

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS
CARRERA DE DERECHO**



TRABAJO DIRIGIDO

**“NECESIDAD DE REGLAMENTAR LA AUTOPSIA
EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL”**

POSTULANTE : YANET LARREA RIVEROS

TUTOR : DR. ALDO ESPINOZA IRUSTA

La Paz - Bolivia

2010

INDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I.....	7
1.DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA.....	7
2.MARCO HISTORICO.....	9
2.1. LAS AUTOPSIAS EN BOLIVIA.....	11
3.MARCO CONCEPTUAL.....	13
3.1. TANATOLOGIA.....	13
3.2. CONSIDERACIONES SOBRE LA MUERTE.....	13
3.2.1. <i>Muerte Clínica</i>	16
3.2.2. <i>Muerte cerebral: (cese irreversible de las funciones encefálicas)</i>	16
3.3. ESTABLECIMIENTO DE LA CAUSA DE MUERTE.....	16
3.3.1. <i>Muerte Violenta</i>	17
3.3.2. <i>Muerte Natural</i>	17
3.3.3. <i>Muerte Sospechosa de Criminalidad</i>	17
3.4. SIGNOS Y RUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE REAL.....	18
3.5. FENÓMENOS CADAVÉRICOS.....	20
3.5.1. <i>Fenómenos cadavéricos Inmediatos</i>	20
3.5.2. <i>Fenómenos cadavéricos mediatos</i>	23
3.6. INHUMANACIÓN.....	26
3.7. EXHUMACIÓN Y CREMACIÓN.....	27
3.8. LA AUTOPSIA.....	27
3.9. TIPOS DE AUTOPSIA.....	28
3.9.1. <i>AUTOPSIA PSICOLOGICA</i>	28
3.9.2. <i>AUTOPSIA CLÍNICA</i>	29
3.9.3. <i>AUTOPSIA FETAL</i>	31
3.9.4. <i>AUTOPSIA JUDICIAL</i>	33
4.MARCO DOCTRINAL.....	34
5.MARCO JURIDICO.....	35
5.1. DISPOSICIONES LEGALES.....	36

CAPITULO II	38
1.PARTE PROPOSITIVA.....	38
2.OBJETIVOS.....	38
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	38
2.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	38
3.ASPECTOS METODOLOGICOS.....	38
3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	38
3.2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.4. NÚMERO DE ENCUESTAS.....	39
3.5. COBERTURA GEOGRÁFICA.....	39
3.6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	39
3.7. SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
4.ANALISIS DE DATOS.....	40
4.1. TRANSCRIPCIÓN DE DATOS	40
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	40
5.INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	41
6.PROPOSTA DE REGLAMENTACIÓN DE LA AUTOPSIA CLIMICAS	42
CAPITULO III.....	47
1.CONCLUSIONES	47
2.RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	

DEDICATORIA

A mis hijos, Stefanie, Eduardo, Enrique que son mi razón de vivir, por haberles quitado el tiempo de estar con ellos, mientras estudiaba esta nueva carrera.

AGRADECIMIENTO

A mis Padres y Esposo, por ser los impulsores que me brindaron su apoyo incondicional.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad con el desarrollo de nuevos procedimientos con tecnología cada vez más sofisticadas han conducido a una mejora sustancial en el diagnóstico clínico, pero a pesar de estas nuevas tecnologías, la autopsia se mantiene como instrumento más fiable para el diagnóstico médico de la causa de muerte.

El presente trabajo, se ha planteado un diagnóstico del problema, que en Bolivia existe un sub registro de la mortalidad, recurriendo a los datos estadísticos que son fríos y que sin embargo son los que sirven de indicadores en última instancia.

Entre los diagnósticos errados y la causa desconocidas de muerte suman el 60 % de diagnóstico que se deberían realizar una autopsia clínica.

La autopsia clínica se constituye un procedimiento importante para determinar la causa de la muerte, conocer las posibilidades de realizar este procedimiento tan beneficioso, cuando pretende descubrir nuevos tratamientos o simplemente confirmar los diagnósticos existentes de las causa de muerte. Es al derecho quien debe plantear la necesidad de contar con una reglamentación acorde con la dinámica del desarrollo científico de estos tiempos y la modernidad que trae nuevas enfermedades.

De la recopilación de información llegamos a comprender que no somos los únicos en querer desarrollar una propuesta ya existente en otros sistemas de salud. Pero al querer demostrar que existe la necesidad de contar con una reglamentación para este procedimiento en los hospitales, nos permite proponer la misma, desde el punto de vista jurídico.

CAPITULO I

1. DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA

La muerte es la cesación de la vida que genera obligaciones; por tanto este hecho legal requiere de un diagnóstico certero que consigne la enfermedad principal y sus complicaciones, principalmente la causa de este deceso.

En el país se observa la insuficiencia de datos para medir la tasa de mortalidad, existiendo un subregistro de la misma. La importancia, que tiene este hecho radica en que, existe un gran crecimiento de la población, lo que determina el desconocimiento de la real y verdadera magnitud del problema. En consecuencia, cualquier política, plan o programa de salud que se pretenda poner en práctica en el país, por organismos públicos o privados, al no contar con un registro estadístico cierto, se corre el riesgo de malgastar recursos humanos y materiales.

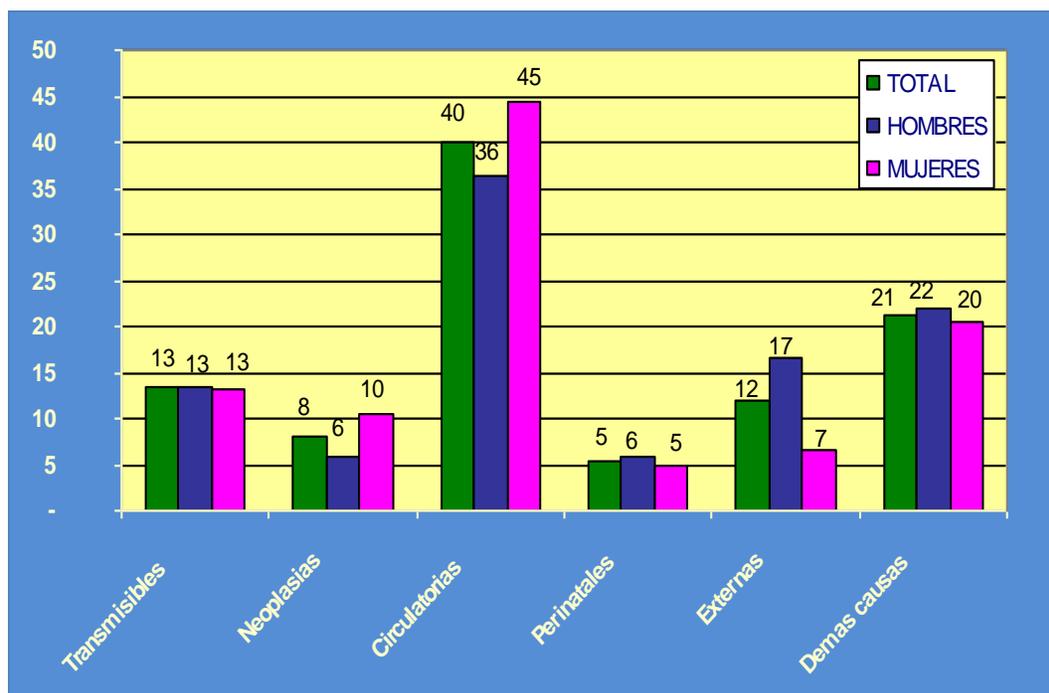
El Boletín Estadístico de Defunción (BED) es el documento, a partir del cual el Instituto Nacional de Estadística (INE) elabora el movimiento natural de la Población. En él se recoge la causa básica, inicial o fundamental de la muerte, la causa intermedia y la causa inmediata de fallecimiento desde el punto de vista clínico y sirve, entre otras cosas, de guía para orientar los programas de salud.

La revisión de esos datos demuestra que la totalidad de certificados de defunción tienen como diagnóstico final la causa básica de la muerte a un PARO CARDIORESPIRATORIO, hecho que no demuestra la historia natural de la enfermedad.

De los indicadores recopilado por el (INE – CELADI), la tasa de mortalidad general es 8,2 por mil habitantes.

DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD PROPORCIONAL TOTAL Y POR GENERO, SEGUN GRANDES GRUPOS, BOLIVIA 2005

Fuente. Elaboración propia



Del análisis del siguientes cuadro de la distribución de la mortalidad proporcional total y por genero según grandes grupo, en Bolivia, datos recogidos de INE 2005, sobre la situación de salud en Bolivia, se evidencia que la causa número uno de la muertes son las circulatorias (corazón y vasos sanguíneos) con un 40 %, de los cuales el 45 %, son mujeres entre las edades 40 a 45 años, seguidas de las demás causa que son el 21 %, este grupo no tiene una causa de muerte clara, las muertes por causas de enfermedades trasmisibles (infecto contagiosas), son el tercer grupo con 17 %, la muertes por causas extrañas son el cuarto grupo con un 12 %, las muertes por causas neoplasias están el quinto lugar 8 %, y por último las muerte por causas perinatales son el 5 %.

Estos resultados según la Organización Mundial de la Salud (boletín informativo 2009) son errados en aproximadamente el 25 % de los diagnósticos de causa de muerte.

Los abogados y teólogos han dejado el problema de la muerte en manos de los profesionales médicos, sin tener en cuenta que entre los mismos médicos existe discrepancia para determinar el momento de la muerte y sus causas.

2. MARCO HISTORICO

Las primeras Autopsias conocidas se realizaron en el siglo VI durante una epidemia de plaga en Bizancio, Italia en 1286, el monje mendicante Fray Calimben informó de una epidemia en gallinas, que al ser examinados, tenían absceso en el corazón. Cuando varias personas fallecieron, una de ellas fue autopsiada y se encontró un absceso en el corazón. Sin embargo, es claro que se pensó en una conexión entre la enfermedad de las gallinas y la muerte de los seres humanos.

El Renacimiento de los estudios anatómicos se inicia con autopsias y no con disecciones, los conocimientos de Galeno jamás se cuestionaron.

En Bolonia en el siglo XIV en la escuela más antigua de Derecho se efectuaron autopsias, por causas legales, antes que disecciones anatómicas.

En Europa hacia 1360, mediante Legislación Municipal se realizaron disecciones con cadáveres de criminales ejecutados.

En 1410 Piedra D'Argelada realizó la Autopsia del Papa Alejandro VI, pues éste murió en forma súbita y misteriosa en Bolonia. Los papas también permitieron la realización de disecciones; Sixto IV (1471 – 1484) y Clemente

VII (1523 -1534) autorizaron a las universidades de Bolonia y Padua a realizar disecciones con fines de enseñanza médica.

En 1533 Hernando de Sepúlveda y Rodrigo Navarro ejecutaron en La Española, ahora República Dominicana, se realiza la primera Autopsia del Nuevo Mundo; buscando saber si tenía una alma o dos, unos gemelos torácopagos para poder administrar uno o dos bautizos; en la autopsia se hallaron duplicados todos los órganos, excepto el hígado, que era uno solo, y esto justificó los dos bautizos administrados.

No es hasta que 1507, en la que se considero un procedimiento médico tras la publicación de “De Abditis Non Nullis Ac Mirandis Morbarun El Sanationun Causis” (sobre algunas causas ocultas y milagrosas de las enfermedades y su curación), por el médico florentino Antonio Benevieni (1443 – 1502). Posteriormente en 1543 Andrés Basilio publicó “Do Humani Corporis Fabrica”.

En 1671 a los 79 años Juan Bautista Morgagni, con más de 700 autopsias públicas su obra “De Sedibus Causis Morborum Anatomen indagatis” (Sitios y Causas de Enfermedad Investigada por Anatomía). Quien introduce un cambio conceptual de la autopsia estudiando los órganos en forma ordenada y minuciosamente, incluso con el microscopio, fue Rodolfo Virchow (1821-1902) publicando “Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf Physiologische und Pathologische Gewebe” (La patología celular basada en Histología Fisiológica y Patológica).

Finalmente en el Siglo XIX, los cirujanos volvieron a discutir “La Autopsia” como una forma de entender, a la historia natural de la enfermedad. Se considera al creador de esa patología como ciencia Kar Rokitansky (1804 - 1878).

2.1. LAS AUTOPSIAS EN BOLIVIA

En la época pre colonial los Collas tenían el concepto de que la vida humana continuaba con la muerte, reencarnándose o trasmigración del alma de allí en temor de cuidar el cuerpo embalsamados en chullpares.

En la época Colonial existía una Protocomedicato, que fungía como una supervigilancia de los médicos, parteras farmacéuticos, etc. El primero fue el Doctor Hernando de Sepúlveda, nombrado por el Virrey de Lima, posteriormente desautorizado por el Rey Felipe II, quien nombra al Doctor Francisco Sánchez de Renedo por Célula Real de 11 de Enero de 1570.

En los inicios de la República, no tenían gran interés para los facultativos, por existir problemas legales, sobre todos por factores económicos, se nombro a personas empíricas. Con la creación de los Colegios (Universidades); el 11 de Diciembre de 1825 se funda la Cátedra de Medicina con veinte alumnos huérfanos de la Revolución y doce indigentes entre 12 y 20 años solo debían saber leer y escribir. La enseñanza de la medicina duraba cinco años el ultimo se llevaba Medicina Legal y pública el primer Director Fue el doctor José Passaman, español de formación francesa, durante siete años, publicó varios trabajos sobre el suicidio, exhumaciones de cadáveres.

La Ley de 8 de Enero 1827 en su artículo 84 dispone que Médicos, debieran presentarse ante cualquier Juez como peritos, sin excusarse, bajo pena de multa o prisión. Un año más tarde el 9 de Febrero, el Mariscal de Ayacucho y su Ministro Facundo Infante en el artículos 15 al 22 indicaba en estos términos *“siempre que ingresen el Hospital, algún de mano violenta o airadamente, el facultativo sin perder momento, avisar al Juez”* para que el hecho sea esclarecido.

El Decreto de 8 de Abril de 1830, crea el Protomedicato Nacional, con sus Tribunal Nacional y sus tendencias departamentales, la reglamentación fue aprobada en 1834, establece la enseñanza de la Medicina legal en el quinto año.

El 11 de Julio de 1837, se dispone el reconocimiento para juzgar el grado de invalidez de las personas por dos facultativos, a falta de estos dos empíricos con experiencia.

El Decreto de 22 de Agosto de 1843, modifica el reglamento del Protomedicato, asignándole al tribunal nacional funciones específicamente funciones Médico Legales.

El 23 de Abril de 1859, Lima ante la necesidad de difundir los estudios Médico forense, regula la Academia de Práctica forense donde deben asistir los juristas.

La orden de Enero de 1893 establece que todos médicos sin excepción debían prestar un turno semanal, en los servicios forenses.

El 4 de Diciembre 1895 Mariano Bautista, cambia a los Protomedicatos por Tribunales de Médicos, que consta de tres Vocales y dos suplentes, nombrados por el cuerpo Médico de cada capital, asociado al Consejo Universitario. Se estableció que los Médicos Forenses eran auxiliares de la administración de Justicia en material criminal y están obligados a comparecer en cualquier momento el reconocimiento en Hospitales o en lugar donde exista heridos o maltratados.

La ley de 5 de Diciembre de 1906, pasa la responsabilidad a los médicos de sanidad Provincial, esta medida causa grandes problemas, es por ello que al año siguiente se dictan nuevas disposiciones, que son más coercitivas, con

reglamentación respectiva, el nombramiento era del Poder ejecutivo y establece un sueldo igual al Juez de Partido.

En la actualidad el Instituto de Investigaciones Forenses, cuenta con especialistas que dependen del Ministerio Público de la Nación, tiene como misión garantizar la Confiabilidad del análisis científico técnico de la autopsia, en caso que la ley los determine.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. TANATOLOGIA.

Es el estudio de la muerte, el cadáver y todos los problemas médico legales que se suscitan en relación a éstos.

Estudia:

- a) El levantamiento del cadáver
- b) Autopsia Médico legal y clínica
- c) Fenómenos cadavéricos inmediatos y mediatos
- d) Inhumación
- e) Exhumación
- f) Cremación
- g) Legislación Vigente

3.2. CONSIDERACIONES SOBRE LA MUERTE

La muerte es “el cese total y permanente de las funciones vitales” para Michel Huerta.

En 1920 Sydney Smith¹ señalaba acertadamente que “resulta casi imposible fijar el momento exacto de la defunción, por que cuando la muerte corporal o somática ha sobrevenido, es decir, cuando el individuo ha cesado de vivir como tal, todavía continúan viviendo sus células; y como algunas de éstas, lo mismo que ciertos tejidos, mueren antes que las otras, el comienzo de los fenómenos cadavéricos constituye un proceso gradual, cuyo desarrollo varía según el estado físico de los tejidos anterior a la muerte y según las condiciones externas a que el cuerpo queda sometido”.

Para algunos la muerte se produce con el cese de la función circulatoria (suspensión de los latidos cardíacos); para otros, la presencia de un electroencefalograma plano es prueba suficiente para la certificación de la muerte. Entre estos dos extremos se sitúa el concepto de muerte del Comité especial de la Escuela de Medicina de Harward quien con la denominación de “Definición del coma irreversible” estima que la muerte se produce por:

- a) Falta de circulación sanguínea (determinada mediante el examen de los vasos retinianos) o en la ausencia de actividad cardíaca,
- b) Inconsciencia total y falta de respuesta a los estímulos externos;
- c) Falta de respiración (comprobada tras una hora de observación o por la ausencia de movimientos respiratorios espontáneos cuando se para el respirador durante tres minutos);
- d) Ausencia de reflejos;
- e) Electroencefalograma plano.

Concordante con lo manifestado por Smith y con la “definición de Harward”, la asociación médica Mundial ha formulado la “declaración de Sidney” (1968) contenida en los siguientes términos: “Una dificultad es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, ya que la capacidad de los tejidos para soportar la falta de oxígeno es variable. Sin embargo, el interés clínico no reside en el estado

¹ Smith, S.: Medicina Forense, Pag. 1 Barcelona, 1926

de conservación de las células aisladas si no en el destino de la persona. En consecuencia, el momento de la muerte de diferentes células y órganos no tiene ni mucho menos la misma importancia que la certidumbre de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera que sean las técnicas de resucitación que puedan aplicarse. Esta conclusión debe basarse en el juicio clínico, completado en caso necesario por diversos instrumentos auxiliares de diagnóstico, de los cuales el más útil es actualmente el electroencefalógrafo.

De la misma manera, Christian Barnard, sostiene que “existe muerte cuando hay ausencia de actividad cerebral, inexistencia de reflejos nerviosos, falta de respiración, e inactividad involuntaria del corazón”.

El célebre cirujano cardiovascular Denton Cooley por su parte expresa que para que se declare muerto a un paciente tienen que darse dos condiciones: inactividad del pedúnculo cerebral (que controla la respiración) y cese la actividad cortical, es decir, de la función pensante del cerebro.

La muerte, no es un momento, es un proceso y, por lo tanto, no todos los sistemas vitales dejan de funcionar a la vez, aunque aceptemos legalmente que se produce la muerte, tras el cese de la función cardiocirculatoria, el ser vivo no respira y cesan las funciones neurológicas “*La cesación o extinción de las funciones vitales. Es el fin natural del proceso evolutivo de toda materia viva*” 2 Enciclopedia Jurídica Ameba, Ed. Driskil Bs. Argentina 1979:932.

En ocasiones se puede mantener la actividad cardiovascular y la actividad respiratoria de forma artificial, creando en ese caso dos formas de Diagnóstico de muerte.

Hechas estas consideraciones preliminares, veamos ahora cuáles son los signos de la muerte real definiendo primeramente que es la muerte real y que es muerte aparente.

Muerte real es el cese definitivo de todas las funciones vitales.

3.2.1. Muerte Clínica.

- a) Areflexiva: Ausencia de reflejos a todo tipo de estímulos
- b) Ausencia prolongada de respiración espontánea
- c) Ausencia de presión arterial y pulso
- d) Atonía (ausencia de tono muscular)
- e) Alteraciones pupilares
- f) Hipotermia
- g) Otras alteraciones vegetativas

3.2.2. Muerte cerebral: (cese irreversible de las funciones encefálicas)

- a) Estado de coma por causa conocida (criterio EEUU 1981)
- b) Ausencia de movimientos, observados por una hora (criterio de Harvard)
- c) Ausencia de movimientos oculares
- d) Ausencia de reflejos del tronco cerebral (criterio de Minnesota)
- e) Ausencia de respiración espontánea
- f) Electroencefalograma isoelectrico.

Muerte aparente es el cese pasajero (aparente) y muy corta (menos de 3 minutos) o la disminución apreciable reducidas al mínimo de las funciones vitales, las que en un momento determinado pueden volver nuevamente a su funcionalidad normal.

3.3. ESTABLECIMIENTO DE LA CAUSA DE MUERTE.

Desde la punta de vista de la Medicina Forense, podemos establecer legalmente tres tipos de muerte:

3.3.1. Muerte Violenta.

La muerte violenta se debe a un mecanismo exógeno al sujeto. La vida se interrumpe por un proceso no natural, generalmente obedece a un mecanismo traumático o fuerza extraña que irrumpe violentamente en el organismo. Agentes físicos: electricidad industrial o natural (rayo), por calor o por frío, por radiaciones, por presiones, por agentes químicos que si son por vía digestiva constituyen las intoxicaciones. Por agentes traumáticos (Heridas, contusiones, asfixia, sumersiones y estrangulaciones).

3.3.2. Muerte Natural.

Es aquella que aparece como resultado final de un agente morboso o patógeno, en el que no hay participación de fuerza extrañas al organismo. Las causas más frecuentes son tumorales, infecciosas, vasculares y degenerativas.

3.3.3. Muerte Sospechosa de Criminalidad.

Se da cuando surge la duda o la sospecha de que la muerte ha sido provocada por un criminal, en la cual hay traumatismos, o si los hay, son mínimos o dudosos para explicar el deceso. En este grupo esta la muerte súbita, la muerte por inanición, muerte por inhibición y la muerte por anafilaxia.

La muerte súbita es aquella que se manifiesta de modo brusco e inesperado en un individuo con aparente buen estado de salud y debe diferenciarse de la muerte repentina, que es aquella que sobreviene en forma brusca en un individuo que padece una enfermedad aguda o crónica conocida, cuyo desenlace fatal era de esperar. Entre las múltiples causas de muerte súbita tenemos: de origen Cardíaco, por ruptura de aneurisma, por epilepsia, por asma, de causa abdominal o la muerte súbita del lactante.

La muerte por inhibición es aquella que sobreviene ante un estímulo periférico relativamente simple y por lo común inocuo, su diagnóstico se hace por exclusión, la historia de un estímulo o traumatismo periférico mínimo, seguido de una muerte rápida y una autopsia confirma la triada diagnóstica.

La muerte por inanición se da como consecuencia de la privación de alimentos, su importancia médico legal reside principalmente en el estudio de niños y ancianos maltratados y en los protagonistas de huelgas de hambre.

La muerte por anafilaxia, es una severa forma sistémica de hipersensibilidad inmediata, clásicamente se habla de una inyección sensibilizante y una inyección desencadenante de la muerte.

3.4. SIGNOS Y PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE REAL.

Innumerables son las pruebas descritas para comprobar la muerte real; resumidas ellas son:

- 1) La “Prueba de Boudimir” modificada por Levasseur; consiste en la aplicación de una ventosa seca o escarificada (Levasseur) en el abdomen especialmente; se interpreta como signo de muerte cuando hay cambios de coloración en la piel.
- 2) “Prueba de Bouchut” se practica auscultando durante 20 minutos los cuatro cuadrantes. En el vivo se presenta una coloración violácea.
- 3) La focos cardíacos de auscultación; en caso de ausencia de ruidos durante ese lapso, se puede afirmar la muerte de la persona.
- 4) Para efectuar la “Prueba de Icard”, se inyecta por vía endovenosa una solución con los siguientes compuestos: fluoresceína 10 gramos, carbonato sódico 15

gramos, y agua destilada 50cc; en el caso de que la persona esté viva, se observa una coloración amarillenta en la piel, coloreándose de la misma manera la saliva orina y lágrimas. En el cadáver no aparece ninguna coloración.

- 5) La “Prueba de la cutirreacción” o signo de Comicis; se efectúa separando la epidermis con un bisturí y raspando ésta sin que haya lugar a una hemorragia; acto seguido, en el lugar del raspado se coloca un papel de tornasol rosa y se observa si ocurren cambios en la coloración. Si la persona en quien se ha practicado la reacción está viva, el papel de tornasol vira hacia el azul y si está muerta, no hay cambios en la coloración.
- 6) La “Prueba de Lecha-Marzo” consiste en la aplicación de un papel de tornasol en el fondo del saco de la conjuntiva ocular. Por acción de las lágrimas del cadáver el papel cambiará de color virando al rojo.
- 7) La “neumatoscopia de Icard” llamada también “reacción sulfhídrica de Icard”, se practica colocando un papel de acetato de plomo neutro delante de las fosas nasales del sujeto motivo de la investigación; el acetato de plomo neutro se ennegrece por acción de los gases de hidrógeno sulfurado que desprende el cadáver cuando la prueba es positiva; cuando es negativa no hay apariciones cromáticas.

Además de las pruebas enunciadas anteriormente, se han descrito muchísimas otras como la de “la cutirreacción físico – química” por la forcipresión; la “modificación del ph en el humor acuoso” del cadáver humano “la microscopía corneal”, etc.

Moderadamente se a propuesto otros signos y pruebas como la de Alexandre de Bruselas quien tienen el criterio siguiente: “un individuo está muerto cuando hay: midriasis bilateral completa, ausencia completa de reflejos - incluso en respuesta a estímulos muy dolorosos, ausencia de respiración espontánea durante cinco minutos

después de haber interrumpido la respiración artificial, caída de la tensión arterial, electroencefalograma plano”.

A estos signos añade Révillard otros dos, consistentes en: la interrupción de la circulación cerebral demostrada por angiografía y ausencia de reacción a la atropina.

Sprague propone para el diagnóstico de muerte: “la falta de reacción ocular a la introducción de 200 ml. De agua destilada en cada oído”.

Collins propuso una escala valorativa con puntuación de 0 a 3 referente a las siguientes actividades: “conciencia y actividad electroencefalográfica; excitabilidad refleja; movimientos musculares y capacidad motriz; respiración; circulación y latidos cardíacos”. Para valorar los índices de la escala, 3 corresponde a la plena actividad, mientras que 0 indica inactividad completa; un puntaje de 5 o menos se traduce con muerte inminente o presunta; mientras que un total de 0 es signo de muerte real.

En general, todos los signos y pruebas que acabamos de indicar, aisladamente, tienen escaso o poco valor para el diagnóstico de la muerte; en cambio, unidos y concordantes son definitivos para certificar la defunción.

3.5. FENÓMENOS CADAVERÍCOS

3.5.1. Fenómenos cadavéricos Inmediatos

Los fenómenos cadavéricos inmediatos, llamados ABIOTICOS, son las transformaciones que suceden en un cadáver por influencia del medio ambiente que rodea al mismo, están caracterizados por el enfriamiento, la rigidez, el espasmo y las livideces cadavéricas; los mediatos están representados por: la putrefacción y sus variaciones según el medio. Este fenómeno sucede a las horas o al día siguiente:

1) **Enfriamiento.**

Obedeciendo a la ley física y otras circunstancias complementarias (deshidratación, etc.) la temperatura del cadáver en las primeras horas desciende hasta equilibrarse con la del ambiente. “en el caso más frecuente en que el medio se halla a una temperatura inferior a la del hombre, éste se enfría normalmente, y tanto mas, cuanto mayor sea la diferencia entre su temperatura y la temperatura ambiente”.

Este fenómeno físico cadavérico comienza alrededor de las 4 o 6 horas, pudiendo adelantarse o retrasarse este proceso por: causas ambientales (baja temperatura del medio, exposición del cuerpo a la intemperie), causas propias del cadáver (estado de debilidad, enfermedad prolongada y senilidad) en el primer caso y; retrasarse en causas de fallecimiento por enfermedades infecto-contagiosas (meningitis, cólera, tétanos), excesivo calor ambiental, muerte súbita, etc.

2) **Rigidez cadavérica.**

A partir de las dos horas del fallecimiento (Hoffman, Lacassagne, Maschnka y otros) o un poco después (Sydney Smith, Strassman, Niderkorn y otros) – mas de tres horas - empieza el fenómeno caracterizado por el endurecimiento, fijación y acortamiento de los músculos denominado rigidez cadavérica; ésta se inicia en los músculos inferiores para terminar en los miembros superiores.

Las causas para la producción de la rigidez son:

- a) la coagulación post-mortem de la miosina (Bonnet, Arthus y otros);
- b) la deshidratación no vital persistente en el músculo (Leclercp).

3) **Espasmo Cadavérico.**

Este fenómeno mal llamado por algunos autores “rigidez precoz” se caracteriza por su aparición inmediata al fallecimiento y, es debido a lesiones del sistema nervioso central o del corazón. La persona fallecida adopta la posición que tenía en el momento de morir; por ejemplo: empuñando el arma contra la región temporal en los suicidas; el espasmo cadavérico tiene una gran significación médico legal y debe ser reconocido y diagnosticado por el perito en los primeros minutos ya que, al producirse la rigidez, ésta se confunde con aquel enmascarando el hecho ocurrido.

4) Livideces cadavéricas.

Con gran criterio ya Mata² indicaba que los fenómenos cadavéricos se suceden de la siguiente manera:

1. EL calor se apaga gradualmente;
2. Se desarrolla la rigidez cadavérica;
3. Disminuye el volumen del cuerpo;
4. El peso del cadáver es menor;
5. Aparecen livideces en las partes declives

De este último nos vamos a ocupar a continuación. Las livideces cadavéricas son acúmulos de sangre que se depositan por la acción de la gravedad en las partes declives del organismo (piel y órganos, especialmente) constituyendo en el primer caso las livideces cadavéricas o manchas hipostáticas cutáneas y en el segundo, las hipostasias viscerales. El momento de su instalación es variable, según diferentes autores ellas comienzan a formarse en los momentos consecutivos a la muerte o desde las cuatro a seis horas siguientes.

² Mata, P.: Tratado de Medicina y Cirugía Legal, Pág. 551. Tomo sEgundo. Quinta Edición. Imp. De Bailly-Bailliere. Madrid 1874.

Una vez que se han instaurado y ha transcurrido un cierto tiempo (de 18 a 24 horas), las livideces no desaparecen del sitio de su formación sin embargo, si el cadáver es cambiado de posición antes de las 15 horas pueden formarse nuevas manchas en los sitios de declive; como se comprenderá, el estudio de este fenómeno post-mortem es de singular importancia en la investigación médico legal.

3.5.2. Fenómenos cadavéricos mediatos.

3.5.2.1. Putrefacción.

La putrefacción señala Smith “es la alteración que en último se produce y que se manifiesta como una descomposición de los compuestos proteicos en sus mas simples elementos, asociada con el desarrollo de gasas fétidos y ciertos cambios de coloración”.

Este fenómeno mediato o tardío se produce por la acción de un sin número de microbios descritos desde antaño y que se clasifican en aerobios y anaerobios.

Al principio cuando comenzaron estos trabajos dice Thoinot³ al referirse a su obra, “se concedió extrema importancia a los aerobios, y en particular a los proteus, que se hallan constantemente en las materias en putrefacción.

Posteriormente se reconoció al colibacilo como uno de los agentes mas activos, haciéndosele atribuido un gran papel desde las investigaciones de Malvoz”. En los últimos tiempos se han modificado las opiniones y hoy se cree que los anaerobios tienen una acción más eficaz que los aerobios, cuya parte en el proceso es en realidad secundaria.

³ Thoinot, L.: Tratado de Medicina legal pág. 96. Trad. Española por W. Coroleu. 2da Edición. Tomo Primero. Sslvat Editores, SA Barcelona, 1927

Bienstock, en 1900 insistió en la importancia de un anaerobio intestinal, el *B coli putrificus*, agente activo en el ataque a las materias albuminoideas y en particular de la fibrina, a la vez que señalaba la acción de otro anaerobio el *clostridium foetidum*.

Tissier y Martelly (1902) descubrieron trece especies de microbios aerobios entre los cuales citan el *diplococus magnus*, el *b. gracilis putridus*, el *b. putrificus coli*, el *b. perfringens* y el *b. bifermentans sporogenes*".

Hoy se sabe que la putrefacción responde a la acción, principalmente de dos bacilos: el butírico de Grüber-bejerink que fermenta los hidratos de carbono y el bacilo putrífico de Bienstock-Klein que descompone las sustancias proteicas.

La marcha de la putrefacción presenta cuatro períodos diferentes que pueden ordenarse de la siguiente manera:

1er período.- Aparece la mancha verde en el abdomen y tórax; la epidermis se separa de la dermis y por a producción de gases se forman flictenas. El cadáver se hincha, sobre todo en la cara y escroto. La sangre adopta una consistencia espumosa por la formación de gases. El Hígado y el bazo se reblandecen.

2do período.- la pared abdominal se rompe debido a la distensión que producen los gases; subsiguientemente se hunde; los pulmones y el cerebro disminuyen su volumen (el cerebro se licuidifica).

3er período.- desaparecen las partes blandas de la cara, el hígado se presenta como una substancia negruzca parecida al alquitrán: los pulmones se colapsan.

4to período.- se caracteriza por la destrucción y desaparición de la piel y los músculos; el pene y los testículos desaparecen; el útero puede resistir la

putrefacción por mucho tiempo; los huesos libres de su envoltura muscular quedan al descubierto conservándose indefinidamente; los dientes resisten a la putrefacción debido a su esmalte protector.

3.5.2.2. Fauna cadavérica.

Hemos visto que la putrefacción se inicia por la acción de los bacilos de Grüber-Bejerink y de Bienstock-Klein; esta reducción de la materia orgánica continúa en los días y meses siguientes a cargo de una variedad de insectos que se suceden cronológicamente de acuerdo a sus especies constituyendo lo que se denomina “fauna cadavérica”.

3.5.2.3. Formas de putrefacción y variaciones según el medio.

La descomposición de la materia orgánica sufre variaciones de acuerdo a la temperatura ambiente y al medio físico en el que se encuentra el cadáver (sepulto o insepulto).

El calor acelera el proceso en varias horas en relación al tiempo normal; en nuestras observaciones hemos encontrado que en Río Azero, Muyupampa y Camiri, la descomposición se presenta casi a las 4 horas.

Por el contrario, el frío la retarda notablemente siendo aprovechada esta propiedad para conservar los cadáveres con fines didácticos. Nuestras investigaciones en Puna, Tarabuco y Chataquila nos demuestran que el fenómeno se inicia a las 20 horas aproximadamente.

En lo que se refiere al medio, es bien sabido que un cadáver a la intemperie (aire libre) se descompone más fácilmente que en el agua o en la tierra.

3.6. *INHUMANACIÓN.*

Es el acto en virtud del cual se da sepultura a un cadáver. Para la realización de este acto es necesaria la observancia de ciertas leyes, reglamentos y disposiciones municipales.

La primera disposición legal la encontramos en el art. 510 del código de 1834 que señala: “el que sin orden o permiso de autoridad legítima, encubra, entierre u oculte de cualquier manera el cadáver de una persona muerta o de una persona que haya muerto repentinamente, sufrirá prisión...”.

Por otra parte, el art. 61 de la Ley del Registro indica que: “ningún cadáver podrá ser enterrado sin que antes se haya hecho el asiento de su defunción en el Registro Civil del Distrito en que ésta ocurrió o del que se halla el cadáver; sin que la municipalidad del mismo distrito o sus agentes expidan la licencia de la sepultura, y sin que hayan transcurrido 24 horas desde la consignación en la certificación facultativa desde la consignación en la certificación facultativa; si la muerte aconteciera en la capital de departamento o de provincia y sección municipal o judicial donde existen médicos autorizados (conc. Art. 1523 del C.C.).

De lo anteriormente transcrito se colige que:

1. El certificado médico de defunción es la pieza imprescindible para la inhumación del cadáver.
2. Con dicho certificado se procederá al asiento de la partida en cualquier oficialía de Registro Civil.
3. La inhumación no podrá hacerse antes de las 24 y podrá prolongarse este término con autorización judicial.

3.7. EXHUMACIÓN Y CREMACIÓN.

La exhumación es un acto por el cual se extrae un cadáver de su sepultura ya sea con fines judiciales, administrativos o familiares. Cuando se trata de una exhumación por orden judicial, se busca generalmente a través de la autopsia, diagnosticar la causa de la muerte.

La exhumación por orden de una autoridad legítima, y el de la apertura que pasado el tiempo competente hagan los encargados de los cementerios públicos, conforme a los reglamentos o prácticas que rijan”.

Por lo que se refiere a la cremación, este es un acto por el que reduce a cenizas un cadáver por la acción del calor en hornos especiales.

3.8. LA AUTOPSIA.

La autopsia médico legal es un acto quirúrgico consistente en el examen externo e interno del cadáver dispuesto por Autoridad Competente con el objeto de determinar con exactitud científica las causas del fallecimiento de una persona.

La importancia de este acto médico legal esta grande, por que debe practicarse sistemáticamente, y de acuerdo con el resultado se podrá dar un dictamen, que es la causa de la muerte.

La exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida se denomina autopsia Psicológica. Se trata de hacer una evaluación después de la muerte, de cómo era la víctima en vida, su comportamiento y estado mental, tras una reconstrucción social, psicológica y biológica post mortem.

“Un fallecimiento no debe ser clasificado como suicidio hasta que se haya descartado cualquier otra posibilidad que lo explique”. Generalmente lo que falta es

el factor determinante, es decir, lo que acontecía en la mente de la víctima contemporáneamente con la hora de su muerte.

3.9. TIPOS DE AUTOPSIA.

3.9.1. AUTOPSIA PSICOLOGICA.

La autopsia psicológica es una pericia muy sofisticada y especializada, es un trabajo en equipo, junto a los criminalistas, criminólogos y forenses. Comienza en la escena de los hechos, ya que no sólo se pueden recoger huellas objetivables, evidencias físicas, sino las huellas psicológicas que quedan impresas en los espacios que habitó la víctima y en las personas de su entorno. Para el psiquiatra o el Psicólogo Forense, la escena de la muerte emite señales, sólo se trata de interpretarlas y de decodificarlas.

Se debe realizar un informe en términos probabilísticos pues se trata de una evaluación indirecta y de conclusiones inferenciales que cobran valor sólo al sumarse al resto de los elementos criminalísticos, policiales y forenses.

Existen diversos métodos para la sistematización de esta investigación.

Pero generalmente se utiliza el sistema de investigación usando en la escena los hechos, en los espacios abiertos, de tal manera que la investigación se realiza en torno al cadáver y en forma concéntrica, del centro hacia fuera. Se realizan las entrevistas de las personas más conocidas a las más alejadas en relación social, económica o afectiva de la persona investigada.

El método siempre va ser una variable del sistema de entrevista, pero para la presentación de los resultados, nosotros preferimos usar el sistema de “la estrella” de 4 puntas. Es una forma visible de presentar los resultados y resulta eficaz ante las personas que tienen relativos conocimientos de psicología o Psiquiatría Forense, permitiéndole ser el tamaño de la estrella en relación a los

resultados, ya que analiza los 4 puntos esenciales: la biografía, la personalidad, la letalidad y el estado depresivo, si existe.

Puntuándose cada uno de estos acápites, de manera tal que sean graficados en una punta de la estrella cada uno de ellos. Por ejemplo en el caso de la Depresión, van sumándose los puntos de manera tal que el tamaño aumenta y también aumenta la posibilidad de un suicidio en esa punta.

Surge, entonces, una estrella con 4 puntas grandes en el caso de una persona con altas posibilidades de suicidio. En el caso de una persona con pocas posibilidades de suicidio, las puntas son pequeñas o bien una de ellas puede ser grande y las otras pequeñas. De esta manera, la posibilidad de que la persona explorada haya cometido suicidio está en relación al tamaño de la estrella.

3.9.2. AUTOPSIA CLÍNICA

La autopsia clínica es la que se realiza en los Hospitales, puede ser de los pacientes ingresados en el propio hospital: autopsias clínicas hospitalarias, de pacientes provenientes de urgencias, domicilios o bien de otros hospitales.

La autopsia clínica es un procedimiento médico que emplea la disección, con el fin de obtener información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que surgió en vida el sujeto autopsiado. Recordando que la autopsia es “la última consulta del paciente”.

Los beneficios de la autopsia son múltiples: determina la causa de muerte, detecta posibles errores diagnósticos, permite la corrección de errores que sólo se ven a través de la autopsia y aporta información de las enfermedades nuevas y de las ya conocidas, además clarifica aspectos médico-legales en torno a la muerte.

3.9.2.1. OBJETIVO DE LA AUTOPSIA CLINICA

Las finalidades de la autopsia clínica son, entre otras, las siguientes:

- ✓ Determinar la naturaleza de la enfermedad (causa básica, inicial o fundamental), así como su extensión. Aunque hoy en día muchas enfermedades son diagnosticadas en vida por diferentes medios, algunos muy sofisticados (tomografía axial computarizada, resonancia magnética, biopsias estereotáxicas, isótopos radioactivos, etc), la autopsia corrobora, complementa, en ocasiones, modifica los diagnósticos iniciales.
- ✓ Determina el padecimiento fundamental que es sinónimo de causa básica, o causa inicial o fundamental de defunción, es decir “la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujo a la lesión fatal”.
- ✓ Investiga la causa inmediata de muerte y aquellos procesos contribuyentes. La causa inmediata de defunción es la enfermedad o condición que causó finalmente la muerte. La causa intermedia de defunción es la enfermedad o condición, si hay alguna, que ha contribuido a la causa inmediata. Puede existir otros procesos que contribuyan a la muerte, no relacionados ni desencadenados de la causa inicial o fundamental.
- ✓ Estudia los procesos secundarios o asociados y los accesorios. Los procesos secundarios al padecimiento fundamental (causa Básica o Inicial), a veces, pero no siempre, son los que coluden finalmente a la muerte (causa intermedia o inmediata). En la autopsia, por otra parte, es habitual encontrar pequeñas lesiones que no han dado lugar a ningún tipo de manifestación clínica. Constituyen accesorios, en tanto en

cuanto no han repercutido en la evolución del paciente ni han modificado la historia natural de su enfermedad, pero muchas veces si que tiene una extraordinaria importancia.

3.9.3. AUTOPSIA FETAL

La autopsia fetal hace referencia la practicada a un feto muerto en la fase fetal intermedia y en la fase fetal tardía. Y la autopsia perinatal, por la cual se entiende el estudio médico o forense del cuerpo de:

- a) Un feto mayor de 20 semanas de gestación o de 500g de peso;
- b) Un niño nacido muerto;
- c) Un niño nacido vivo y menor de 28 días de vida extrauterina.

En las autopsias fetales los criterios no son homogéneos en los Hospitales, lo cual dificulta, una vez más, comparar cuantitativamente la actividad de este tipo de autopsias. Seria deseable alcanzar un consenso para delimitar en los fetos lo que corresponde a biopsia y lo que es autopsia, aunque ambos campos se engloben dentro de una unidad de Patología Fetal donde se estudien las muestras biológicas fetales por un patólogo perinatal dentro de un equipo multidisciplinario.

3.9.3.1. CRITERIOS PARA LA AUTOPSIA FETAL

- a) **Criterio biológico:** el periodo fetal, según los criterios biológicos, comienza a partir de la 10 semana de gestación, cuando finaliza, a su vez, el periodo embrionario.
- b) **Criterio Temporal:** a partir del segundo trimestre de gestación. El segundo trimestre de gestación comienza a partir de la 12 semana de la fecha de

fertilización, pero esta fecha corresponde a la 14 semana desde el primer del último periodo menstrual normal (fecha menstrual), que es como se valora habitualmente la edad de gestación. Si se aplicara, pues, este criterio temporal, habría que considerar autopsias fetales, a aquellas autopsias de **fetos a partir de la 14 semana de gestación.**

- c) **Criterio de viabilidad:** las muertes fetales tempranas (menos de 22 semanas de gestación, de 500g o menos) corresponden a fetos que no son viable. Son, pues, abortos, siguiendo los criterios de la OMS y del Ministerio de Salud y deberían, por tanto, considerarse como biopsia o patología quirúrgica. La autopsia fetal haría referencia, según este criterio, a la práctica de un feto muerte en la fase intermedia y en la fase tardía.

- d) **Muerte fetal:** es la muerte anterior a la completa expulsión o extracción de su madre de un producto de concepción, con independencia de la duración del embarazo; la muerte es indicada por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra otras evidencias de vida, tal como latido de corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios.

- e) **Muerte fetal temprana (Aborto):** todas las muertes de fetos de menos de 22 semanas de gestación (corresponden aproximadamente a un peso de 500g. o menos). La duración de la gestación se mide el primer día del último período menstrual normal. Se considera feto viable aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500g. Si tiene menos de 500g, se considera aborto.

- f) **Muerte fetal intermedia:** fetos muertos con 22 o más semanas completas de gestación, pero menos de 280g. (su peso suele estar comprendido entre 500g y 1000g).

- g) Muerte fetal tardía:** muertes fetales con 28 semanas completas de gestación o más (el peso fetal es mayor de 1000g.). El Ministerio de Salud y Deportes considera fallecimiento fetal tardío a la muerte de un feto con seis o más meses de gestación (24 semanas o más).
- h) Aborto:** es la expulsión o extracción de su madre de un feto o embrión de menos de 500g de peso o 22 semanas de gestación (muerte fetal temprana) o cualquier otro producto de gestación de cualquier peso y específicamente determinado.

De forma preferente las autopsias fetales deben ser realizadas por un Patólogo especializado y por un Medico Forense.

Para todas las autopsias, el procedimiento indicado es el siguiente:

- Mientras se realiza la evisceración, toda la información obtenida es evaluada y se escribe un protocolo de autopsia que comprende: una correlación anátomo clínica, resumen de la historia clínica, registro de los pesos y medidas de los órganos, descripción microscópica y registro de las fotografías, radiografías, cultivos bacteriológicos y estudios especiales realizados, con sus resultados.

3.9.4. AUTOPSIA JUDICIAL

Es la sometida a la jurisdicción forense, independientemente de la procedencia (hospitalaria o extra hospitalaria). La Teratología forense es la suma de conocimientos técnicos y científicos con relación a la muerte.

Es una de la rama de la medicina forense que trata todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal, incluye la autopsia forense, el examen anatómico del cadáver, las transformaciones que sufre e investiga los vestigios, indicios y la evidencia física que los actos ilícitos dejan en el cuerpo.

En nuestro país, la realización de la Autopsia Judicial encomendada al Médico Forense (Funcionario del instituto de Investigaciones Forenses del Ministerio Público). Los médicos forenses deberán realizar sus funciones con total independencia e imparcialidad. No deben estar sometidos a ninguna forma de presión y deben ser objetivos en el ejercicio de sus funciones, especialmente en la presentación de sus resultados y conclusiones.

4. MARCO DOCTRINAL

La muerte como hecho jurídico es inevitable en la vida de la personas, acontecimiento natural en el ámbito del derecho que tiene el efecto de producir el fenómeno por el cual a un sujeto de relaciones jurídicas y de derechos, le sustituya o ingresa en su lugar otra persona, continuando inalterablemente el ejercicio de las relaciones que tenía el titular al difunto en idéntica situación jurídica, realizándose así el cambio subjetivo en la titularidad de los bienes patrimoniales.

Gaston May, afirma “ que la muerte pone fin a la personalidad da lugar a la sucesión, que significa la transmisión de derechos y obligaciones de una persona fallecida a favor de una o varias personas que le sobreviven, llamada también sucesión por causa de muerte.

Según Félix Paz indica “a diferencia de lo que ocurre en las otras ramas del derecho civil, para que opere la transmisión patrimonial o la sucesión hereditaria, es presupuesto fundamental y sine qua non que se produzca la muerte real, fisiológica o presenta de su titular”.

El concepto estadístico de defunción ha incorporado el criterio de defunción recomendado por la OMS. Por tanto, por defunción se entiende el fallecimiento de todo ser humano nacido vivo. Además, los nacidos vivos son pacientes de hospital y pertenecen, por tanto, en caso de fallecimiento a la categoría de “autopsias Clínicas”.

Dentro de la patología forense, certificar la cusa y la manera de la muerte constituye la principal responsabilidad del médico. Para tales efectos existen el certificado de defunción (ver anexo 1) y los formularios estadísticos de defunción.

Para fines judiciales, en la actualidad es llenados por los médicos tratantes ya que es un documento empleado para registrar detalles relevantes de una muerte y es también un certificado que especifica que la muerte de una persona si ocurrió.

Los formularios estadísticos de defunción tienen propósitos civiles y estadísticos como su nombre lo indica y el certificado de defunción tiene propósitos judiciales.

De un modo general, informa sobre la causa de muerte, sobre enfermedad, traumatismo o anormalidad que, sola o en combinación generó las causas de inicio de la secuencia de trastornos funcionales que, de forma breve o prolongada, han culminado con la muerte.

El certificado médico de defunción recomendado por la Organización Mundial de la Salud (ONS), consta de dos partes. La primera comprende las causas determinantes y la segunda las causas contribuyentes. Las causas determinantes consisten en la sucesión de causas y efectos que condujeron a la muerte.

5. MARCO JURIDICO

Dada la importancia de los procedimientos de autopsia adecuados. De la necesidad de que la investigación, descripción, documentación fotográfica y toma

de muestras, deben seguir principios médicos y científicos, uniformes y simultáneamente que cumplan las exigencias y trámites judiciales no sólo nacionales sino en el nivel internacional. El modelo de protocolo se preparo siguiendo, el Modelo de Protocolo de Autopsia de las Naciones Unidas, ratificado en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, La Recomendación Número 99/3 del Consejo de Ministros delos Estados Miembros de la Comunidad Europea, para la armonización metodológica de las Autopsias Médico Legales, de 2 de Febrero de 1999, tras la 658 reunión de los delegados Ministros del Consejo de Europa, la “ Guía para la identificación de víctimas en caso de desastre”, adoptada por la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL) en su Asamblea General de 1997, el Protocolo de Estambul, Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Naciones Unidad 2001 y el Reglamento de Cadáveres, Autopsias, necropsia, traslados y otros de nuestro país.

5.1. Disposiciones Legales

La Constitución Política del Estado, en el artículo 36, párrafo II, indica “ El estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

La ley 3131, del Ejercicio del Profesional Médico, en el artículo 4, define, al acto médico como toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

El Decreto Supremo 28562 reglamenta la ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico en el Capitulo II, articulo 4, establece lo que es norma, protocolo y guía técnica.

El Código de Salud Vigente en el Capítulo IX de los cadáveres, en artículo 71. Establece la Autopsia Médica en todos los establecimientos Públicos y Privados del país previa autorización de la Autoridad de Salud.

El Código Civil en su artículo 2, párrafo I “La muerte pone fin a la personalidad”, de este hecho jurídico tan importante solo se requiere la partida de defunción, para que tenga efectos jurídicos, como el de la sucesión el artículo 1000, coincidiendo con el concepto, nos refiere que “ La sucesión de una persona se abre con la muerte real o presenta” . Por lo tanto este hecho jurídico que permite dar inicio a la transmisión del patrimonio de persona en toda su universalidad debe certificarse correctamente.

El Decreto de 23 de Marzo de 1982 es el Reglamento de Cadáveres, Autopsias, Necropsias y traslado y otros, con disposiciones que regulan el procedimiento para efectuarlos .En la actualidad existe mucha confusión en que casos se realizaría la autopsia clínica.

CAPITULO II

1. PARTE PROPOSITIVA.

La parte propositiva pretende dar respuesta a la Necesidad de Reglamentar la Autopsia en los Hospitales de Tercer Nivel, para lo cual se consideran un conjunto de aspectos metodológicos

2. OBJETIVOS.

2.1. *Objetivo General*

Descripción del estado actual del conocimiento y su importancia de la Autopsia Clínica.

2.2. *Objetivo Especifico.*

Contar con los elementos necesarios para proponer un anteproyecto de reglamentación de la Autopsia en los Hospitales de tercer nivel.

3. ASPECTOS METODOLOGICOS.

3.1. **Metodología de investigación**

Dada la naturaleza de la encuesta, los objetivos fijados, el tiempo, se considero el método más apropiado la encuesta por muestreo.

3.2. *Instrumento de Investigación.*

La encuesta tiene preguntas cerradas.

3.3. *Unidad de investigación.*

Constituida por Mujeres y Varones de diferente grupo etario, con grado de instrucción diferente.

3.4. *Número de encuestas.*

El número de encuestas fue determinado en función al tiempo disponible, alcanzando a 354 personas. (Ver Anexo 7)

3.5. *Cobertura geográfica.*

La encuesta se realizó en la Ciudad de la Paz en los centros Hospitalarios:

Hospital de la Mujer

Hospital de Clínicas.

Hospital Obrero

Hospital Juan XXIII

Hospital del Niño

Hospital Boliviano Coreano (Alto)

Hospital Holandés (Alto).

Instituto Gastroenterología

Cementerio General.

3.6. *Características de la Muestra.*

La Muestra es representativa.

3.7. *Sistema de recolección de Datos.*

Las Diferentes etapas en la elaboración de los datos fueron: revisión de las encuestas, codificación, revisión.

4. ANALISIS DE DATOS.

4.1. *Transcripción de datos*

La tabulación se realizó en Excel, para luego transcribir a Word.

4.2. *Análisis e interpretación*

Cuadro 1. Ver Anexo 1

Es la población encuestada el 52 % son mujeres y el 48 % son Varones.

Cuadro 2 Ver Anexo 2.

Los datos obtenidos permiten considerar a las personas encuestadas el conocimiento de la Autopsia, el 79 % conoce y sabe de su importancia, el 18 % conoce y el 3 % no conoce.

Cuadro 3. Ver Anexo 3

Determina si aceptarían que se le realice la autopsia a un familiar, es decir el la aceptación de la reglamentación.

El 54 % acepta y el 39 % no acepta.

Cuadro 4. Ver Anexo 4

La población encuestada aceptaría este procedimiento, en los siguientes casos:

1. 33 % En muertes por homicidios
2. 34 % En muertes por mala praxis
3. 14 % en suicidios
4. 7 % En muerte Natural
5. 5 % En muerte por accidentes.
6. 6 % En todas las muertes
7. 3 % No Sabe.

Cuadro 5. Ver anexo 5.

Determina si confían en el Informe de la Autopsia, el 41 %, indica que no y el 47 %, indica que si confía en el informe.

Cuadro 6. Ver Anexo 6.

En cuanto a si consideran que el personal esta capacitado, respondieron el 47 %, cree que los profesionales están capacitados para realizar este procedimiento y el 40 % cree que no esta capacitado para este procedimiento y el 3 % no respondieron la pregunta.

5. INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Como resultados de la encuestas indicaremos que la mayoría de los encuestados, personas comunes y corrientes si sabe lo que es una autopsia, además permitirían que se le realice una autopsia a sus seres queridos, por indicación medica, es decir se así lo considera el servicio médico.

Los encuestados consideran que no solo en problemas judiciales se debe realizar una autopsia, también se debe realizar en los centros Hospitalarios, para determinar la causa de la muerte.

Un resultado importante que muestra la encuesta es que, no se cree en la imparcialidad del informe versus la capacidad de profesional del médico, que reconocen la capacidad para realizar la Autopsia Clínica

6. PROPUESTA DE REGLAMENTACIÓN DE LA AUTOPSIA CLIMICAS

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1.

La presente Reglamentación regula la Autopsia clínicas exclusivamente dentro del Territorio Nacional.

ARTICULO 2.

- I. La autopsia Clínica, tiene por objeto principal la confirmación de la causa de la muerte y el estudio clínico de la misma.
- II. La Autopsia Clínica determina o corrobora la naturaleza de la enfermedad (causa básica, inicial o fundamental), así como su extensión.
- III. La Autopsia Clínica corrobora, complementa puede modificar los diagnósticos iniciales de causa de muerte

ARTICULO 3. La Autopsia Clínica es el examen realizado sobre cadáver de una persona fallecida a causa de una enfermedad.

ARTICULO 4. El ministerio de Salud acreditará al centro Hospitalario para realizar la Autopsia Clínica.

CAPITULO II

ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTICULO 5. La Autopsia Clínica se aplica en los siguientes casos:

- a) Muertes en la que la Autopsia pueda ayudar a explicar las complicaciones médicas existentes.
- b) Todas las muertes en las que la causa de muerte o el diagnóstico principal (Padecimiento fundamental) no sea conocido con razonable seguridad.
- c) Casos en que la Autopsia pueda aportar a la familia o al Centro Hospitalario.
- d) Muertes no esperadas o inexplicables tras procedimientos diagnósticos o terapéuticos, médicos o quirúrgicos.
- e) Muertes de pacientes que han participado en Protocolos Hospitalarios.
- f) Muertes aparentemente naturales no esperadas o inexplicables, no sujetas a la jurisdicción forense.
- g) Muertes por infección de alto riesgo y enfermedades contagiosas.
- h) Todas las muertes perinatales y pediátricas.
- i) Todas las muertes obstétricas.
- j) Muertes por enfermedad ambiental u ocupacional.

- k) Muertes de Donantes de órganos en los que se sospeche alguna enfermedad que pueda repercutir en el receptor.
- l) Muertes ocurridas en las primeras 24 horas del ingreso en el Hospital y/o en aquellas que pudieran estar influidas por su estancia hospitalaria.

ARTTICULO 6. Las autopsias clínicas Hospitalarias son de los pacientes ingresados, desglosados por Unidades o Servicios.

ARTICULO 7. Las autopsias clínicas de pacientes no ingresados en el hospital (urgencias, Hospitalizaciones Domiciliaria, centros de Salud).

ARTICULO 8. Se realizará autopsias clínicas de otros hospitales de primer nivel y segundo nivel.

CAPITULO III

DE LA AUTORIZACIÓN

ARTICULO 9. Para efectuar una Autopsia Clínica, se precisa la Autorización los parientes más próximos: esposa, o esposo, padre o madre, hijo o hija, o persona responsable de la persona fallecida.

ARTICULO 10. En caso de no contar la persona fallecida con familiares responsables, se pedirá autorización del Director del Hospital.

ARTICULO 11. La autopsia debe constar en dos lugares: en la historia clínica y el formulario de solicitud de Autopsia.

CAPITULO IV

DEL PERSONAL RESPONSABLE

ARTICULO 12 El responsable de la realizar la Autopsia Clínica es El Patólogo con especialidad de forense, del Centro Hospitalario con especialidad en el área.

ARTICULO 13. El informe lo presentara ante el Jefe de Servicio o médico tratante para que consigne el Certificado de Defunción.

ARTICULO 14. La Autopsia Clínica se realizara como el último acto médico cumpliendo todos derechos del paciente a ser tratados dignamente, respetando las creencias y valores étnicos y culturales.

ARTICULO 15. La Autopsia Clínica tendrá un Protocolo aprobado en instancia pertinente, de acuerdo al Centro Hospitalario.

ARTICULO 16. Los patólogos forenses, están obligados a guardar el secreto de los resultados de la autopsia.

CAPITULO V

DEL INFORME DE LA AUTOPSIA CLIMICA

ARTICULO 16. Dicho informe debe ser:

- a) Completo y detallado, comprensible y objetivo.
- b) Claro y comprensible no solo para los médicos, sino también para las personas interesadas.

- c) Escrito con secuencia lógica, bien estructurada y con facilidad para referirse a sus diversos aparatos o sistemas.
- d) Legible y perdurable en protocolo.
- e) Lugar donde se ha realizado la autopsia, nombre del cadáver, persona que lo realiza día u Hora.
- f) Diagnóstico de la realidad de la muerte.
- g) Descripción del examen externo de cuerpo (cabeza, tórax, abdomen, miembros).
- h) Descripción de los órganos internos, posición, aspecto general, lesiones, etc.
- i) Líquidos y porciones de órganos que se han reiterado para exámenes.

CAPITULO III

1. CONCLUSIONES

De todo lo revisado y analizado llegamos a la conclusión de que la Autopsia Clínica es de gran interés que se detallan a continuación:

1. El 40 % de los bolivianos, se muere por problemas circulatorios. En un 25 %, delos diagnósticos de causa de muerte son erados.
2. El Código de Salud estable la autopsia clínica, pero no indica en que casos o momento se realizara, hasta la fecha no existe solicitudes de autopsias.
3. El Reglamento de cadáveres, autopsias, necropsias y su traslado, son disposiciones que regulan el procedimiento para efectuarlo. Esta reglamentación no hace una diferencia clara y precisa entre autopsia clínica y las judiciales, también es de hacer notar que no cuenta con una reglamentación con relación a los médicos forenses, que practican la Autopsia.
4. La Autopsia Clínica determina la Causa básica, inicial o fundamental, que es la naturaleza del tipo de enfermedad, es decir, “La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violenta que produjo la lesión fatal”, y su extensión.
5. La Autopsia Clínica investiga la causa inmediata de defunción; es la enfermedad o condición que causó finalmente la muerte.

6. Proporciona diagnósticos de la causa intermedia de muerte, que son aquellos procesos contribuyentes. Es la condición o enfermedad que causo finalmente la muerte, o la que ha contribuido a la causa inmediata.
7. También determina si existe otros procesos patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero que no están relacionados con la causa directa o fundamental del fallecimiento.
8. El Instituto Nacional de Estadística (INE) elabora el movimiento natural de la población. En él se recoge la Causa básica, inicial o fundamental, la causa intermedia y la causa inmediata del fallecimiento desde el punto de vista clínico y sirve, entre otras cosas, de guía para orientar los planes de salud de la población. Estamos convencidos de que en la cumplimentación del certificado de Defunción y del Boletín Estadístico de Defunción, que actualmente realiza el médico clínico, debería intervenir el médico anatomopatológico, una vez realizada la Autopsia. De esta manera, los datos consignados en el Certificado de Defunción y en el Boletín Estadístico de Defunción adquiere mayor fiabilidad.
9. El informe del Anatomopatologo debe ser remitido al Jefe de servicio o médico tratante, del servicio correspondiente, que servirá para extender el certificado de defunción, que deberá reunir los requisitos legalmente establecidos para el efecto.
10. De las cuatro causas de defunción que pueden figurar informadas en el boletín de defunción (Inmediata, intermedia, inicial y otros procesos) se selecciona, para ser codificada, la causa básica, según las reglas de selección establecidas por la revisión de la CIE de la OMS.
11. Estudia los procesos secundarios o asociados y los accesorios. Los procesos secundarios al padecimiento fundamental (causa básica o inicial) a veces, pero no siempre, son los que conducen finalmente a la muerte (Causa intermedia o Inmediata).

12. En las Autopsia en general es habitual encontrar pequeñas lesiones que no han dado lugar a ningún tipo de manifestaciones clínica.
13. En todas las autopsias, si se estudian cuidadosamente, aparecen varias lesiones, que constituyen hallazgos accesorios, en tanto en cuanto no ha repercutido en la evolución del paciente ni han modificado la historia natural de su enfermedad, pero muchas veces si que tienen una extraordinaria importancia desde el punto de vista epidemiológico o patológico. Si no fuera por la autopsia pasaría totalmente desapercibidos.
14. La Autopsia correlaciona signos y síntomas clínicos de la enfermedad con los hallazgos morfológicos terminales, ejercicio que cobra especial relevancia en las sesiones anatomoclinicas que se realizan los diferentes Servicios del Hospital con el de Anatomía Patológica. La autopsia se erige con las actividades del Comité de control de Calidad asistencial, junto con las actividades del Comité de Mortalidad, uno de cuyos miembros debe ser un anatomopatólogo.
15. Comprueba, los resultados de la terapéutica médica o quirquincha. El arsenal terapéutico, tanto como quirúrgico, disponible en la medicina científica actual es muy variado y eficaz, no exento, sin embargo, de efectos colaterales o secundarios. Una manera de comprobar la eficacia de estos recursos terapéuticos y de ver sus posibles efectos secundarios es precisamente en la sala de autopsias.
16. Investiga, en su caso, aquellas enfermedades contagiosas, hereditarias o transmisibles. A pesar de los avances de la medicina experimentados en los últimos años, queda mucho camino por recorrer. Surgen, además nuevas enfermedades, algunas de origen viral como el SIDA. Otras, aún enigmáticas en determinados aspectos, como las encefalitis por los virus lentos o priones. En fin,

lesiones tumorales con determinadas carga genética, transmisible de padres a hijos, que se ponen de manifiesto únicamente al realizar la autopsia.

2. RECOMENDACIONES

Con presente monografía daremos las siguientes recomendaciones:

1. Crear conciencia en la población de la Autopsia Clínica tiene gran importancia para un diagnóstico de causa de muerte más fiable.
2. En lo referente a la reglamentación, esta puede ser perceptible a mejoras y es necesario conocer su alcance y su aplicación.
3. Los pacientes tienen derecho a ser informados sobre los procedimientos a realizarles y los beneficios de los mismos, de igual manera se debe informar sobre la autopsia clínica.
4. Los Hospitales deben actuar con responsabilidad brindándole la oportunidad al paciente, familiares, la veracidad de la historia natural de la enfermedad.
5. Un certificado de defunción que tiene como fuente a la Autopsia, es un certificado con todos los datos correctos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALVAREZ DE TOLEDO, R. 1943 La muerte súbita desde el punto de vista médico forense. Manuales de Medicina Práctica. Ed. Salvat. Barcelona.
- ANDERSSON RE, 1984. The autopsy as an instrument of quality assessment. Arch Pathol Lab. Med.; 108: 490 – 493.
- BAKER R.; 1969. Técnicas de Autopsia. México. Ed. Interamericana.
- BONNET E, 1978 “Medicina Legal “(Segunda edición) Ed. López Libreros editores.
- DOMINICI A. (2005) La Medicina Legal y la responsabilidad Penal. Otras anotaciones de la medicina Forense en la búsqueda de las pruebas. Editorial Infojurídicas. Caracas.
- GUTIERREZ L. (2002), Manual De Ciencias Forenses Y Criminalística. Edit. Trillas Venezuela.
- HUERRTA M. (1999) Medicina Legal imprenta Universitaria Sucre Bolivia
- I Congreso Internacional de Criminalidad y Seguridad de las Fuerzas Armadas Policiales del Estado Lara (2004), UFT-FAP- LARA.
- KAVIKO (2005), Antecedentes históricos de los procesos por responsabilidad profesional médica y la mala praxis en el ejercicio de la medicina legal, PONENCIA presentada ante la Asociación Latinoamericana de Medicina Legal y Deontología

Médica e Iberoamericana de Ciencias Forenses. Suplemento de Derecho Medico. Argentina.

- MATA P: Tratado de Medicina y Cirugía Tomo segundo Barcelona.

- NUÑEZ A. (2005) La Autopsia. Editorial GTZ Bolivia.

- PABÓN R. (1997), La Necropsia como hecho de Prueba pericial en delito de Homicidio, Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para optar al título de Abogado en la UMSA.

- PAZ ESPINOZA (2002) Derecho de Sucesiones Mortis Causa 5ta Edición Ediciones San José.

- PÉREZ S. (2005) La Prueba en el Proceso Penal Acusatorio- 2da Edic. Editorial Vadell Hermanos. Caracas.

- QUIRÓZ (2002), la medicina legal. Sitio Web. Federación internacional de Medicina Legal. Disponible en://www.fedeinter_medicinalegal.gov.arbicokasa

- RIERA A. (2005), Responsabilidad Medica Mala-Praxis- Edit. Trilla.

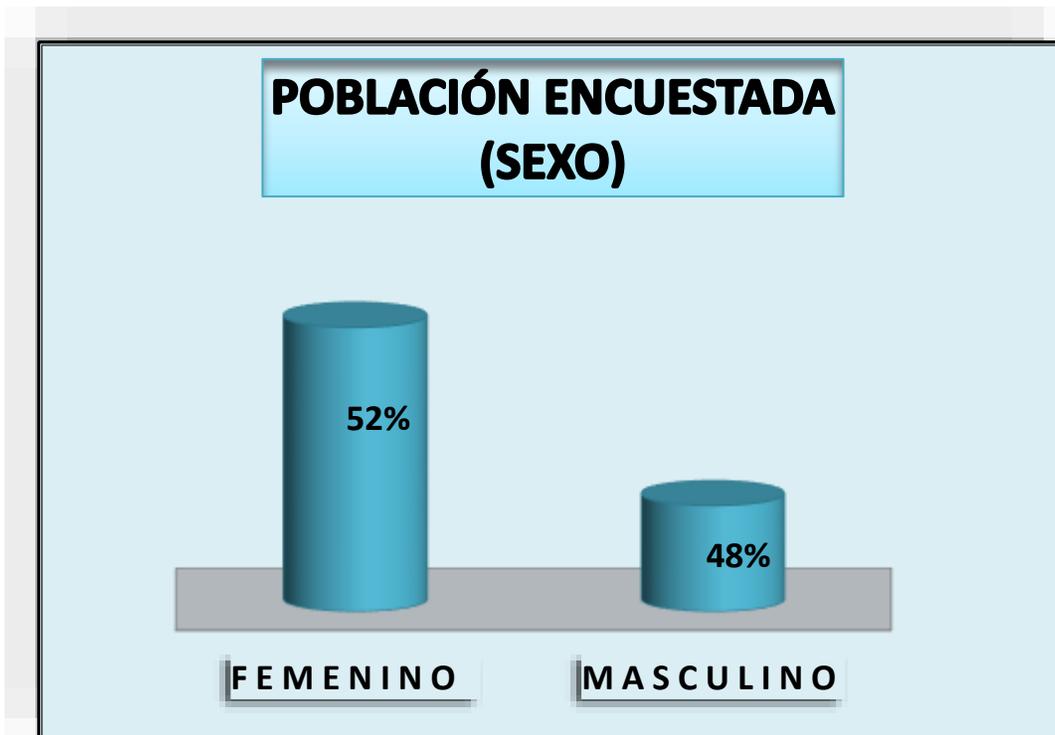
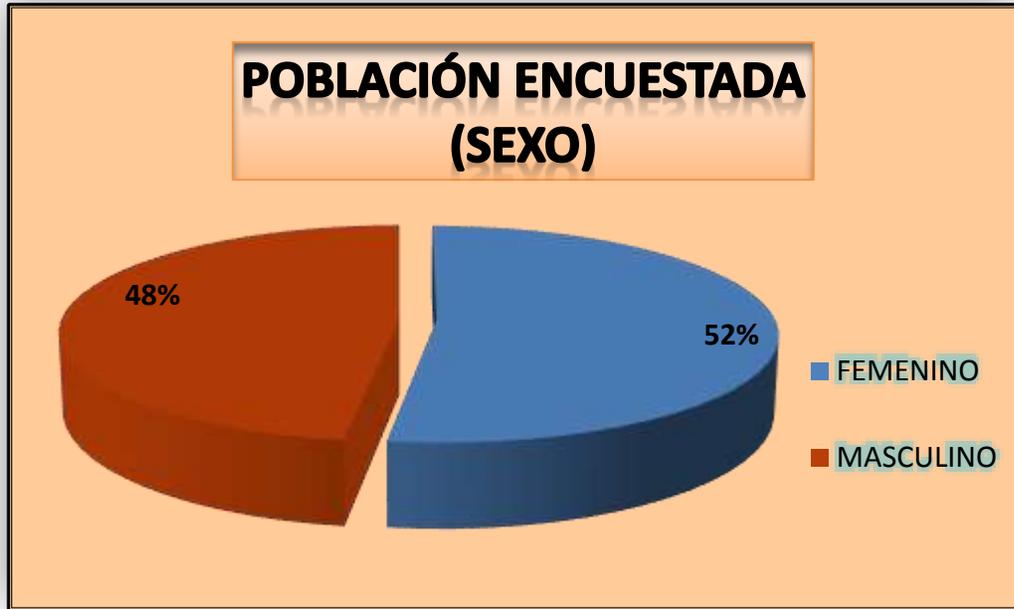
- THOINOT L. Tratado de medicina legal. Segunda edición editores S. A. Barcelona 1927.

- SMITH;S Medicina Forense Barcelona 1927

AMERIS

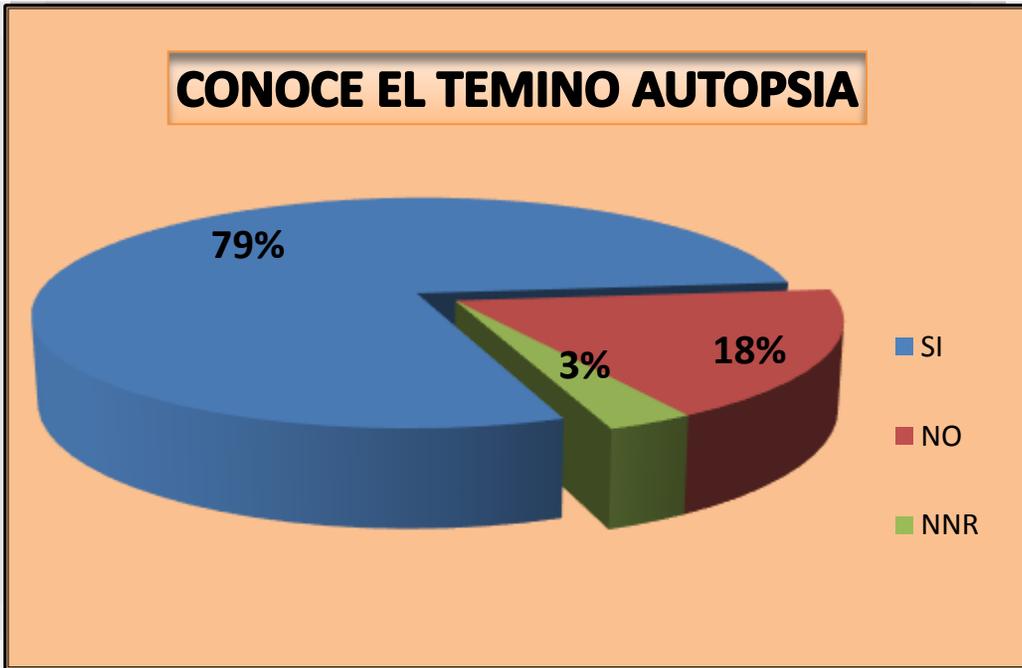
CUADRO 1

ANEXO 1



CUADRO 2

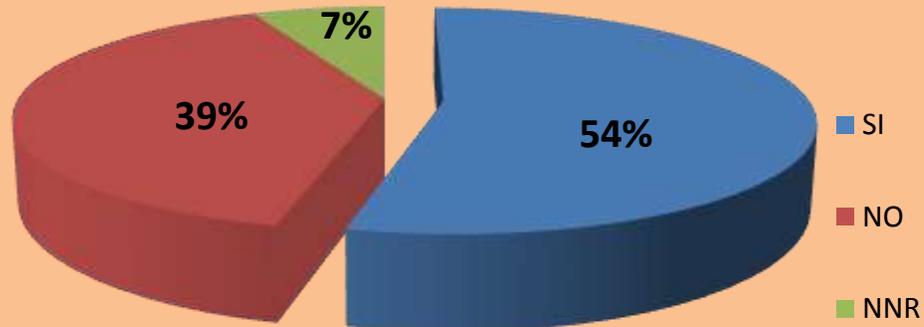
ANEXO 2



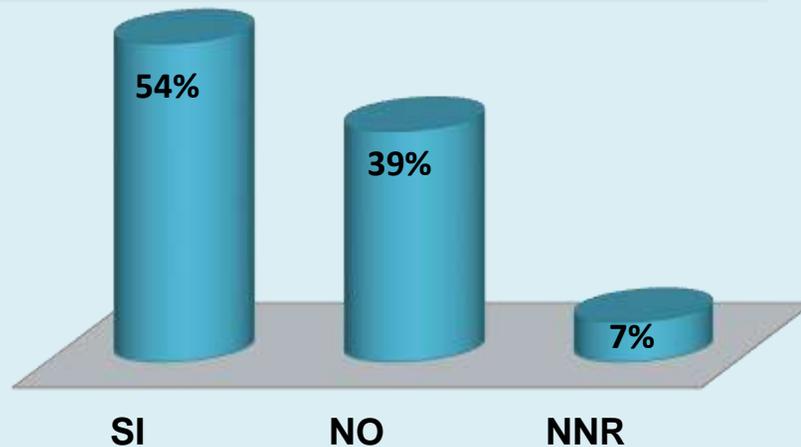
CUADRO 3

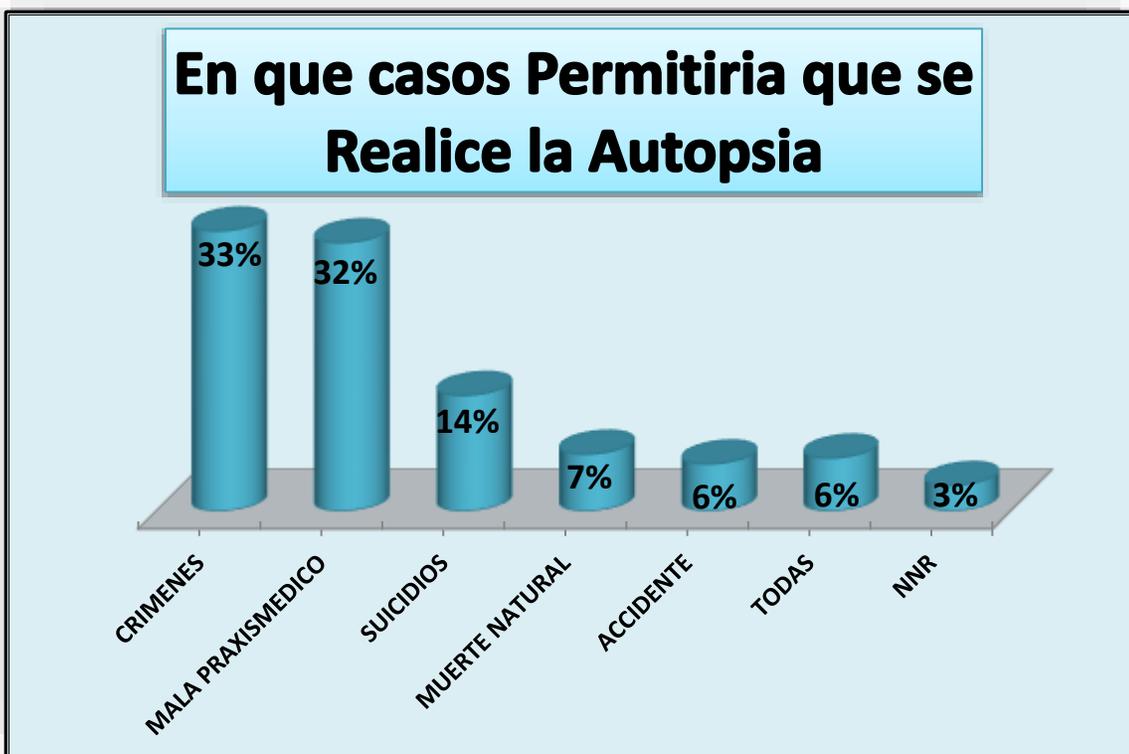
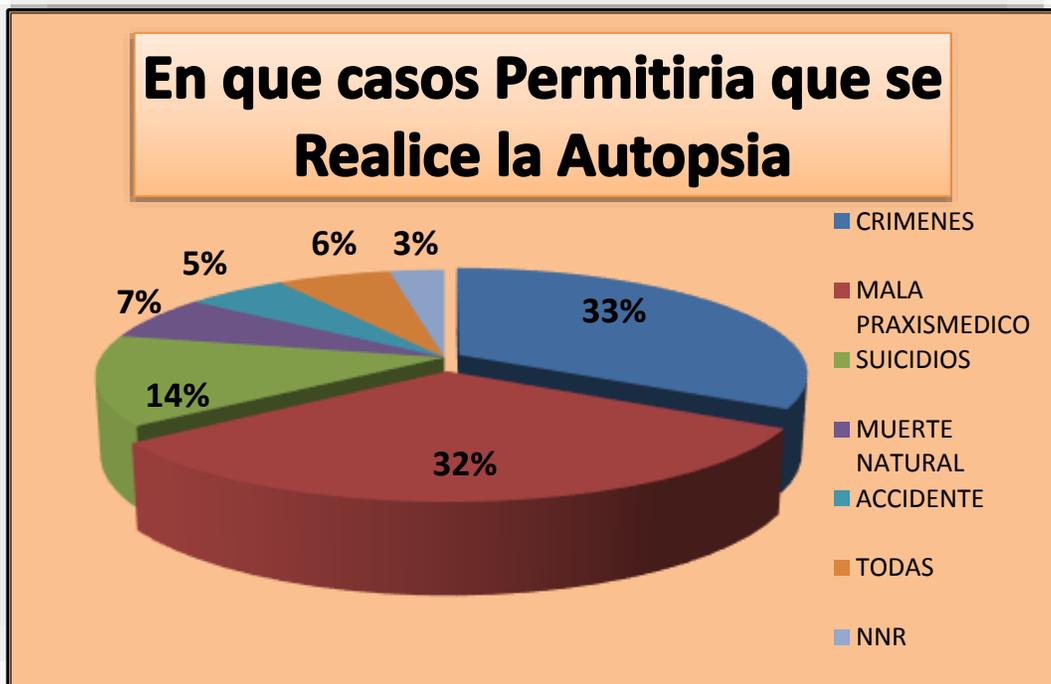
ANEXO 3

Permitiria que se Realize una Autopsia a un Familiar



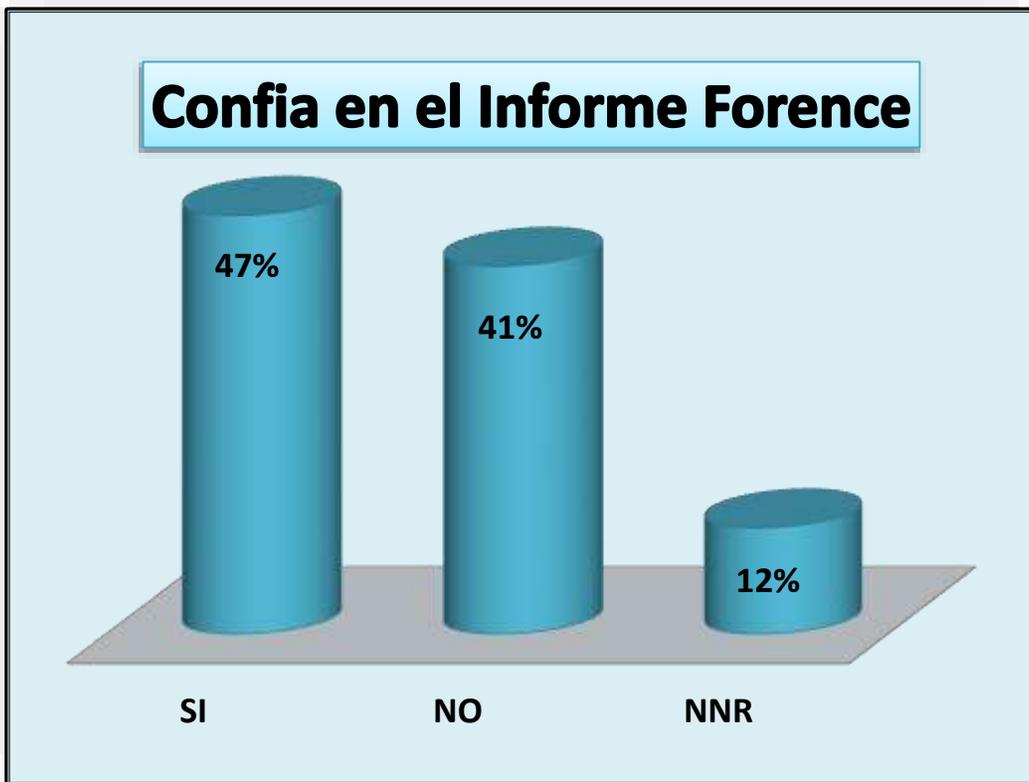
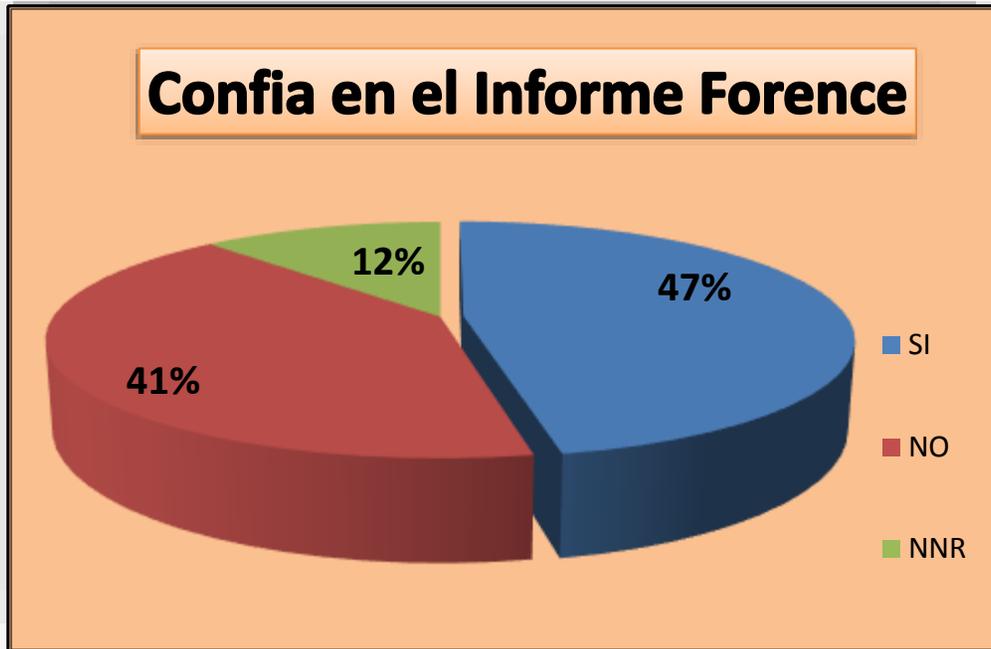
Permitiria que se Realize una Autopsia a un Familiar





CUADRO 5

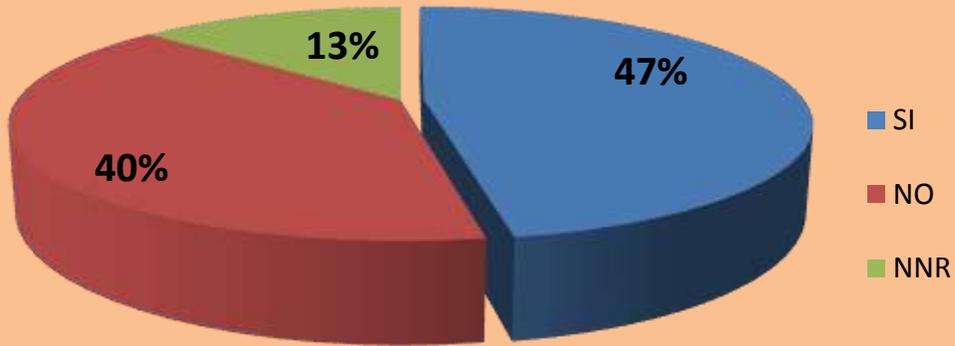
ANEXO 5



CUADRO 6

ANEXO 6

Esta Capacitado el Personal Médico



Esta Capacitado el Personal Médico

