves en determinados hospitales. Pero la reticencia del personal de salud sigue hasta hoy, y se ha convertido en el principal problema sanitario del país. Médicos de hospitales en los que ha circulado el coronavirus se han autoaislado sin ninguna justificación objetiva. La asociación de intensivistas (los doctores especializados en la administración de los respiradores) ha advertido que sus afiliados no podrían tratar a los pacientes de la COVID-19. Las clínicas privadas se han negado a atender esta patología. Unos y otros arguyen la falta de condiciones y de equipamientos de bioseguridad, lo que a veces es cierto y otras no (3).

Las deficiencias del sistema, que parecen más graves en La Paz, quedaron al desnudo ante la población con la trágica suerte que corrió Richard Sandoval, un hombre de 50 años y sin enfermedades crónicas, que murió sin poder recibir terapia intensiva pese a los desesperados esfuerzos de su familia para conseguir que le conectaran un respirador. Este hombre era apenas el sexto caso de coronavirus en el país, de modo que su abandono no se debió a la falta de espacio en los hospitales, o la falta de respiradores, sino a la desorganización y, sobre todo, a la indolencia y cobardía del personal de salud (19).

Como en todas partes, los puntos débiles de la lucha boliviana contra la epidemia son dos. La atención de los casos severos y la administración de test. En este último aspecto las carencias son también enormes. El país solo está testeando a los pacientes sospechosos, es decir, a los que ya presentan síntomas. Únicamente se han hecho 800 pruebas hasta este momento (5 de abril de 2020). Aun así, hay varias denuncias de que el servicio no ha sido prestado a las personas que lo solicitaron. Y tan solo en los últimos días se han comenzado a montar, con ayuda de la cooperación internacional, laboratorios en otras ciudades del país, aparte de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. Gracias a una donación



china, ha llegado material para 20.000 pruebas, aunque si se realizan al máximo ritmo de trabajo tan solo durará 10 días. A causa de la falta de diagnósticos, la tasa boliviana de letalidad del coronavirus es, a 4 de abril, muy alta: 6,3%.

## **9. El recurso del confinamiento.**

Debido a la debilidad del sistema de salud, la única arma efectiva con que cuenta Bolivia para amortiguar el impacto de la epidemia es la cuarentena. Aquí la cuarentena no solo busca mantener los servicios médicos despejados, sino que funciona, en los hechos, como un mecanismo de supresión de la necesidad de usar estos servicios (cuya respuesta no es posible prever). Esto induce al gobierno y a decenas de miles de ciudadanos “hipocondriacos” —o simplemente bien informados— a absolutizar y radicalizar la medida. El confinamiento general comenzó el 22 de marzo. Debía durar 14 días. Ha sido luego prolongado hasta el 15 de abril, y se espera que haya nuevas ampliaciones. La presidenta Áñez ha declarado el “estado de emergencia sanitaria” y ha cerrado completamente las fronteras. Durante la cuarentena, los vehículos no pueden circular y cada persona tiene asignado un solo día para salir de su casa a aprovisionarse. El Ejército y la Policía están movilizados y cada día se producen decenas de detenciones de infractores. Ha habido denuncias sobre abusos por parte de los uniformados. Al mismo tiempo, el contagio de algunos militares está llevando a que ciertos regimientos decidan “replegarse” a sus cuarteles. Una versión incluso más restrictiva de las medidas nacionales de confinamiento se ha aplicado en la región de Oruro, que se ha hecho nacionalmente famosa por haber logrado contener un brote inicial de ocho casos simultáneos (19).

Dos semanas después de iniciarse, la cuarentena se ha hecho más difícil de sostener. La prensa local publica crónicas de familias que vivían de pequeños negocios, como vender comida en la calle o plancharles la ropa a otras familias más acomodadas, y que han perdido estas fuentes de ingreso. Puesto que estas familias, por lo regular, carecen de ahorros, están sufriendo graves dificultades para comprar alimentos. También se han producido protestas en distintos puntos del país: grupos de vecinos marcharon sobrepasando a las fuerzas del orden: “El

gobierno nos encierra, el hambre nos va a matar”, decía un cartel de una de estas marchas (2).

El gobierno ha aprobado la entrega de ayudas de 60 y 70 dólares a los mayores de 60 años, a las mujeres embarazadas, a los discapacitados y a los niños que cursan el ciclo educativo primario; una operación que ascenderá a unos 250 millones de dólares. También ha establecido descuentos en los servicios básicos, los cuales no pueden ser suspendidos durante la cuarentena. Inicialmente. Otras medidas adoptadas por el gobierno, como la postergación del pago de créditos e impuestos, beneficiarán principalmente a los trabajadores formales, que solo constituyen un 30% de la fuerza laboral del país (3).

#### **10. Investigaciones Locales.**

No se encontraron otros estudios de investigación al ámbito local en donde se aborde el perfil epidemiológico de violencia contra la mujer registradas en un Instituto de Medicina Forense en Bolivia.

#### **11. COVID-19**

Los coronavirus son una gran familia de virus comunes en los animales que pueden causar enfermedades tanto en los animales como en los seres humanos. Ocasionalmente, las personas se infectan con estos virus que luego pueden propagarse a otras personas. En los seres humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). El coronavirus descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19 (23)(12). La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus descubierto recientemente, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). Se calcula que el período de incubación de la COVID-19 oscila entre 1 y 14 días, más habitualmente alrededor de cinco días (12). Cuando alguien que tiene la COVID-19 tose o exhala, libera pequeñas gotas de líquido infectado. Si una persona

está a menos de un metro de alguien con COVID-19, puede contagiarse respirando las pequeñas gotas que ha tosido o exhalado. Además, la mayoría de estas pequeñas gotas pueden caer sobre superficies y objetos cercanos, como escritorios, mesas o teléfonos. Las personas pueden contagiarse de la COVID-19 tocando superficies u objetos contaminados y luego tocándose los ojos, la nariz o la boca (12). Los síntomas más comunes de la COVID-19 son fiebre, cansancio y tos seca. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas personas se infectan, pero no desarrollan ningún síntoma y no se sienten mal. Sin embargo, según los conocimientos de que se dispone hasta la fecha, alrededor de 1 de cada 6 casos de COVID-19 da lugar a una enfermedad grave y al desarrollo de dificultades respiratorias, entre las personas que tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave se encuentran las personas de edad y las personas con problemas médicos subyacentes (23) (12).

## **12. Vigilancia epidemiológica (VE).**

**12.a. Definición.** Se define como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión. La recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión (24).

**12.b. Tipos de sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE):** El de carácter universal, en el cual la totalidad del número de casos de una población definida se incluye en el sistema, requiere del concurso de las instituciones que por una razón u otra recolectan información sobre los eventos, el basado en muestras de casos, en el que la información se obtiene de una parte del total de casos o eventos. Se necesita garantizar la representatividad que permita hacer inferencias sobre todos los posibles casos que ocurren en la población, el

basado en revisión de registros institucionales; en el que se revisan periódicamente los registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés, el basado por encuestas; en el cual la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un período de tiempo y a intervalos predefinidos, el basado en el carácter centinela, en el cual una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia, focalizar actividades de VE y sugerir intervenciones preventivas y otros(25) **Otros: SVE de laboratorios**, a través del cual se puede obtener información, por ejemplo, alcoholemia en víctimas de heridas u homicidios, o información toxicológica en el caso de suicidios o lesiones (25).

**12.c. Recolección de Información.** En los tipos de SVE mencionados la información se recolecta básicamente de dos formas: pasiva y/o activa La recolección pasiva se realiza cuando los miembros del SVE recolectan los datos con base en casos que las instituciones rutinariamente registran. Los formularios para el reporte de casos deben ser sencillos y fáciles de llenar.

**12.d. Los SVE centinela.** Generalmente y dependiendo de la magnitud, área cubierta e importancia del problema, su diseño puede variar entre obtención pasiva y/o activa (25).

**12.e. Descripción de los atributos de un SVE:** En la planificación de los SVE se deben considerar los atributos o características que facilitan su funcionamiento. Estos atributos son también base de la evaluación que debe hacerse de los SVE, que será desarrollada más adelante. Estos son: simplicidad, flexibilidad, aceptabilidad, sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad y oportunidad. **La simplicidad** se refiere a la estructura y facilidad de operación del sistema. **La flexibilidad** hace referencia a la adaptabilidad del sistema a cambios en su estructura, definiciones o recursos. **La aceptabilidad** refleja la voluntad y disposición de las personas y organizaciones para participar en el sistema. **La sensibilidad**, es la capacidad del SVE de identificar la mayor proporción posible de casos que ocurre en la

población. **El valor predictivo positivo** es la capacidad del sistema para identificar correctamente los casos y diferenciar un caso real de uno que no lo es. **La representatividad** se refiere a la capacidad que tiene el sistema para identificar la magnitud real y las características de un problema en tiempo, espacio y persona. **La oportunidad** de un SVE refleja la rapidez con la cual se obtiene, analiza y se reporta la información (25)(26).

### **13. Marco teórico conceptual. Violencia contra las mujeres.**

Una de las primeras definiciones sobre violencia contra las mujeres es la enunciada por las Naciones Unidas, en el marco de la Asamblea General de 1993: Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Por su parte, la definición de la Convención de Belém do Pará señala que violencia contra la mujer es “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en ámbito público como en el privado”. En ambas definiciones se identifica modalidades bajo las cuales se presenta la violencia contra las mujeres y se diferencian los ámbitos en que ésta se desarrolla. Sin embargo, para poder considerar sus particularidades, se toman en cuenta la Ley N° 348, que conceptualiza los distintos tipos y formas de violencia: **Violencia.** Constituye cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause la muerte, sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico a una mujer u otra persona, le genere perjuicio en su patrimonio, en su economía, en su fuente laboral o en otro ámbito cualquiera, por el sólo hecho de ser mujer. (Art. 6.1.) (17). **Situación de violencia.** Es el conjunto de circunstancias y condiciones de agresión en las que se encuentra una mujer, en un momento determinado de su vida. (Art. 6.2.) (17) **Violencia sexual.** Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja

el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la Mujer. (Art. 7.7.) (17)(20).

#### **14. Marco normativo en el sector de la medicina forense**

**14.a. Peritaje médico forense.** Se define al “perito como la persona con conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos que informa o asesora, bajo juramento, al tribunal sobre los hechos vinculados con el proceso cuando se relacionan con su saber o experiencia” (27). En la jerarquía de las especialidades médicas, el médico forense (o médico legista o perito médico cuando ingresa ya a un proceso judicial) ocupa un lugar prominente, sus conocimientos resultan de la afluencia de numerosas disciplinas científicas y su función en la sociedad está más allá de la conservación de la vida física de sus semejantes. El perito forense tiene un rol fundamental en el proceso judicial, debido a que son las pruebas periciales medico forenses, las que sostienen la responsabilidad o no en la comisión de un hecho delictivo; especialmente hoy en día con la implementación de la del Nuevo Código Procesal, el perito pasa a ser elemento protagónico porque el juicio oral presenta una dinámica en la cual solo un perito experimentado puede apoyar en la solución del caso (28).

**14.b. Examen médico legal a presuntas víctimas de violación sexual.** Los médicos que realizan la función médico legal en Bolivia son los denominados Médicos Forenses, quienes laboran en su totalidad en el Instituto de Investigaciones Forenses, como el brazo operativo del Ministerio Público. En su calidad de médicos, los médicos forenses, también realizan Actos Médicos los cuales se rigen a las normas éticas y deontológicas establecidas por nuestro colegio profesional. El acto médico legal se traduce en un documento denominado Peritaje Médico Legal cuyo contenido es altamente científico. Asimismo, se debe saber que estos peritajes se realizan en personas, cadáveres y muestras, siendo las conclusiones de estos estudios trascendentes en la investigación preliminar de un delito. En todo examen médico la Anamnesis, sigue siendo de gran importancia, en donde se recomienda, obtener una historia general antes de obtener datos importantes de las circunstancias relacionadas

al suceso, puesto que puede ayudar a que el evaluado (a) se sienta más relajado (a) y pueda establecerse una comunicación eficaz con el médico examinador. El Examen consta de la evaluación de la integridad física y de la integridad sexual: **Examen de la integridad física.** En todos los casos, debe realizarse un examen médico general detallado de todas las regiones corporales, con la finalidad de documentar las lesiones y no omitir a las mismas y/o a los signos y cuadros patológicos de otras enfermedades que puedan influir en la interpretación de los hallazgos médicos. (29) **Áreas topográficas.** Consta de Área Genital o Ano genital: Genitales externos, periné y. Área Para genital. - Superficie interna de los muslos, nalgas, pubis e hipogastrio. Área Extra genital. - Superficie corporal restante, incluye las mamas.

**14.c. Clasificación médico legal de las lesiones.** Lesiones por el tiempo, en área genital. **Lesiones Recientes:** Lesiones aún no cicatrizadas y/o no resueltas (+/- dentro de los 10 días). Tales como: excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas, etc. **Lesiones Antiguas:** Lesiones cicatrizadas y/o resueltas (+/- posteriores a los 10 días). Tales como: - Cicatriz (Señal permanente o Huella indeleble), Deformación de rostro y Secuelas (27)(30).

**14.d. Examen del área Para genital y Extra genital:** Según Lencioni, : “Buscar signos de agresión física reciente como: equimosis por presión dactilar (dígito presión), signos de ataduras, de golpes, signos de impresión dentaria por mordedura humana (perennizar para comparar arcada dentaria del agresor), sugilaciones (succión oral), etc. Revisar la zona subungueal de las manos para búsqueda de evidencias (piel, sangre o pelos del agresor). Recortar las uñas con un cortaúñas descartable (previo consentimiento de la víctima o de su acompañante cuando se trate de un menor) o se puede retirar dicho material con un escobillón descartable humedecido en agua destilada. Revisar la cavidad oral, en busca de lesiones ocasionadas por la introducción del pene en la boca, donde además se deberá tomar la muestra de hisopado para la búsqueda de evidencia biológica” (27).

**14.e. Evaluación de la integridad sexual. Estudio del himen:** El Himen, al ser el límite entre la región vestibular de la región vaginal, tiene una cara anterior o externa o inferior (cara vestibular) y una posterior o interna o superior (cara vaginal). Tiene un grosor o espesor – delicado o tenue - “cutícula de cebolla” -; y resistente – estructura fibrosa, cartilaginosa u ósea -; un ancho o altura, una consistencia (firme; resistente – tendinoso, cartilaginoso y óseo -; y blando o tenue o débil y transparente – en “tela de araña”; y, elástico) y dos bordes, uno que se implanta en la mucosa vestibular (borde himeneal fijo – convexo - o de implantación o de inserción) y otro borde que es libre (borde himeneal libre – cóncavo, u orificial) que forma el introito vaginal u orificio himeneal (Ostium himeneal). Se debe tener en consideración que el himen puede tener ciertas características anatómicas que pueden confundir al examinador, tales como: Escotadura: Es la hendidura, depresión o invaginación congénita (muesca) del borde libre del himen. Pueden ser únicas o múltiples, asimétricas o simétricas. Su borde es regular y no llega a la base de implantación del himen; al tratar de juntar sus bordes no se logra la unión de los mismos. Pilares Vaginales longitudinales, son engrosamientos longitudinales de la mucosa vaginal que se forman a nivel de III, VI y IX horas (30).

**14.f. Estudio de la región anorrectal. Lesiones** en el área anal Para Bonnet, “el canal ano-rectal se dilata con mucha mayor facilidad que el vulvovaginal, por lo que puede permitir la penetración de un pene en erección”. Por otra parte, Gisbert, J. (2004), en relación a las lesiones locales anorrectales, nos dice que “el paso del pene en erección a través del ano significa un traumatismo capaz de originar lesiones”. Sin embargo, en la mayor parte de los casos están ausentes, porque la introducción del pene no es brusca, sino que va precedida de tentativas lentas que dilatan gradualmente el orificio anal (15)(30).



## **VII. Diseño de la investigación**

### **1. Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio, cuantitativo, observacional, descriptivo de series de casos. (31). (32).

Es cuantitativo, porque se recogieron datos, analizó y calculó frecuencias relativas, proporciones y porcentajes (33).

Es observacional, ya que no se manipulo las variables, sino que se observó en su contexto original, los datos recogidos se encontraran previamente en documentos, por lo que la labor se centra en sistematizar, a través de una matriz y analizarlos (31).

Es descriptivo, porque pretende conocer la prevalencia de violencia sexual en tiempo de pandemia y confinamiento COVID 19, así como las características de la víctima y del agresor, además se ha determinado factores de riesgo asociados más frecuente y sus consecuencias detectadas en la división de medicina forense del IDIF – EL ALTO (31).

Es de serie de casos porque se describen las características de los casos consecutivos que se dieron en un tiempo determinado (34)(31).

### **2. Población de estudio:**

La población de esta investigación está conformada por el total de los registros de casos de violencia sexual, que acudieron a la división de medicina forense del IDIF –con sede en la ciudad de EL ALTO, en tiempo de pandemia y confinamiento COVID 19, que son un numero de 126 casos, que cumplieron los criterios de inclusión. El criterio para la selección de esta institución se basó en el hecho de que es la única Institución Forense de la ciudad de El Alto (31)(35).

### **3. Muestra**

Para el presente estudio se tomó, el total de los informes ginecológicos forenses de usuarios y usuarias que consultaron el servicio de medicina forense con requerimiento fiscal que identifico punto de pericia valoración ginecológica,

durante la gestión 2020, en tiempo de pandemia y confinamiento COVID 19, se ha tomado la población total registrados en el sistema informático de la base de datos del servicio de medicina forense del IDIF de la ciudad de El Alto (31).

La población es toda la serie de casos, que acudieron a la división de Medicina Forense del IDIF – EL ALTO, en tiempo de pandemia y confinamiento COVID 19, durante el periodo marzo a septiembre de 2020 (34).

Se observa en esta investigación la no existencia de muestra, ya que debido a la accesibilidad de la información y con el objetivo de contar con información concreta, es que se decide incorporar a toda la población en el estudio, pues de solo tomar en cuenta a una muestra, esta sería en un número pequeño y poco representativo para cumplir con el objetivo de definir características (31) (34).

#### **4. Unidad de análisis:**

La unidad de análisis es cada uno de los usuarios y usuarias que acudieron a la atención forense del IDIF, sospechosos de violencia sexual, que dieron el consentimiento para la valoración forense, en la consulta externa y que constituyen cada uno registrados en la base de datos de la división de medicina forense del IDIF durante el período de pandemia y confinamiento COVID 19, desde el mes de marzo a septiembre de 2020(36).

#### **5. Criterios de Inclusión:**

Registros completos de casos de Violencia sexual, registrados en la base de datos digitales, de la División Médico Forense, que se hayan presentado en el periodo de estudio (37).

#### **6. Criterios de Exclusión:**

Casos de violencia sexual, que no corresponda al periodo de estudio.  
Casos de violencia sexual que no dieron su consentimiento informado

Registro de casos de violencia sexual, que no cuentan con datos completos o que no presenten algún dato principal para el uso de las variables

Negación de acceso a la base de datos de colegas forenses (38).

## **7. Técnicas de procesamiento y análisis de resultado:**

Para la descripción y análisis de las variables se utilizó estadísticas descriptivas y para el procesamiento de los datos se utilizaron el Microsoft office Excel y el programa estadístico SSPS (32). Con los datos obtenidos se procesaron tablas y figuras sobre las variables epidemiológicas; que fueron trasladados en el programa “Microsoft Excel” para luego ser analizados en el programa especial “SSPS Statistics”, para un buen manejo estadístico de datos respondiendo a los objetivos de la investigación.

## **8. Instrumentos de recolección de datos:**

Para recoger los datos, se procedió a la revisión de cada uno de los casos de violencia sexual registrados en la base de datos, hechos ocurridos en tiempo de pandemia COVID 19 y confinamiento, las cuales operan como instrumento que refleja las intervenciones realizadas por el médico forense, mediante la observación del médico legista y la técnica documental (32).

Se ha revisado los casos de violencia sexual, que contaran con los criterios de inclusión, y posteriormente se llenó las boletas de recolección de datos digital en spss (reporte de violencia sexual), se recolecto datos, de los dictámenes de integridad sexual, de todos los casos que acudieron a la División de Medicina Forense, en tiempo de pandemia COVID 19 y confinamiento.

Para la recolección de datos se empleó como instrumentó un Formulario de registro de información (ficha epidemiológica), donde se registró los datos de casos de violencia sexual atendidos en tiempo de pandemia y confinamiento COVID 19, en el servicio de medicina forense, donde se buscó las características de la víctima, del agresor, la magnitud del daño y otros factores de riesgos asociados, registrados en la base de datos de consolidación del sistema informático forense (31).

## **9. Procedimiento para la recolección de datos:**

El procedimiento de recolección de información se realizó inicialmente, solicitando autorización a la dirección y colegas forenses para el acceso a

las bases de datos digital. Luego se realizó la revisión de los informes forenses ginecológicos, tomando en cuenta los criterios de inclusión e exclusión, se sacó datos de agresión sexual. Al iniciar la investigación se identificó y se separó todos los dictámenes sexológicos, emitidos en la División de Medicina Forense de I.D.I.F. - El Alto, en el tiempo de pandemia COVID 19 y confinamiento y finalmente se realiza el análisis y la tabulación de datos en programa Excel e IBM SPSS Statistics versión 22 y posteriormente se realiza los resultados de la información obtenida, para realizar el protocolo de investigación (34).

#### **10. Ámbito de estudio**

El presente estudio se realizó en la División de Médico Forense de la Ciudad de El Alto, ubicado en la zona de Ballivián en el Distrito 4, Provincia Murillo, Departamento de La Paz, Bolivia. Se eligió por tener registros de los Dictámenes Forenses de casos de sexual, en tiempo de Pandemia y confinamiento (35).

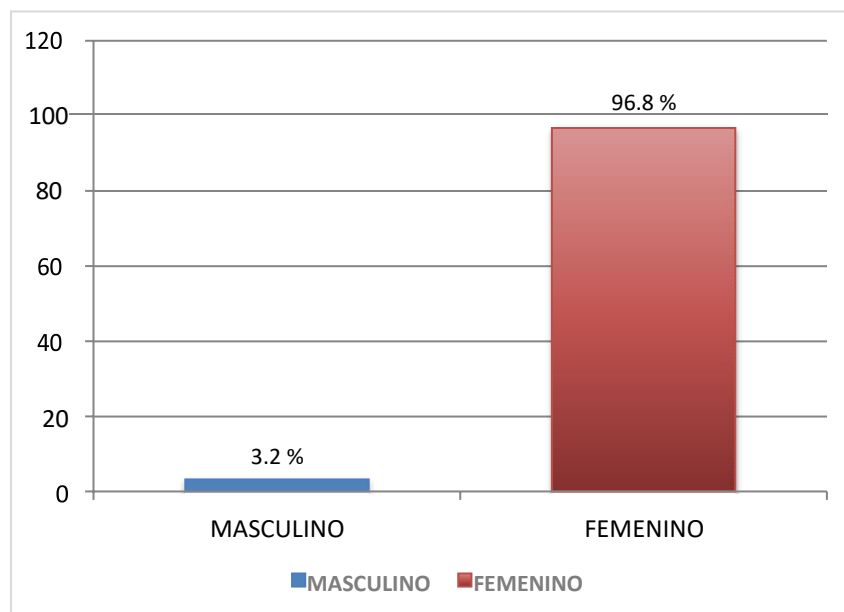
#### **11. Aspectos éticos de la investigación:**

Teniendo en cuenta la legislación vigente descrita en la Ley 3131 del 2018, mediante la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; y que además contempla en el artículo 16, los principios de confidencialidad, tiempos de participación y los datos (32). El estudio realizado conservó las premisas previamente descritas con el objetivo de no violentar la normatividad vigente y de esta manera obtener datos confidenciales correspondientes al evento de vigilancia en salud pública de las violencias de género, que se presentaron en el División de la Medicina Forense, y que a su vez fueron notificadas por SLIM Y DNNA de datos de los Distritos de la ciudad de El Alto. Cabe resaltar que la información suministrada de los ARCHIVOS FORENSES, correspondió únicamente a los datos de las variables requeridas para el estudio. No se incluyeron datos personales de las víctimas, como por ejemplo nombres, número de identificación o direcciones de residencia, por motivos de confidencialidad, de manera que los datos de identificación en la base de datos de los dictámenes sexológicos, será guardado con total confiabilidad y discreción del caso.

## VIII. Resultados.

Se analizaron un total de 126 casos de violencia sexual atendidos en el servicio de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones, desde el inicio de la pandemia marzo de 2020 hasta el final del periodo de confinamiento estricto. Se descartaron todos los casos sospechosos de violencia sexual, uno debido a no autorizaron el acceso a la base digital dos consultorios forenses de los cinco que cuenta el Instituto de Investigaciones Forense, otro porque su registro estaba incompleto y no se encontró relación con el formato o ficha epidemiológica. Por lo tanto, la muestra consistió en analizar 126 casos sospechosos de violencia sexual.

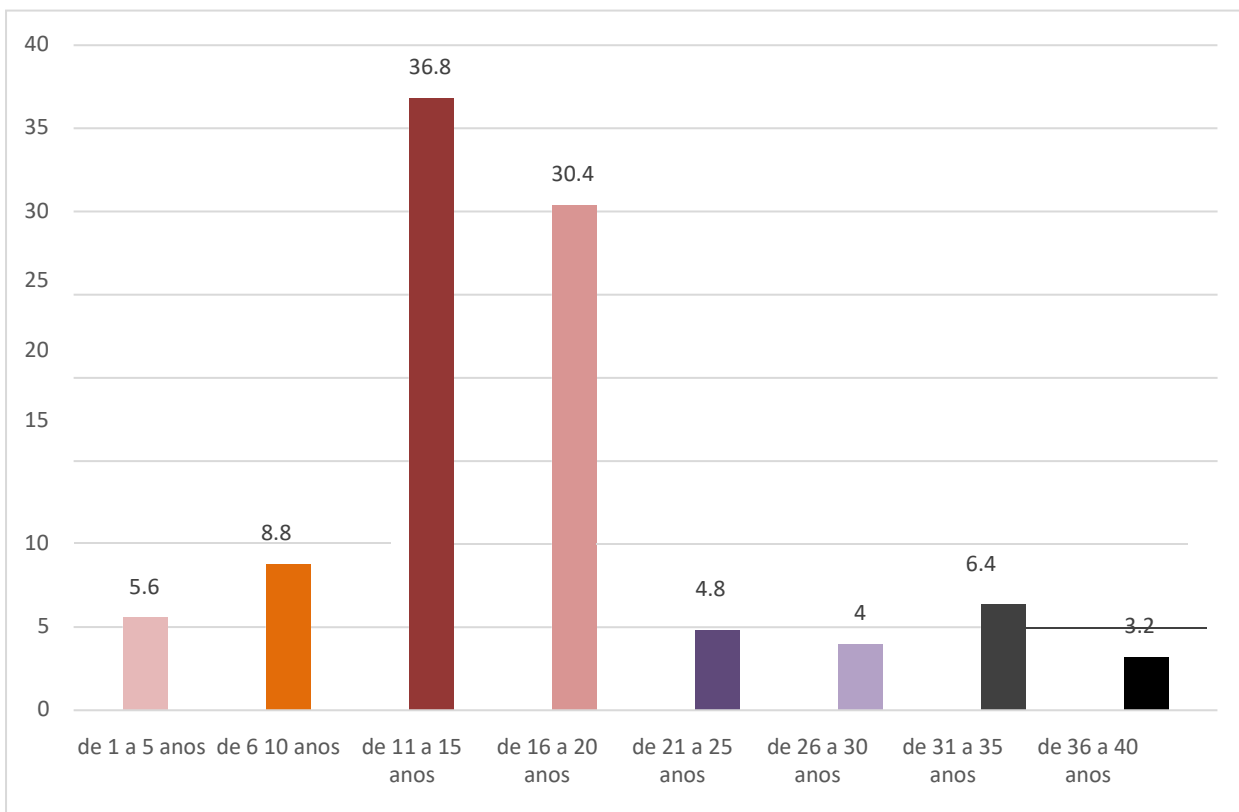
**Figura 1. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según sexo vulnerable, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la figura se observa, con relación al sexo, con mayor prevalencia de casos es el sexo femenino con una frecuencia del 96.8 %, con una media de edad de 13.5 años.

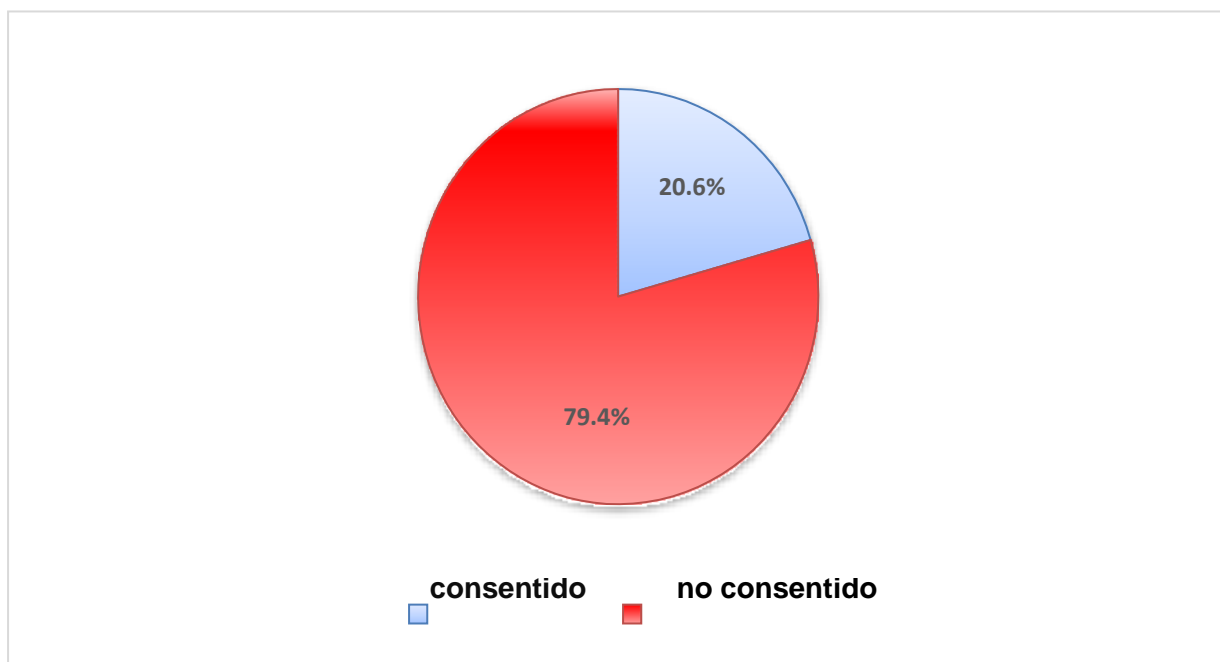
**Figura 2. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según grupo de edad vulnerable, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

El grupo de edad que predominó en los casos sospechosos de violencia sexual fue de 11 a 15 años, 46 casos para un 36,8 %, seguido de 16 a 20 años con 38 casos (30,4 %), mientras la edad de 1 a 5 años fue solo 7 casos (5,6 %) (fig. 2). El orden de los factores de riesgo no consignados en los informes sexológicos, es el siguiente, no se consigna el estado civil (66,7%), la ocupación (67,5%), grado de instrucción (69, %), sin embargo, se puede identificar la procedencia de los hechos, área urbana (68,3%) de las presuntas víctimas afectados.

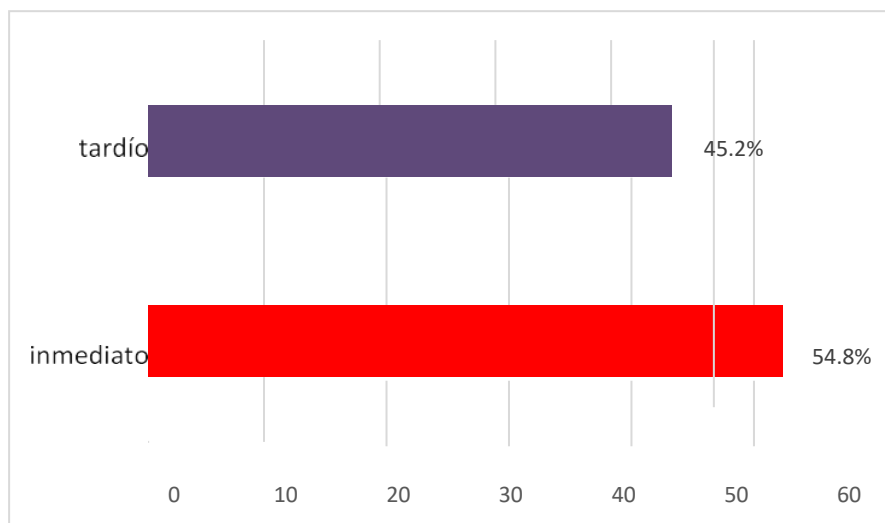
**Figura 3. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según tipo de agresión sexual, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la Fig.3 según tipo de agresión sexual, se muestra que los actos sexuales fueron no consentidos (79,4%), en una gran proporción, seguidamente de actos sexuales consentidos.

**Figura 4. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según el tiempo que demoro en revelar, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

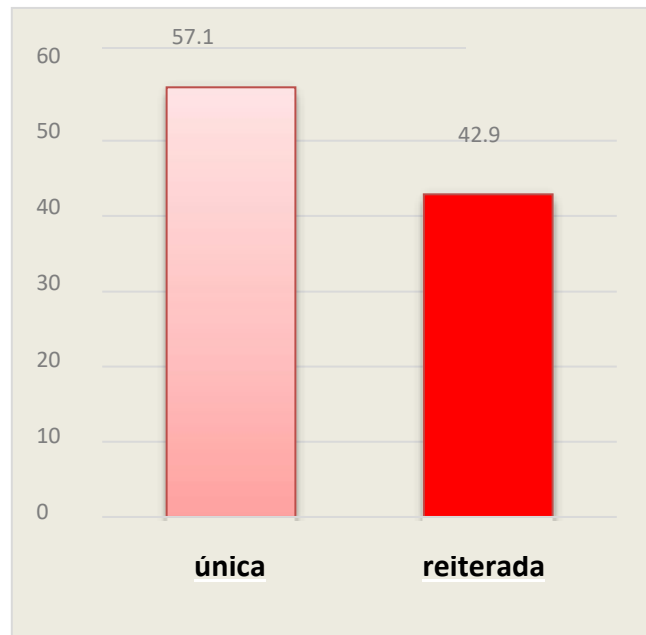


**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la Fig.4, se puede evidenciar que la mayoría de los casos revelaron la violencia sexual inmediatamente (54,8%), y en un segundo lugar la revelación es tardía.



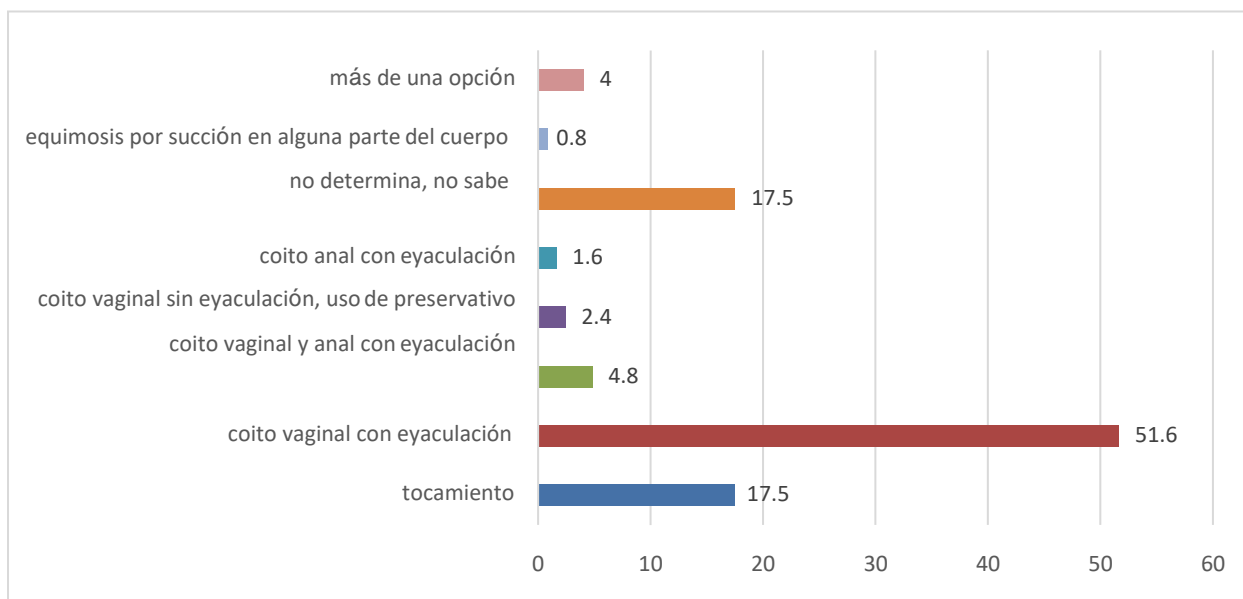
**Figura 5. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según episodios de la agresión sexual, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

La Figura nos muestra, que los hechos de agresión sexual en la mayoría son de episodio único (57,1), y en segundo lugar se observa los episodios reiterativos con un 42.09 %.

**Figura 6. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según conducta sexual, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

Con relación a la conducta sexual, por orden de frecuencia (Fig. 6): muestra que el coito vaginal con eyaculación es el más frecuente (51,6%), seguido de tocamientos (17,5 %) y no determina, no sabe (17,5 %), y el restante coito vaginal y anal con eyaculación y sin eyaculación, por el uso del condón.

**Tabla 1. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según lugar del hecho, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

Lugar del hecho	Frecuencia	Validado Porcentaje
Espacio publico	10	7,9
Parque publico	5	4
Espacio abierto	8	6,3
<b>Domicilio propio</b>	<b>48</b>	<b>38,1</b>
Otro domicilio	44	34,9
Interior de un vehículo	4	3,2
Otro	4	3,2
No consigna, no sabe	3	2,4
Total	126	100

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

Según el lugar del hecho, en la **Tabla 1**. se observa por orden de frecuencia: domicilio propio (38,1%), otro domicilio (34,9%), espacio público (7,9%) y parque público (4%).

**Tabla 2. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según número de agresores, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
<b>uno</b>	<b>109</b>	<b>86,50%</b>
dos	10	7,90%
tres o mas	7	5,60%
Total	126	100

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

Se muestra en la **tabla 2**, que el agresor es único (86,5%), seguido de casos de violencia sexual, donde participan más de tres agresores y que las presuntas víctimas, al momento del hecho, no tenían actividad sexual activa (60,8%).

**Tabla 3. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según grado de relación con la víctima, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto – 2020.**

<b>Grado de relación con la víctima</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Validado Porcentaje</b>
Desconocido	19	15,1
<b>Conocido en ocasión de los hechos</b>	<b>9</b>	<b>7,1</b>
<b>Conocido previamente sin relación especial</b>	<b>31</b>	<b>24,6</b>
<b>Conocido previamente con relación especial</b>	<b>26</b>	<b>20,6</b>
Relación familiar	18	14,3
Ex cónyuge	5	4
Cónyuge	7	5,6
Otro	7	5,6
No consigna	4	3,2
Total	126	100

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

Con relación a la edad del agresor, se muestra que esta entre 12 a 53 años, de sexo masculino, en la **tabla 3**, muestra, la relación con el agresor, en la gran mayoría de los hechos ocurridos, existió un vínculo previo y de diverso grado entre la víctima y el victimario; así lo revela el predominio de las personas conocidas previamente sin relación especial (24,6 %), conocido previamente con relación especial (20,6%), con relación familiar (14,3%), conocido en ocasión de los hechos (7,1%), cónyuge (5,6%), ex cónyuge (4%) y desconocidos (15,1%).

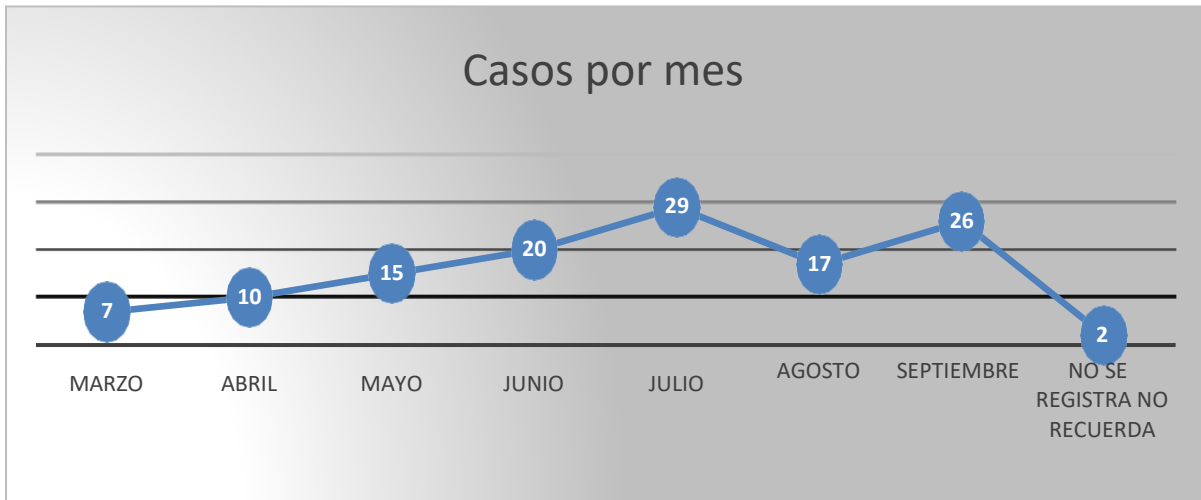
**Tabla 4. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según mes de la agresión, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

Mes	Frecuencia	Validado Porcentaje
MARZO	7	5,6
ABRIL	10	7,9
MAYO	15	11,9
JUNIO	20	15,9
<b>JULIO</b>	<b>29</b>	<b>23</b>
AGOSTO	17	13,5
SEPTIEMBRE	26	20,6
NO SE REGISTRA NO RECUERDA	2	1,6
TOTAL	126	100

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la **tabla 4**, según el mes de la agresión, se puede apreciar los meses que se significativos es, julio (23%), septiembre (20.6%) y Junio (15,9).

**Figura 7. Distribución temporal de casos sospechosos de violencia sexual, registrados en la base de datos del IDIF de la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto -2020**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

**En la figura 7.** Se observa cómo incrementó el registro de casos sospechosos de violencia sexual con el paso del tiempo, alcanzando su máxima frecuencia progresivamente en el mes de julio y el reporte se estabilizó en un promedio de 20 casos por mes.

**Tabla 5. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según día de la agresión, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

<b>DIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
lunes	18	14,3
martes	20	15,9
miércoles	16	12,7
jueves	12	9,5
<b>viernes</b>	<b>21</b>	<b>16,7</b>
sábado	14	11,1
domingo	12	9,5
no consigna	13	10
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

La tabla 5, muestra los días de la agresión, observando que la violencia sexual está presente todos los días, con mayor frecuencia el viernes (16,7%), seguido de lunes (14,3%) y martes (15,9%).

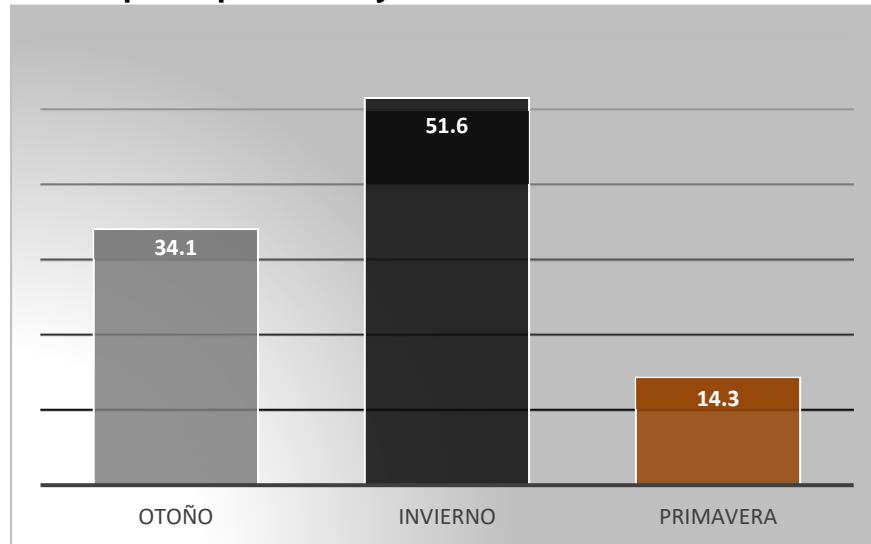
**Tabla 6. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según hora de los hechos, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

<b>hora de la agresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
00.00-06.00 horas (por la madrugada)	22	17,5
06.01-12.00 horas (por la mañana)	20	21,4
<b>12.01-18.00 horas (por la tarde)</b>	<b>27</b>	<b>23,8</b>
18.01-24.00 horas (por la noche)	30	13,5
no consigna hora	27	21,4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la **tabla 6**, muestra que la violencia sexual está presente a todas horas, con mayor frecuencia por la tarde (23,8%) seguido por la mañana (21,4%) y la madrugada (17,5%).

**Figura 8. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según la estación de ocurrencia del hecho, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la **fig. 8**, muestra que la violencia sexual está presente a todas las estaciones del año, con mayor frecuencia en invierno (51,6%) seguido de otoño (34,1%) y primavera (14,3%).

Con relación al estado mental de la víctima durante el acto sexual no consentido, es de lucidez (84,9%) y el medio utilizado en orden de frecuencia es, sin violencia psicológica sin violencia física (45%), golpe con manos y pies (20,6%) y amenaza verbal (8,7%).



**Tabla 07. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según la naturaleza de la lesión en área extra genital y para genital, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

<b>Naturaleza de lesión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Erosiones	2	1,6
Equimosis	9	7,1
Equimosis digital	10	7,9
Herida por arma blanca	1	0,8
Sugilaciones	8	6,3
Cicatrices	1	0,8
<b>sin lesiones</b>	<b>85</b>	<b>67,5</b>
Más de uno	10	7,9
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la **tabla 7**, se observa la distribución porcentual con relación a la naturaleza de la lesión, no presentan lesiones en el 85 de los casos (67,5%), hay que hacer notar la presencia de la equimosis digital en 10 casos y más de uno en otros 10 casos, también llama la atención los hallazgos de equimosis (7,1%), erosiones (1,6%) y las heridas por arma blanca, en una proporción menor.

**Tabla 08. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según hallazgos en el área genital, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

<b>Con relación al tipo de himen</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
himen no desflorado	19	15,1
himen con desfloración antigua	17	13,5
himen con desfloración reciente	5	4
<b>himen complaciente</b>	<b>60</b>	<b>47,6</b>
himen con signos de parto vaginal antiguo	11	8,7
signos de infección de transmisión sexual	1	0,8
himen complaciente con signos de violencia	5	4
no amerita	7	5,6
himen mirtiforme con signos de trauma externo	1	0,8
Total	126	100

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la **tabla 8**, los hallazgos en las conclusiones, muestra una proporción significativa la presencia del himen complaciente (47,7%), seguido del himen no desflorado (19%), el himen con desfloración antigua (13,5) y el himen con desfloración reciente (4%).

**Tabla 09. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según hallazgos en el área genital, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

Hallazgo al examen anal	Frecuencia	Porcentaje
ano sin signos de coito contra natura	111	88,1
ano con signo de coito contra natura reciente	9	7,1
ano con signos de acto contranatural reciente	4	3,2
ano con signos de acto contra natura antiguo	2	1,6
Total	126	100

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

En la **tabla 09**, muestra ano sin signos de coito contra natura en el 88,1%, seguido del ano con signo de coito contranatura reciente (7,1%).

**Tabla 10. Distribución porcentual de casos sospechosos de violencia sexual según estudios complementarios solicitados, en la división de Medicina Forense – El Alto - En tiempo de pandemia y confinamiento estricto - 2020.**

Estudios complementarios forenses	Frecuencia	Porcentaje
análisis por biología forense y por genética forense	69	20,3
análisis por genética forense	7	2,1
no amerita por extemporáneo	50	14,7
Total	126	37,1

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión de informes forenses ginecológicos, de casos sospechosos de agresión sexual que consultaron la División de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forense El Alto, gestión 2020.

Finalmente, los estudios complementarios, sugeridos fueron análisis por biología forense y por genética forense en el 69 de los casos (20,3%) y en un 14,7 %, no amerita, por extemporáneo, es decir acudieron a la consulta, más allá de los 5 días, por lo que no corresponde toma de muestras biológicas y no biológicas.

## **IX. Discusión**

En lo que respecta al sexo y la edad se ha podido verificar que el mayor porcentaje es el sexo femenino (96.8 %), y el grupo de edad prevalente es de, 11 a 15 años (36,8 %) (fig. 2). Es alarmante que una mayor proporción de las víctimas de violencia sexual, son menores de 18 años, menores quienes ni siquiera pueden identificar lo que les ocurre y menos defenderse, contradiciendo lo que culturalmente se sustenta en relación con que la violencia sexual ocurre porque el agresor es provocado por la víctima, lo que nos indica que el riesgo de sufrir agresión sexual no es prerrogativa de una edad, presentándose de forma alarmante en todas las edades. Este grupo es vulnerable, pues adolecen de criterio propio, es fácil intimidarles y no cuentan con suficientes recursos para defenderse de las disímiles situaciones en que se pueden ver involucrados. Aspecto que orienta en la toma de decisiones para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva. La explicación de esta mayor presentación de violencia sexual a menores puede deberse a deficiencias en las prácticas de autocuidado, como, ausencia de programas de educación sexual (5)(6)(39)(40)(41).

En esta investigación se ha visto, que no se identificó factores de riesgo como es el estado civil (66,7%), la ocupación (67,5%), grado de instrucción (69, %), en una gran proporción, sin embargo, se ha podido identificar la procedencia de los hechos, que es del área urbana (68,3%), una gran proporción, coincidiendo con los datos derivados de otros estudios, que muestran el porcentaje de mujeres afectadas en el área urbana. Nuestros datos corroboran la creencia de que la mayoría de las mujeres pobres o no indígenas o no, sufren violencia sexual, evidenciando que es un problema que cruza los distintos ámbitos geográficos y estratos socioeconómicos. Dentro de los factores exógenos el ambiente social influye de manera decisiva en la producción de estos delitos; son mucho más frecuentes en las grandes urbes que en el medio rural. Ello puede estar relacionado con una influencia negativa del entorno socioeconómico (6)(7)(40)(41).

En lo que respecta al tipo de agresión sexual, se muestra que los actos sexuales fueron no consentidos (79,4%), en una gran proporción (Fig.3), actos que fueron revelados de manera inmediata (54,8%), de episodio único (57,1), le siguen otros episodios reiterativos con un 42.09 % (fig. 5), la conducta sexual identificada es el coito vaginal con eyaculación (51,6%) es el más frecuente, seguido de tocamientos (17,5 %), el restante coito vaginal y anal con eyaculación y sin eyaculación, por el uso del condón, hecho ocurrido en el domicilio propio (38,1%), u otro domicilio que no es propio (34,9%), se muestra en la tabla 2, que el agresor es único (86,5%) en una gran proporción en la tabla 3, muestra, la relación con el agresor, existiendo un vínculo previo y de diverso grado entre la víctima y el victimario; así lo revela el predominio de las personas conocidas previamente sin relación especial (24,6 %), conocido previamente con relación especial (20,6%), con relación familiar (14,3%), las referencias bibliográficas que respaldan este estudio, afirman que el incremento de casos de violencia sexual en tiempos de pandemia y confinamiento, está en relación a la menor edad, que no dan su consentimiento, en una gran proporción los agresores son familiares, de único episodio, en el propio hogar de la víctima, los espacios donde se realizó el delito es el espacio privado o familiar del hogar, el presente estudio reveló, que una gran proporción reveló la agresión sexual inmediatamente, tomándose las muestras biológicas y no biológicas oportunamente. En el presente estudio, ocurrieron en el propio domicilio de la víctima. Estos resultados coinciden con hallazgos de otros investigadores (20). Demostrando que el riesgo de sufrir abuso sexual en los niños es mayor en casa que en lugares externos, en una proporción menor la agresión sexual se limitó al “espacio exterior”, lugares descampados, que muestra la elevada inseguridad en los distritos de la ciudad de El Alto. No se tiene datos desagregados con relación a si los hechos ocurrieron en la casa de la víctima, en la casa del agresor u otros lugares como la escuela o centro de trabajo. Por otro lado, se pudo determinar que las agresiones sexuales ocurren en el hogar común de víctima y victimario. Estos resultados nos dan evidencia de la atrocidad del agresor que se aprovecha de los espacios seguros y de la vulnerabilidad de las

víctimas menores. Los datos referidos, coinciden con muchos estudios a nivel internacional y además desmitifican la creencia cultural de que los hechos de violencia sexual ocurren en lugares extraños, calles oscuras, parques solos, viviendas abandonadas. En la gran mayoría de los sucesos ocurridos existió un vínculo previo y de diverso grado entre la víctima y el victimario, fundamentalmente, entre personas conocidas y vecinos. La literatura revisada refiere que el violador puede ser alguien en quien la víctima confíe y se sienta segura; pueden ser amigos, novios, compañeros de escuela, de trabajo, vecinos o, inclusive, un acompañante. Generalmente, estos violadores ganan la confianza de la víctima y después consideran que la relación sexual va implícita en el acto de aceptación de la invitación. En el estudio, se ha contemplado la figura del agresor bajo las siguientes categorías: Padrastro, Vecino, Tío, Abuelo, Hermano, Padre biológico, Primo, Enamorado, Amigo / conocido, Esposo / conviviente, curandero, Ex pareja, Profesor. Los resultados expresados en la tabla 03, indican que el agresor es predominantemente un amigo o conocido de la víctima. En una mayor proporción de casos el victimario se trató de un “Amigo / conocido”, a continuación, los casos de un “Familiar Tío”, padre biológico de la víctima, Padrastro y en una proporción menor por un “extraño” a la víctima, mostrando el riesgo que corren las adolescentes y adultas jóvenes que se relacionan con hombres capaces de violentarlas sexualmente, quienes nos están advertidas para reconocer los signos de peligro de las relaciones con este tipo de agresores (6)(8). Los meses en que se reportaron mayor número de casos fue julio (23%) y septiembre (20.6%), con un ascenso progresivo durante los meses de marzo a septiembre en la figura 6. La tabla 5, muestra los días de la agresión, observando su presencia todos los días, con mayor frecuencia el viernes (16,7%). En la tabla 6, muestra que la violencia sexual es a todas horas, con mayor frecuencia por la tarde (23,8%), la violencia sexual está presente en todas las estaciones del año, con mayor frecuencia en invierno (51,6%), no se encontraron estudios que documenten estos datos (6)(9).

Con relación al estado mental durante la agresión sexual, presentaron lucidez (84,9%) y el medio utilizado ha sido sin violencia psicológica y física (45%), no presentan lesiones en el 85 de los casos (67,5%), hay que hacer notar la presencia de la equimosis digital en 10 casos, se ha identificado hallazgos de equimosis (7,1%), erosiones (1,6%) y las heridas por arma blanca, en una proporción menor. Los resultados nos muestran que la mayoría de los agresores no empleo la fuerza física para asegurar el silencio de sus víctimas, estudios epidemiológicos confirman la impresión clínica general, según la cual los agresores sexuales prefieren la utilización de los sobornos y amenazas con mucha más frecuencia que la fuerza bruta para obligar a sus víctimas a callar. No es frecuente la existencia de abuso sexual y maltrato físico, eso se ve reflejado por el alto porcentaje de examen físico normal. Las lesiones genitales específicas de abuso sexual se centraron en el himen y labios menores, encontrándose desfloración reciente 4% y signos de ITS, no se identificó embarazos, es evidente que la violencia genera, profundiza o perpetúa un sistema de dominación y desigualdades diversas, ocasiona daños a la salud física y mental, genera problemas en la construcción de espacios de igualdad. Sin embargo, algunos elementos tangibles del impacto de la violencia se evidencian en fenómenos como el contagio de ITS. esto nos habla del uso del agente u objeto contundente como principal elemento en la perpetración del delito de violación (6)(10).

Según los hallazgos en el área genital, la prevalencia del himen complaciente es mayor (47,7%), seguido del himen no desflorado (19%), el himen con desfloración antigua (13,5) y en menor proporción el himen con desfloración reciente (4%), con relación al ano, en una gran proporción no presentan signos de coito contra natura en el 88,1%, seguido del ano con signo de coito contranatura reciente (7,1%), solicitando estudios complementarios a biología forense y por genética forense en el 69 de los casos (20,3%) y en un 14,7 %, no amerita, por extemporáneo, La literatura revisada plantea que existe un subregistro en esta esfera, pues muchas de las víctimas no acuden a realizar la denuncia por falsas creencias existentes en la población, entre las más frecuentes se encuentra que la víctima conoce al

autor y en consecuencia se considera que la víctima propicia el hecho; se cuestiona la forma de vestir de la víctima, la hora y el lugar en que se hallaba; casos donde no existe el delito; no existen lesiones físicas en la víctima ni en las prendas de vestir que indiquen resistencia al hecho, lo que hace poco creíble la declaración de esta, asumiéndose consentimiento por parte de la misma, lo que se agrava por la ausencia de testigos; en el presente estudio, la víctima denuncia el hecho dentro de las 72 horas de producido el delito, por lo que se detectaron evidencias que prueben el hecho(6)(11).

De todas las mujeres que se les realizó examen de integridad sexual, el 70.07 % presentó himen complaciente, que tiene la característica de ser elástico y tener un orificio amplio y dilatable y que se determina a través del tacto vaginal bidigital. Por lo que es, conveniente que se realicen trabajos similares en otros lugares de Bolivia para conocer a nivel nacional la frecuencia de presentación del himen complaciente y contar así con estadísticas reales y confiables, por la importancia que tiene el himen complaciente desde el punto de vista médico legal, porque en estos casos a pesar de haber habido penetración durante una violación, no presenta desgarró, se debe tener presente la evaluación en lo posible dentro de las 24 horas de sucedido el incidente para mejor aplicación del estudio médico legal(6).

El hallazgo más frecuente al examen clínico de la región anal fue coito contra natura reciente tanto para hombres como mujeres, a la que le siguieron actos contra natura recientes, no se identificaron la hipotonía y ano infundibuliforme en el presente estudio. No se separarlo por sexos (6).

Si bien, las víctimas no presentaron lesiones, se determinó que la equimosis fue la lesión más frecuente encontrada en las áreas extra genitales y para genitales, mientras que la herida cortante se encontró solo en un caso, por lo que se debe considerar en el estudio médico legal de los casos de violación que la forma de violencia mayormente empleada en la perpetración del delito en nuestro medio es con el uso de agentes contusos para agredir a la víctima (6).



Las lesiones en el área genital sugieren con gran probabilidad el diagnóstico de violación, en el presente estudio se determinó que el tipo de lesión menos frecuente en el área genital fue el desgarró himeneal reciente, seguido por la fisura anal, datos que sugerimos se tengan presentes en el momento de la evaluación médico legal de la integridad sexual (6).

Por la importancia médico legal que tiene la presencia de lesiones recientes en las violaciones, es conveniente realizar estudios semejantes en otras regiones de Bolivia, con la finalidad de conocer a nivel nacional la frecuencia de presentación de lesiones en las mujeres que sufren violación sexual y así contar con estadísticas reales y confiables.

Cabe mencionar que los casos estudiados no corresponden técnicamente a una muestra real de la población víctima de atentados sexuales, puesto que la totalidad de dicha población es desconocida y con seguridad mucho más numerosa, ya que toda la información existente para la realización de estudios se basa en la denuncia voluntaria por parte de las víctimas o sus familiares, y lo que según diversos autores no va más allá de un 20% de todas las agresiones sexuales, quedando aproximadamente un 80% de estos delitos sin denuncia y por lo tanto no sujeta a análisis.

## **X. Conclusiones**

El trabajo de investigación realizado ha demostrado de acuerdo a los objetivos planteados que la violencia sexual en tiempo de pandemia COVID 19 y confinamiento estricto, es factor desencadenante, es un problema de salud pública.

En el presente estudio se obtuvo una prevalencia de factores de riesgo en los casos sospechosos de violencia sexual en el tiempo de pandemia COVID 19 y confinamiento estricto, se ha identificado el sexo vulnerable femenino (96,8 %) y la edad vulnerable de 11 a 15 años, los hechos proceden del área urbano (68,3%), los actos sexuales no consentidos son los de alta frecuencia (79,4%), las menores acudieron inmediatamente (54,8%) sucedido el hecho, evidenciándose único episodio (57,1), en cuanto a la maniobra sexual, es coito vaginal con eyaculación (51,6%), en el interior de domicilio propio (38,1%), por un agresores sexual (86,5%), de sexo masculino, no se registró la edad, con relación de un vínculo previo y de diverso grado (24,6 %), conocidos previamente con relación especial (20,6%), con relación familiar (14,3%), conocido en ocasión de los hechos (7,1%), cónyuge (5,6%), ex cónyuge (4%) y desconocidos (15,1%).

Los casos sospechosos de violencia sexual están presentes, en todos los meses comprendidos en el periodo de pandemia y confinamiento, de manera progresiva ascendente, hasta el confinamiento dinámico, los hechos se presentaron todos los días sin predominio horario, en todas las estaciones, la estación de invierno (51,6%), no ha sido un impedimento, pues son menores dependientes, estaban lucidas en el momento del hecho (84,9%) y no se ha requerido violencia física, pues no presentaron lesiones en el 85 de los casos (67,5%).

Del presente estudio se puede concluir, que, al examen del área genital, el tipo de membrana himen, es complaciente (47,7%), en ano no presenta signos de coito contra natura y los estudios complementarios se deben hacer de manera apremiante, análisis por biología forense y por genética forense en el 69 de los casos (20,3%).

## **XI. Recomendaciones**

### **1. Acción Individual**

Manejo inicial y avanzado de las víctimas de violencia sexual, de acuerdo a las guías protocolos de atención forense y las políticas del Ministerio Público.

Manejo de evidencia y cadena de custodia de los elementos materia de prueba recolectados durante el proceso de atención

Orientación sobre medidas de prevención de las complicaciones y secuelas de la violencia sexual en el consultorio forense

Diligenciamiento de la ficha de notificación de casos de Violencia Sexual, ocurrida en el ámbito familiar y no familiar, caracterizando a las víctimas de violencia sexual asociado a factores de riesgo, caracterizando al agresor, los hechos de violencia sexual y los hallazgos al examen extra genital, para genital y genital.

Activar la ruta de atención de Violencia sexual, en el ámbito no familiar definida en el municipio, articulación intersectorial, siguiendo las orientaciones que para el efecto se encuentran definidas en el protocolo para la atención integral de la violencia sexual adoptado para el sector por el Ministerio Público

### **2. Acción Colectiva**

Fortalecer la coordinación intersectorial compuesta por el Municipio, SEDES, FELCCV, Entidades del Sector Justicia, Sector Educativo, y DNNA, que operen en la región, entre otras, para la planeación de las acciones y toma de decisiones oportunas.

Educación para la minimización del riesgo de sufrir un hecho violento, mediante la sensibilización y construcción de una cultura de comportamientos seguros y autocuidado, a partir de la divulgación de información relevante y básica de protección con estrategias mediáticas de radio, televisión, afiches, plegables, cartillas, Internet entre otros.

Las anteriores actividades deben ser superadas con procesos pedagógicos de mayor alcance donde se de transferencia de saberes que busquen cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a conductas de riesgo y promover la

adopción de comportamientos seguros. Finalmente, la generación de redes sociales, de utilidad demostrada en la prevención de la VIOLENCIA SEXUAL, lo cual parte del reconocimiento de las capacidades de la comunidad para el fomento del autocuidado y el desarrollo de estrategias locales de reducción del riesgo. Ello se logrará si se incentiva la participación comunitaria en la detección de casos, la denuncia y en los programas de prevención e intervención. Acompañado de la difusión masiva de la normatividad vigente.

## XII. Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. Of Nac Unidas para la Coord Asuntos Humanit -OCHA [Internet]. 2020;1–29. Disponible en: [https://reliefweb.int/report/world/informe-el-impacto-del-covid-19-en-am-rica-latina-y-el-caribe-julio-2020%0Ahttps://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG Policy brief COVID LAC %28Spanish%29\\_10 July\\_0.pdf](https://reliefweb.int/report/world/informe-el-impacto-del-covid-19-en-am-rica-latina-y-el-caribe-julio-2020%0Ahttps://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG_Policy_brief_COVID_LAC_%28Spanish%29_10_July_0.pdf)
2. Cuarentena violenta. 2020;497. Disponible en: <https://www.opinion.com.bo/opinion/monica-novillo-g/cuarentena-violenta/20200624021008774073.html>
3. Pastoral Social Caritas. Cronología pandemia covid 19 – bolivia 2020. 2020.
4. Comisión Interamericana de Mujeres. COVID-19 en la vida de las mujeres. OAS Cat Data [Internet]. 2020;1–24. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>
5. Castellano-Arroyo M. The sexual freedom from the perspective of legal medicine. An Ranm. 2019;135(03):211–21.
6. González E, Montero A, Martínez V, Leyton C, Molina T. Características-y-consecuencias-de-las-agresiones-sexuales-en-adolescentes-consultantes-en-un-c. 2012;77(6):413–22. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n6/art02.pdf>
7. Hsieh SW. Los delitos sexuales: conceptos, valoración médico legal e incidencia de las denuncias por delito sexual valorados en el departamento de medicina legal en el año 2011. Med Leg Costa Rica. 2013;30(2):02–12.
8. Parra J. Características de las lesiones genitales, paragenitales y extragenitales en mujeres víctimas de violencia sexual anal y vaginal en la ciudad de Arequipa. Rev. Salud Publica. 2015. Vol. 54; (3):131-135.
9. Cerón Hernández G, Roa Torres S, Salcedo Cifuentes M. Caracterización de los casos de abuso sexual valorados en los servicios de urgencias y consulta externa de una institución hospitalaria de primer nivel en el Departamento del Cauca, 2007 - 2015. Univ y Salud [Internet]. 2017;19(2):226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.85>
10. Tapia E O, San Martín U N. Himen Complaciente y Peritaje Médico-Legal. Int J Morphol. 2011;29(4):1435–7.

11. Mendoza A. Tesis " Características clínicas y epidemiológicas de las víctimas de delitos contra la libertad sexual en la División Médico Legal II -Trujillo , enero-diciembre 2004 ". Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Unidad de Posgrado. 2009.
12. Mejía Rodríguez U, Mejía Rodríguez A. Lesiones del himen en reconocimientos médico legales (RML) ginecológicos por delitos contra la libertad sexual. Horiz Médico. 2014;14(4):24–30.
13. Soto J. Tesis " Comportamiento Clínico y Epidemiológico de los Delitos Contra La Libertad Sexual en la División Médico legal de Celendín del 2009 – 2013". Universidad Nacional del Centro del Perú; Escuela de Posgrado : Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería, para optar el grado académico de: magíster en salud pública . 2016.
14. Muñoz M. Tesis " Identificar el factor prevalente que más influyen en la violencia física en contra de la mujer en el centro de especialidades el Alto de la Caja Nacional de Salud Gestion 2007 ". Universidad Mayor de San Andrés; Facultad de Medicina Unidad de Posgrado, trabajo de grado para optar el título de Especialidad en epidemiología. 2009.
15. Lorente-Acosta M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. Rev Española Med Leg. 2020;46(3):139–45.
16. Ariza-sosa GR, Agudelo-galeano JJ, Saldarriaga-quintero LA, Saldarriaga-grisales DC. Crisis humanitaria de emergencia en Colombia por violencia contra las mujeres durante la pandemia de COVID-19 violence against women during the COVID-19 pandemic. 2021;51(134):125–50.
17. Gasman N, Villa Torres L, Moreno C, Billings DL. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Inf Nac sobre Violencia y Salud [Internet]. 2016;167–204. Disponible en:[http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23947&Itemid=270](http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23947&Itemid=270)
18. Mora A, Flores A. Tesis " Principales Factores de Riesgo Asociados a Delitos Sexuales en menores de edad del municipio de La Paz en la Gestión 2011". Universidad Mayor de San Andrés; Facultad de Medicina Unidad de Posgrado, Tesis de Grado para Optar al Título de Magister Scientiarum en Medicina Forense.2011.
19. PNUD. COVID-19 en Bolivia: En la senda de la recuperación del desarrollo. 2020;(22):37. Disponible en: [www.latinamerica.undp.org](http://www.latinamerica.undp.org)
20. Bayá (Coord.) M. Estudios sobre la aplicación de la Ley N<sup>o</sup> 348. Casos

especiales. 2017;

21. Ministerio Publico. Fiscalía General del Estado. Protocolo y ruta crítica interinstitucionales, para la atención y protección a víctimas, en el marco de la ley n° 348: ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia”. 2014.
22. Lorente-Acosta M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. Rev Española Med Leg. 2020;46(3):139–45.
23. Covid- ENTDEL. Información clave. Disponible en: <https://cdn.mskcc.org/es/news/2019-novel-coronavirus-covid-19-key-facts-and-what-it-means-people>
24. Concha A, Villaveces A. Guías Para El Diseño, Implementación, Y Evaluación De Sistemas De Vigilancia Epidemiológica De Violencia Y Lesiones. Organ Panam la Salud [Internet]. 2013;40–7. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/media/en/231.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf).
25. Vives C, Alvarez C. Epidemiología de la violencia en la pareja. Mortalidad. Morbimortalidad, lo conocido, lo estimado, lo oculto. Rev. Clínica Electrónica En Atención Primaria. 2019;2(3):01–05.
26. Duque L, Caicedo B, Sierra C. Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia para los municipios colombianos. Rev Fac Nac Salud Pública. 2008;26(2):196–208.
27. Constantin Peña AH, Orjuela Henao CE, Monroy Avella CM, Barreto Manrique MR, Terreros Ibañez G, Camacho Rodríguez G, et al. Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Inst Nac Med Leg Y Ciencias Forenses [Internet]. 2006;1–28. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/48758/78081/G12.pdf/c46396e3-4921-4e92-bbe8-259c9e9b40f0>
28. Suárez Solá ML, González Delgado FJ. Importancia de la exploración médico forense en las agresiones sexuales a menores. Cuad Med Forense. 2003;(31):37–45.
29. Soares AP. No Title No Title. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
30. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Guía práctica para el dictamen de lesiones, Colombia.
31. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev Médica

Clínica Las Condes [Internet]. 2019;30(1):36–49. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>

32. Sociedad Científica Huachana de Estudiantes de Medicina (SCHEM), de la UNJFSC. “I Módulo de Metodología de la Investigación”. 2011. 3 – 320 p.
33. Roca Monjo A. Trabajo de investigación sobre la violencia de género. Trab investigación sobre la violencia género [Internet]. 2011;1–74. Disponible en: [https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/54/Antonia\\_Roca\\_Monjo\\_IS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/54/Antonia_Roca_Monjo_IS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Hernandez S, Fernandez C, La investigación como proceso en La Universidad. 2003. 5–123 p.
35. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol. 2017;35(1):227–32.
36. Valarino E, Yaber G, Cemborain M. Metodología de la Investigación paso a paso, bloque básico, 1era. Ed. México: Editorial Trillas; 2010. 5 – 120 p.
37. Álvarez M. Metodología de la Investigación Guía didáctica CUANTITATIVA Y CUALITATIVA. Libro didáctico de metodología de la investigación en ciencias sociales elaborado durante el año sabático concedido por la Universidad Surcolombiana al docente. 2011. 19-60 p.
38. Mejía E. Metodología de la investigación científica, 1era. Ed. Lima - Perú: Centro de Producción Editorial e Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; 2005. 13 – 160 p.
39. ONU MUJERES. Prevenir la violencia contra las mujeres. 2015;2. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/11/prevention-framework>.
40. Bejarano Castro M, Rendón LF, Rojas MC, Durán CA, Albornoz M. Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. Rev Colomb Cirugía. 2006;21(3):180–9.
41. Morales R. Tesis " Características Epidemiológicas de Pacientes Víctimas de violencia sexual". Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas, escuela de estudios de postgrado, Para obtener el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia. 2015.



## ANEXOS

### Anexo 1: instrumento de recolección de datos y codificación de datos.

Ficha de recolección de datos del servicio de medicina forense, con el objeto de recabar datos de los informes médicos forenses de usuarios que acudieron por violencia sexual

ítems	Variable	Codificación
1	<b>Sexo</b>	0 masculino 1 femenino
2	<b>Edad</b>	Años a la entrevista
3	<b>Estado civil</b>	0 soltera 1 casada 2 concubina 3 divorciada 4 viuda
4	<b>ocupación</b>	0 sin ocupación 1 estudiante 2 labores de casa 3 otros
5	<b>Procedencia</b>	0 urbano 1 rural 3 periurbano 4 no consigna
6	<b>Grado de instrucción</b>	0 ninguno 1 pre escolar 2 primario 3 secundario 4 superior
7	<b>Tipo de agresión sexual</b>	0 consentido 1 no consentido
8	<b>Tiempo que demoro en revelar</b>	0 inmediato 1 tardío
9	<b>Duración de la agresión</b>	0 única 1 reiterada
10	<b>Conducta sexual del agresor</b>	0 tocamiento 1 coito vaginal con eyaculación 2 coito vaginal y anal con eyaculación 3 coito vaginal sin eyaculación, uso de preservativo 4 colocación de objeto en vagina o recto 5 mordida en alguna parte del cuerpo 6 Coito anal con eyaculación 7 no determina

11	<b>lugar del hecho</b>	0 espacio público (alojamiento) 1 parque público 2 espacio abierto (rio o pampa) 3 domicilio propio 4 otra vivienda 5 acceso a vivienda 6 interior de vehículo 7 otro
12	<b>numero de agresores</b>	0 uno 1 dos 2 tres o mas
13	<b>edad aproximada del agresor</b>	0 años 1 no se registra
14	<b>sexo del agresor</b>	1 femenino 2 masculino
15	<b>grado de relación con la víctima del hecho</b>	0 desconocido 1 conocido en ocasión de los hechos 2 conocido previamente sin relación especial (EL AMIGO o vecino) 3 conocido previamente con relación especial (ENAMORADO, NOVIO) 4 relación laboral 5 relación familiar (PADRE, PRIMO, TIO) 6 ex cónyuge 7 cónyuge 8 otro 9 no consigna
16	<b>Mes de la agresión</b>	1 enero 2 febrero 3 marzo 4 abril 5 mayo 6 junio 7 julio 8 agosto 9 septiembre 10 octubre 11 noviembre 12 diciembre 13 NO SE REGISTRA NO RECUERDA

17	<b>Día de ocurrencia del hecho</b>	1 lunes 2 martes 3 miércoles 4 jueves 5 viernes 6 sábado 7 domingo 8 NO SE REGISTRA NO RECUERDA
18	<b>hora de la agresión</b>	0 00.00 - 06.00 horas 1 06.01 - 12.00 horas 2 12.01 - 18.00 horas 3 18.01 - 24.00 horas 4 no consigna horas 5 POR LA NOCHE 6 POR LA TARDE 7 POR LA MAÑANA
19	<b>estación de ocurrencia del hecho</b>	0 otoño 1 invierno 2 primavera 3 verano
20	<b>estado mental</b>	0 consciente 1 inconsciente bajo efectos de sustancias embriagantes DESPIERTA CON ROPA 2 inconsciente bajo efectos de sustancias embriagantes DESPIERTA SIN ROPA 3 no consigna
21	<b>medio utilizado</b>	0 amenaza verbal 1 con arma u otro objeto 2 golpe con manos o pies 3 posibilidad de que haya sido intoxicada 4 fue atada 5 SIN VIOLENCIA PSICOLOGICA Y SIN VIOLENCIA FISICA 6 CON VIOLENCIA PSICOLOGICA Y SIN VIOLENCIA FISICA

22	<b>Tipo de lesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 erosiones</li> <li>1 excoriaciones</li> <li>2 equimosis</li> <li>3 equimosis digital</li> <li>4 hematoma</li> <li>5 herida por objeto contuso</li> <li>6 herida por arma blanca</li> <li>7 herida por arma de fuego</li> <li>8 sugilaciones</li> <li>9 ligaduras</li> <li>10 cicatrices</li> <li>11 SIN LESIONES</li> </ul>
23	<b>En Área genital, hallazgos al examen del himen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 himen no desflorado</li> <li>1 himen con desfloración antigua</li> <li>2 himen con desfloración reciente</li> <li>3 himen complaciente</li> <li>4 himen con signos de parto VAGINAL ANTIGUO</li> <li>5 CON signos de infección de transmisión sexual</li> <li>6 desgarro del periné</li> <li>7 HIMEN COMPLACIENTE CON SIGNOS DE TRAUMA EXTERNO</li> </ul>
24	<b>En Área genital, hallazgos al examen anal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 ano sin signos de coito contra natura.</li> <li>1 ano con signos de coito contra natura reciente</li> <li>2 ano con signos de coito contra natura antiguo</li> <li>3 ano con signos de acto contranatura reciente</li> <li>4 ano con signos de acto contranatura antiguo</li> </ul>
25	<b>Estudios complementarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 análisis por biología forense y por genética forense</li> <li>1 análisis por genética forense</li> <li>2 no amerita por extemporáneo</li> </ul>

Fuente. Elaboración Propia, El Alto La Paz, 2020.

## Anexo 2. operacionalización de variables

	<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>
<b>Casos sospechosos de violencia sexual</b>	Sexo	características biológicas y fisiológicas que presunta la víctima al momento de ingresar al consultorio forense	Cualitativo nominal dicotómico	1 masculino 2 femenino
	Edad	Tiempo que ha vivido la presunta víctima, al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	años cumplidos a la entrevista
	Estado civil	Situación estable en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo, al momento de ingresar al consultorio forense	nominal cualitativo	1. soltero 2. casado 3. concubino 4. separado judicialmente 5. Divorciado 6. viudo
	ocupación	empleo u oficio de la presunta la víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	1. sin ocupación 2. Estudiante 3. labores de casa 4 otros
	Procedencia	origen de la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	1. urbano 2. Rural 3. Periurbano 4. no consigna
	Grado de instrucción	evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito primario, secundario o universitario, de la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	1. ninguno 2. pre escolar 3. Primario 4. Secundario 5. superior
<b>Factores de riesgo asociados</b>	Tipo de agresión sexual	Violencia sexual que implica o no implica contacto corporal referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal dicotómico	<b>0</b> consentido 1. no consentido
	Tiempo que demoro en revelar	Violencia sexual que implica un tiempo de silencio referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio	cualitativo nominal dicotómico	<b>0.</b> inmediato 1. tardío

		forense		
	Duración de la agresión	Violencia sexual que implica duración referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo nominal dicotómico	0. única 1. reiterada
	Conducta sexual del agresor	Violencia sexual que implica conducta sexual referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	0. tocamiento 1. coito vaginal o anal con eyaculación 2. coito vaginal y anal con eyaculación vaginal o anal 3. sin eyaculación, uso de preservativo 4. colocación de objeto en vagina o recto 5. mordida en alguna parte del cuerpo
	lugar del hecho	espacio físico en el que se ha producido un acontecimiento susceptible de una investigación científica criminal con el propósito de establecer su naturaleza y quiénes intervinieron, referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo nominal	0. vía pública 1. parques o jardín publico 2. áreas rurales 3. domicilio propio 4. otro domicilio 5. acceso a vivienda 6 interior de vehículo 7 otro
	Numero de agresores	Violencia sexual que implica número de agresores referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	1. uno 2. dos 3 o mas
<b>Características del presunto agresor</b>	Edad aproximada del agresor	Tiempo que ha vivido aproximado del agresor, que manifiesta la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	años aproximados
	Sexo del agresor	características biológicas y fisiológicas que presunta la victima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo nominal dicotómico	1. Femenino 2. Masculino

	<b>Grado de relación con la víctima</b>	la relación que se establece entre dos personas y se da de forma física o simbólica, que manifiesta la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	<b>cualitativo nominal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. desconocido</li> <li>1. conocido en ocasión de los hechos</li> <li>2. conocido previamente sin relación especial (EL AMIGO)</li> <li>3. conocido previamente con relación especial (ENAMORADO O NOVIO)</li> <li>4. relación laboral</li> <li>5. relación familiar</li> <li>6. ex cónyuge</li> <li>7. Cónyuge</li> <li>8. Otro</li> <li>9. no consigna</li> </ul>
<b>Características del periodo de violencia sexual</b>	<b>Mes de la agresión</b>	cada uno de los doce periodos de tiempo, de entre 28 y 31 días, en que se divide el año, que refiere la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	<b>cualitativo ordinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 enero</li> <li>2 febrero</li> <li>3 marzo</li> <li>4 abril</li> <li>5 mayo</li> <li>6 junio</li> <li>7 julio</li> <li>8 agosto</li> <li>9 septiembre</li> <li>10 octubre</li> <li>11 noviembre</li> <li>12 diciembre</li> </ul>
	<b>Día de ocurrencia del hecho</b>	período de tiempo estándar utilizado para los ciclos de días de trabajo y de descanso, que refiere la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	<b>cualitativo ordinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. lunes</li> <li>2. martes</li> <li>3. miércoles</li> <li>4. jueves</li> <li>5. viernes</li> <li>6. sábado</li> <li>7. domingo</li> </ul>
	<b>Hora de la agresión</b>	Cada una de las veinticuatro partes del día natural, que refiere la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	<b>cuantitativo discreto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 00.00 - 06.00 horas</li> <li>2 06.01 - 12.00 horas</li> <li>3 12.01 - 18.00 horas</li> <li>4 18.01 - 24.00 horas</li> <li>5 no consigna horas</li> </ul>




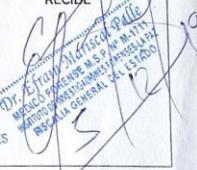
	<b>Estación del año</b>	cuatro periodos en los cuales ciertas condiciones climáticas se mantienen durante aproximadamente tres meses, que corresponde al día de la agresión	cualitativo ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. primavera</li> <li>2. Verano</li> <li>3. Otoño</li> <li>4. invierno.</li> </ol>
	<b>Estado mental</b>	estado de lucides que referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. consciente</li> <li>2. inconsciente bajo efectos de sustancias embriagantes</li> <li>3. no consigna</li> </ol>
	<b>Medio utilizado</b>	forma en que se realizó la agresión sexual referido por la presunta víctima al momento de ingresar al consultorio forense	cualitativo ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. amenaza verbal</li> <li>1. con arma u otro objeto</li> <li>2. golpe con manos o pies</li> <li>3. otro tipo de agresión</li> <li>4. posibilidad de que haya sido intoxicada</li> <li>5. fue atada</li> <li>6. despertaron con ropa</li> <li>7. despertaron sin ropa</li> </ol>
<b>Valoración del daño corporal</b>	<b>Lesiones</b>	Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un agente externo	cualitativo ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. erosiones</li> <li>1. excoiaciones</li> <li>2. equimosis</li> <li>3. equimosis digital</li> <li>4. Hematoma</li> <li>5. herida por objeto contuso</li> <li>6. herida por arma blanca</li> <li>7. herida por arma de fuego</li> <li>8. Sugilaciones</li> <li>9. Ligaduras</li> <li>10. Cicatrices</li> <li>11. Sin lesiones</li> </ol>



	<b>Hallazgos al examen del himen</b>	hallazgos de lesiones al examen de himen	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. himen no desflorado</li> <li>1. himen con desfloración antigua</li> <li>2 himen con desfloración reciente</li> <li>3 himen complaciente</li> <li>4. himen con signos de parto</li> <li>5. no permite el examen</li> <li>6 signos de infección de transmisión sexual</li> <li>7 signos de transmisión sexual</li> <li>8 desgarro del periné</li> </ul>
	<b>Hallazgos al examen anal</b>	Hallazgos de lesiones al examen de ano	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. ano sin signos de coito contra natura.</li> <li>1. ano con signos de coito contra natura reciente</li> <li>2. ano con signos de coito contra natura antiguo</li> <li>3 no evaluado</li> <li>4 análisis por biología forense</li> <li>5. análisis por genética forense</li> <li>6. no amerita por extemporáneo</li> </ul>
	<b>Estudios complementarios solicitados</b>	estudios de laboratorio forense para confirmar acto sexual	cualitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 análisis por biología forense y por genética forense</li> <li>1 análisis por genética forense</li> <li>2 no amerita por extemporáneo</li> </ul>

Fuente. Elaboración Propia, El Alto La Paz, 2020.

Anexo 3: Solicitud de autorización a la dirección del IDIF.

	<p>HOJA DE RUTA Nº 0001274</p> <p>DIRECCION NACIONAL IDIF FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO</p>	
<b>INGRESO</b>		
FECHA: 03-12-19	HORA: 15:30	CITE: M+J+D+T+EA-EMP/61/19
REMITENTE: <u>Dr. Efraim Marrascal</u>		
REFERENCIA: <u>Solicitud de revisión de los dictámenes periciales ante los durante la gestión 2019 en el IDIF con sede en la ciudad de El Alto</u>		
ADJUNTA: _____		
<b>IDIF (DERIVACIÓN)</b>		<b>DESTINO:.....</b>
<input type="checkbox"/> Enlace Administrativo <input type="checkbox"/> División de Medicina Forense <input type="checkbox"/> División de Laboratorio Criminalística <input type="checkbox"/> División de Laboratorio Clínico		<input type="checkbox"/> Secretaria IDIF <input type="checkbox"/> División de Recepción y Custodia de Evidencias <input type="checkbox"/> División de Investigadores Especiales <input type="checkbox"/> .....
<b>INSTRUCCIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> Procesar <input checked="" type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Archivo <input type="checkbox"/> P/Conocimiento <input type="checkbox"/> Procesar Previo Análisis <input type="checkbox"/> Favor Atender <input type="checkbox"/> Análisis e Informe <input type="checkbox"/> .....		
<p><u>autorizado</u></p>	FECHA: 3/12/19	FIRMA  RECIBE  Dr. Andres Flores Aguila DIRECTOR NACIONAL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
NUEVA INSTRUCCIÓN:		
	FECHA:	FIRMA
NUEVA INSTRUCCIÓN:		
	FECHA:	FIRMA

Anexo 4: frontis del instituto de investigaciones forense en la ciudad de sucre



Anexo 5: frontis del instituto de investigaciones forense en la ciudad de el alto



**CIUDAD DE EL ALTO**

## Anexo 6. Cronograma de Actividades (2021)

Las actividades de todo el estudio se realizaron a partir del mes de marzo de la gestión 2021.

### Gestión 2021

ACTIVIDADES	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre
curso de actualización									
Revisión bibliográfica									
Elaboración del plan de trabajo y autorización del .I.D.I.F.									
Revisión protocolo tutor									
Trabajo de campo									
Sistematización de la información									
Redacción del informe									
Revisión final del trabajo por el tutor									
Solicitud de revisión de tesis por el tribunal									





























