

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



Identificación de características asociadas a muerte violenta del sexo femenino en los períodos marzo 2014 – marzo 2016, Morgue Judicial, La Paz, Bolivia.

**POSTULANTE: Dr. Juan Pablo Tarifa Orellana
TUTOR: Dr. Fernando Mauricio Valle Rojas**

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

La Paz - Bolivia
2016

**“IDENTIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS A MUERTE VIOLENTA DEL
SEXO FEMENINO EN LOS PERIODOS MARZO
2014 - MARZO 2016, MORGUE JUDICIAL, LA
PAZ, BOLIVIA”**

Modificación del Certificado de Defunción.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. ANTECEDENTES	3
IV. MARCO TEÓRICO	5
A. VIOLENCIA CONTRA EL SEXO FEMENINO	5
1. LAS FORMAS DE VIOLENCIA	7
2. ESTADÍSTICAS DE VIOLENCIA	8
3. LA VIOLENCIA Y MORBIMORTALIDAD	11
B. CAUSAS DE VIOLENCIA	15
1. LAS RAMIFICACIONES CAUSALES DE VIOLENCIA	15
2. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	16
3. LAS EXPRESIONES EN LA MORBIMORTALIDAD	18
4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	19
5. VIOLENCIA, JUVENTUD Y RECREACION DE LA VIOLENCIA	20
6. EL ENTRAMADO DE LA MUERTE EN LA MUJER	21
7. LOS DELITOS Y CRIMENES SE ENTREMEZCLAN	23
C. LA AUTOPSIA MEDICO LEGAL	24
1. OBLIGACIÓN DE LAS AUTOPSIAS	24
2. QUIÉN REALIZA LA AUTOPSIA JUDICIAL	26
3. OBJETIVOS DE LA AUTOPSIA MEDICO- LEGAL.	26
4. EXAMEN EXTERNO DEL CADÁVER	27
5. EXAMEN INTERNO DEL CADÁVER	28
6. PROTOCOLO DE AUTOPSIA	30
7. DIAGNOSTICO ADECUADO DE CAUSA Y MECANISMO DE MUERTE	31
a. La causa de la muerte	31
c. Mecanismo muerte.	32
b. Muerte natural y muerte violenta	32
d. Utilización de la CIE-10	36
e. Utilización del Snomed CT	37
D. MARCO LEGAL	38
1. REGLAMENTO DE CADAVERES, AUTOPSIAS, NECROPSIAS TRASLADOS Y OTROS	38

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
VI. OBJETIVOS	45
A. OBJETIVO GENERAL	45
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS	45
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	46
A. PREGUNTA DE INVESTIGACION	46
B. TIPO DE ESTUDIO	46
C. POBLACION Y LUGAR	46
D. MUESTRA	47
E. DELIMITACION TEMPORAL	48
F. CRITERIOS DE SELECCION	48
1. CRITERIOS DE INCLUSION	48
2. CRITERIOS DE EXCLUSION	48
G. PLAN DE ANALISIS	49
H. VARIABLES	50
1. OPERACIONALIZACIONES DE VARIABLES	51
I. ASPECTOS ETICOS	53
VIII. RESULTADOS	54
A. Autopsias por muerte violenta sexo femenino.	54
B. Frecuencia de casos por muerte violenta del sexo femenino Por rangos de edad.	56
C. Frecuencia de casos mensuales por muerte violenta del Sexo femenino.	58
D. Causa básica de muerte violenta del sexo femenino.	60
E. Identificación de encadenamiento por muerte violenta del Sexo femenino.	62
IX. DISCUSIÓN	64
X. CONCLUSIONES	67
XI. RECOMENDACIONES.	68
XII. BIBLIOGRAFÍA	69

ANEXOS

ANEXO N°1

Cuadro CIE-10	75
---------------	----

ANEXO N°2

Certificado de Defunción Modificado	78
-------------------------------------	----

ANEXO N°3

Mustrario fotográfico	83
Libros de registro de autopsias	84
Morgue judicial- Sala de autopsias	85
Causa de muerte	86
1.-Traumatismo Cráneo Encefálico	86
2.-Precipitación	87
3.-Intoxicación por monóxido de carbono	88
4.-Asfixia por bronco aspiración	89
5.-Asfixia por estrangulación	90
6.-Asfixia por ahorcamiento	91
7.-Asfixia por cuerpo extraño	92
8.-Lesión por arma blanca	93
9.- Lesión por proyectil de arma de fuego	94
I.D.I.F	95

ANEXO N°4

Permiso para realizar el estudio	96
----------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Operacionalización de las variables.	51
Tabla N°2. Autopsias por muerte violenta sexo femenino.	54
Tabla N°3. Frecuencia de casos por muerte violenta del sexo femenino.	56
Tabla N°4. Frecuencia de casos mensuales por muerte violenta.	58
Tabla N°5. Causa básica de muerte violenta del sexo femenino.	60
Tabla N°6. Identificación de encadenamiento por muerte violenta.	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1. Autopsias por muerte violenta sexo femenino.	55
Gráfico N°2. Frecuencia de casos por muerte violenta del sexo femenino.	57
Gráfico N°3. Frecuencia de casos mensuales por muerte violenta.	59
Gráfico N°4. Causa básica de muerte violenta del sexo femenino.	61
Gráfico N°5. Identificación de encadenamiento por muerte violenta.	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1. CIE – 10. Causas externas de morbilidad y mortalidad.	76
---	----

INDICE DE FOTOS

Fotografía N°1. Cuaderno de registro de autopsias	84
Fotografía N°2. Sala de Autopsias. Mesa 1.	85
Fotografía N°3. Sala de Autopsias. Mesa 2.	85
Fotografía N°4. Traumatismo Cráneo encefálico.	86
Fotografía N°5. Trauma facial severo.	86
Fotografía N°6. Lesiones externas en cráneo	87
Fotografía N°7. Lesiones internas en cráneo.	87
Fotografía N°8. Cráneo y estructuras encefálicas.	88
Fotografía N°9. Contenido gástrico en vías aéreas.	89
Fotografía N°10. Contenido gástrico confirmatorio.	89
Fotografía N°11. Lesión en cara posterior de tiroides.	90
Fotografía N°12. Surco equimótico en región cervical.	90
Fotografía N°13. Material utilizado para ahorcarse.	91
Fotografía N°14. Lesiones internas en cuello.	91
Fotografía N°15. Tráquea, Carina y bronquio principal derecho.	92
Fotografía N°16. Cuerpo extraño en bronquio principal izquierdo.	92
Fotografía N°17. Cuerpo extraño.	92
Fotografía N°18. Laceración pericárdica.	93
Fotografía N°19. Laceración de ventrículo derecho por arma blanca.	93
Fotografía N°20. Proyectil de arma de fuego en tejido celular subcutáneo.	94
Fotografía N°21. Radiografía X, proyectil de arma de fuego en cráneo.	94
Fotografía N°22. Vestimenta para autopsias.	95
Fotografía N°23. Instituto de Investigaciones Forenses La Paz.	95

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a Dios por su fidelidad y amor incondicional, expresado en cada uno de los eventos, experiencias y lecciones resultantes de la realización de este trabajo.

Gracias a mis padres Miriam Orellana y José Tarifa por el apoyo incondicional para mi superación académica, a mi esposa Pamela Guzmán por su comprensión y amor constante, a mi amada hija Valentina por brindarme la motivación para seguir adelante. Así también a cada miembro de mi familia que apoyo cada uno de mis sueños y emprendimientos personales.

Un agradecimiento especial a mi tutor el Dr. Fernando M. Valle, por el asesoramiento continuo, su disposición de tiempo y conocimientos para llegar al culmen de este trabajo.

Gracias al personal del Instituto de Investigaciones Forenses, por permitir la realización de este trabajo, por su apoyo y cariño.

Agradecer a la Universidad Mayor de San Andrés por la formación de calidad otorgada y por el respaldo incondicional.

A todos los ausentes que nos enseñan a disfrutar día a día la vida
¡Gracias!

RESUMEN

Introducción. La violencia contra mujeres y niñas en nuestro país va en aumento a pesar de implementar leyes de protección a la mujer. **Objetivos.** Identificar las características asociadas a la muerte violenta del sexo femenino en los cadáveres autopsiados en la morgue judicial de la ciudad de La Paz en el periodo marzo 2014 a marzo 2016. **Metodología.** El estudio es de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo. Para ello se ha identificado 230 víctimas de muertes violentas de tipo homicida, suicida y accidental, descartando las que fueron a consecuencia de accidente de tránsito (hecho de tránsito), universo de 546 casos. **Resultados.** Se obtuvo una media de 32 años con mayor número de casos en el rango de 21-30 años (27%). En el año 2014 tenemos más de 10 casos por mes en los meses de agosto, octubre, noviembre y diciembre. En el año 2015 se incrementaron la media de casos por muerte violenta pero además observamos 5 meses mayo, julio, agosto y diciembre con el mayor número de casos. El 2016 una cifra alarmante de 14 casos para el mes de enero que desciende bruscamente en los próximos meses. La causa básica de muerte es el Traumatismo Encéfalo Craneano con (24,4 %), la Asfixia por Broncoaspiración (22,2%) y Asfixia por Estrangulación (15,2%). Por último se analizó el llenado del libro de registro de autopsias cuyo resultado indica un 15% de eficiencia a la hora de llenado de los datos. **Conclusiones.** Las mujeres con mayor riesgo son las de 21-30 años, las muertes están en estrecha relación con meses en los que tenemos días festivos en invierno y al principio del verano, la causa principal de muerte es el (TEC) no logrando discriminar entre un evento homicida o accidental, por último existe un incorrecto llenado del encadenamiento y causa básica de muerte según CIE-10. **Recomendaciones.** Dirigidas hacia las diferentes instituciones encargadas de la violencia contra la mujer a implementar nuevas políticas de protección. Y a los médicos forenses de tomar en cuenta el manual del CIE-10. Motivo por el cual se propone modificar el certificado de defunción para mejorar el dato estadístico, el llenado y encadenamiento de causa de muerte.

Palabras Clave. Muerte violenta, sexo femenino.

ABSTRACT

Introduction. Violence against women and girls in our country is growing despite implementing laws protecting women. **Objectives.** Identify the characteristics associated with the violent death of females in the autopsied corpses in the morgue of the city of La Paz in the period March 2014 to March 2016. **Methodology.** The study is retrospective, transversal and descriptive. For this we have identified 230 victims of violent deaths of homicide, suicide and accidental kind, discarding those that were a result of traffic accident (made of transit), universe of 546 cases. **Results.** An average of 32 years with more cases in the range 21-30 years (27%) was obtained. In 2014 we have more than 10 cases per month in the months of August, October, November and December. In 2015 the average of cases increased violent death but also observe five months May, July, August and December with the largest number of cases. 2016 an alarming figure of 14 cases for the month of January that drops sharply in the coming months. The basic cause of death is with Traumatic Brain Injury (24.4%), asphyxia by Aspiration (22.2%) and asphyxia by strangulation (15.2%). Finally filling Logbook autopsy was analyzed whose result indicates 15% efficiency when filling data. **Conclusions.** Women most at risk are 21-30 years, deaths are closely related to months that have holidays in winter and early summer, the leading cause of death is (TEC) failing to discriminate between a homicidal or accidental event, finally there is an incorrect filling chain and underlying cause of death according to ICD-10. **Recommendations.** Directed towards different institutions responsible for violence against women to implement new protection policies. And coroners to take into account the ICD-10 manual. Why it is proposed to amend the death certificate to improve the statistical data, filling and linking of cause of death.

Keywords: Violent death, female.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra mujeres y niñas es una de las violaciones a los derechos humanos más sistemáticas y extendidas. Está arraigada en estructuras sociales construidas en base al género más que en acciones individuales o acciones al azar; trasciende límites de edad, socio económico, educacional y geográfico; afecta a todas las sociedades; y es un obstáculo importante para eliminar la inequidad de género y la discriminación a nivel global. ⁽³⁸⁾

En referencia a la violencia contra las mujeres, que va en aumento en todo el país, el Observatorio “Manuela” Violencia, Femicidio y Mujeres en Riesgo del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer-CIDEM ha registrado de enero a octubre de 2014, 169 crímenes de mujeres, de los cuales 103 son feminicidios, 64 asesinatos por inseguridad ciudadana y 2 homicidios/suicidios. Catorce casos más en comparación con el mismo periodo de 2013, cuando se han producido 89 feminicidios, lo que mantiene preocupadas a las organizaciones defensoras de derechos humanos de las mujeres. Ocurrieron 103 feminicidios en los 9 departamentos del Estado Plurinacional de Bolivia. Los departamentos con cifras más altas de muertes de mujeres son, La Paz con 33 casos, Cochabamba con 25 y Santa Cruz con 16 casos. ⁽⁸⁾

A través del presente este trabajo, se pretende identificar las características asociadas a la muerte violenta del sexo femenino enfocándonos en la muerte violenta de origen homicida, suicida y accidental en los cadáveres autopsiados en la morgue judicial de la ciudad de La Paz durante el periodo marzo 2014 a marzo 2016 obteniendo la información de los libros de registro de autopsia.

Asimismo, los datos que se obtengan a través de este estudio pretenden colaborar con la estadística nacional sobre muerte violenta en el sexo femenino, datos relevantes a la edad, el mes y año con mayor número de casos, la causa directa, intermedia y básica de muerte.

II. JUSTIFICACIÓN

Los altos índices de muerte violenta contra el sexo femenino que se van suscitando en la Ciudad de la Paz, El Alto y el resto de ciudades de Bolivia, son un problema de alta trascendencia, los cuales merecen un estudio profundo para determinar medidas que aborden a este problema de manera integral.

La población del sexo femenino se encuentra en una situación de ,mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida, la pareja, el hogar y sufren discriminación en un pueblo en el que está arraigado el patriarcado, esta situación de vulnerabilidad coloca a estas personas en desventaja respecto al ejercicio pleno de sus derechos y libertades.⁽⁶⁸⁾

Entre el 1 de enero y el 10 de diciembre de 2015, en Bolivia fueron verificados 93 feminicidios que son procesados legalmente ante la justicia ordinaria, declaró el fiscal general del Estado, Ramiro Guerrero. En un cuadro comparativo de los registros del Ministerio Público, es posible corroborar que los feminicidios aumentaron el 2015 en un 20 por ciento con respecto a los investigados en 2014, que alcanzaron a 77 casos.⁽³²⁾

La importancia del presente trabajo es la de documentar y caracterizar, las muertes violentas de mujeres, ya que se espera que contribuyan a propiciar transformaciones de carácter institucional con otra base constitucional, legal, jurisprudencial y judicial (cuyas decisiones también son políticas e influyen en la tendencia política del sistema jurídico). Los resultados obtenidos a través de este trabajo, pretenden dar a conocer las principales causas de muerte violenta en el sexo femenino, con el enfoque de violencia contra el género, lo cual permitirá brindar información sobre la frecuencia de los decesos según la edad y mes, evaluar el encadenamiento de causa de muerte e implementar un nuevo certificado de defunción actualizado según estándares internacionales.

III. ANTECEDENTES

Según el trabajo realizado por el Lic. José Rodolfo Kepfer y M.A. Felipe Girón en el Análisis Criminalístico de los Homicidios de Mujeres en Guatemala, su estudio reveló que los días en que mayor número de muertes violentas de mujeres se dieron fue el día jueves en el que se registraron 41 casos, en la gran mayoría de los casos no existió movilización del cadáver y el instrumento utilizado con mayor frecuencia, en los casos de muerte violenta en mujeres es el arma de fuego. En dos de los expedientes estudiados se pudo identificar el uso de más de un arma. Asimismo pudimos establecer que en 212 de los casos, no existió ningún tipo de ocultamiento del cadáver es decir, fue dejado a la vista de quien lo pudiera encontrar. Esto puede indicar que los delincuentes no sienten la necesidad de esconder sus actos, ya que muy probablemente no se sienten amenazados por los administradores de justicia y no temen ser detenidos. ⁽²⁵⁾

En el trabajo “Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” realizado por el Dr. Spinelli y colaboradores se registraron 4759 defunciones por muerte violenta ocurridas en la ciudad autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de los años 1988 y 1991, y los años 2001 y 2002. Los tipos de violencias más frecuentes encontrados fueron: Muerte violenta ignorada (32,5%), accidentes de tránsito (27,7%), suicidios (22,8%) y homicidios (17%). El análisis de las circunstancias más frecuentes para el total de los tipos de violencia presento la siguiente distribución: herida de bala (19,1%), accidentes de tránsito (11,2%), caídas (10,5%) y accidentes ferroviarios (6,2%); un 24,4% correspondió al siguiente grupo de circunstancias: ahorcaduras, intranosocomial, quemaduras, heridas de arma blanca, intoxicaciones y ahogados; en el resto de registros se ignora la circunstancia (28,6%). ⁽⁵⁶⁾

En el artículo de Dalence Montaña JG y Deheza Valda, Calidad en el llenado del certificado de Defunción: Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro y Tarija, primer semestre 2011, de 264 muertes violentas registradas, 195 (73,86%) se tenían

registrados como causa básica de muerte, los “signos, síntomas y afecciones mal definidas”, “enfermedades del sistema circulatorio” (infarto agudo de miocardio determinado sin autopsia, muerte súbita de origen cardiaco inespecífico), “causas externas” (accidentes de tránsito inespecíficos, caídas inespecíficas, electrocución inespecífica, traumatismos inespecíficos, carbonización inespecífica). Solamente se determinó la causa de muerte violenta por autopsia en 9,85% (26 casos de 264). ⁽⁶⁹⁾

El estudio realizado por Esra Ozgun Unal, Sermet Koce, Volkan Unal, Ramazan Akcan and Gulnaz T. Javan cuyo trabajo titula la Violencia contra las mujeres: estudio en serie de autopsias de Estambul, Turquía. Los resultados obtenidos de todas las muertes del género femenino (n = 4165), 12.9% fueron por violencia contra las mujeres, que comprendía el 2.6% de todas las autopsias (n = 20,456) realizadas en el periodo de estudio en Estambul. La media de edad de las víctimas fue de 43 años, y una proporción significativa de las víctimas (49.7%) estaban entre las edades de 21 a 40 años. Las muertes ocurrieron comúnmente en las residencias privadas (51.2%, n = 275), en vía pública y otras áreas el 14.5% (n = 78) de casos. La causa de muerte más común fue la muerte por proyectil de arma de fuego (50.1%, n = 269), seguido de la muerte por heridas punzocortantes por arma blanca (28.3%, n = 152) y estrangulación (8.4%, n = 45). Los perpetradores de los hechos fueron los esposos o enamorados en un 52.3% y las mujeres fueron las victimadoras en el 4.4% (n = 16) de casos. ⁽⁷¹⁾

El estudio realizado en Portugal por Ana Rita Pereira, Duarte Nuno Vieira y Teresa Magalhães cuyo trabajo titula “La fatal violencia íntima de la pareja contra mujeres en Portugal: A forensic medical national study” 2013. Indica que la violencia íntima de la pareja es una causa importante de problemas de salud y socio familiares en la mujer, en extremo son víctimas de homicidio. De las cuales indica que la mayoría de las mujeres murieron por heridas de proyectil de arma de fuego en un (45.2%), especialmente en el tórax (48.4%), con múltiples heridas fatales; 56.5% además presentaron heridas no letales. ⁽⁷²⁾

IV. MARCO TEÓRICO

A. VIOLENCIA CONTRA EL SEXO FEMENINO

La violencia debe ser analizada en todas sus dimensiones y no transformada en una variable más. Reconocemos que su vigencia permite una visión del mundo que legitima el uso de la fuerza, la desconfianza y el egocentrismo, por ello Sartre señala que la "violencia hace cultura", y en ese proceso toda una serie de actitudes como la envidia, los celos, el resentimiento y el odio se transforman en violencia funcional al sistema. ⁽⁵⁰⁾

Algunos de los aspectos que dificultan definir la violencia, son aquellos que impiden reducirla a un carácter unívoco, por ejemplo, si se trata de un hecho voluntario o involuntario; el uso en función del ataque o la defensa, si es individual o colectiva y la singularidad o pluralidad de la misma, es decir ¿violencia o violencias? ⁽¹⁴⁾

No se trata de un problema entre buenos y malos, entre víctimas y victimarios, ya que ello la estigmatiza e impide pensarla en su verdadera y compleja dimensión, a la vez que niega su carácter dual (resistencia-confrontación). También se rechaza el planteo que entiende a la violencia como un producto de comportamientos instintivos; nosotros, por el contrario, adherimos a la tesis que la considera producto de comportamientos alienados. ⁽⁵⁰⁾

Por todo ello es que resulta absurdo condenar toda violencia, como criminal el hacer su apología. ⁽¹²⁾

En esa línea recuperamos la siguiente cita: "la utilización eventual de la violencia no implica la barbarie, entendemos que no se trata de condenar su uso en un proceso revolucionario, sino de denunciar que la barbarie consiste en negar el carácter ontogénico del sujeto humano, su ser objetivo de palabra y pensamiento" ⁽⁵⁾

Una de las principales dificultades que presenta la violencia para ser analizada por la Racionalidad Médico Científica es su carácter de problema complejo, caracterización dada por las numerosas dimensiones ignoradas que la conforman. Ello es evidente si tenemos en cuenta que la medicina es una disciplina de enfermedades, de ahí que se vea incapacitada de ver problemas que no se estructuren bajo características biológicas pasibles de ser reducidas a enfermedad. Por eso, cuando la RMC enfrenta cuestiones que no cumplen las características tradicionales, las ignora o intenta "biologizarlas" y transformarlas en situaciones estructuradas (donde todas las variables son conocidas). Ese proceso parece desconocer los fracasos de las intervenciones médico-sanitarias que han demostrado la imposibilidad de reducir un problema complejo a un problema estructurado. ⁽⁵⁵⁾

En la multiplicidad de dimensiones que intervienen en la violencia, no podemos dejar de mencionar diferentes situaciones que si bien corresponden a distintos niveles de análisis conforman la red explicativa del problema: su carácter estructural (desigualdad y exclusión); el alcoholismo; el consumo de tóxicos permitidos y prohibidos; ciertas formas de urbanización; ciertos mensajes de los medios de comunicación social; el estímulo a estilos de vida donde la agresividad se relaciona al éxito; la industria del crimen y ciertas dimensiones de los procesos subjetivos. Al sostener estas circunstancias no lo hacemos en el sentido de causalidad lineal de las mismas, sino planteándolas como situaciones interactuantes que desde diferentes niveles de complejidad nos aproximan a esa red explicativa que constituye a la violencia en problema. ^{55.}

"Resultaba difícil para ellos aceptar el concepto de que las lesiones son importantes. Son médicos y para los médicos las lesiones no son enfermedades; son otro tipo de problema. No les pude convencer" ⁽⁷⁾

1. LAS FORMAS DE LA VIOLENCIA

De las numerosas "causas" violentas que impactan el Proceso Salud Enfermedad Atención, las tres principales son los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios. Pero están las otras formas, que si bien no siempre se traducen en mortalidad sí pueden hacerlo como morbilidad. ⁽⁶⁷⁾

Nos referimos a los "otros" accidentes como asfixias por sumersión, caídas, envenenamientos, golpes, explosiones, fuego, shock eléctrico, iatrogenias y radiaciones. Los distintos: infanticidios, sexocidios, politicidios, etnocidios y genocidios. Los tumultos, actos de vandalismo, el robo y el secuestro. Las heridas de guerra, la tortura, el exilio, la violación de los derechos humanos, la invasión a países y la desaparición de personas. Las distintas formas de discriminación: social (minorías, grupos estigmatizados, etc.), racial (apartheid, racismo, etc.), de género (machismo), de edad. ⁽⁵⁶⁾

La violencia contra la mujer: violación, acoso, discriminación, subvaloración, tráfico, violaciones masivas, embarazo forzado en situaciones de guerra, mutilación genital, abuso sexual, chantaje sexual, incesto. La violencia contra los niños: battered child, abuso sexual, Síndrome de Münchhausen. La violencia intrafamiliar con sus distintos tipos: física, psíquica, por descuido, sexual, incesto. La violencia interpersonal, física, verbal o simbólica. El impacto en la salud mental de familiares y allegados de las víctimas, efecto postraumático y otras formas que podrían extender aún más esta lista tan numerosa como incompleta. ⁽¹⁴⁾

Los espacios musicales también pueden ser formas o expresiones de violencia. Un análisis realizado en 1985 sobre una muestra de 139 videos musicales encontró que la violencia y la delincuencia aparecían retratadas en más de la mitad de las grabaciones ⁽⁶¹⁾ estos hallazgos y análisis se repiten en otros trabajos. ⁽²⁴⁾

En el afán de aproximarnos al problema y fieles a la lógica clasificatoria de la razón moderna, podríamos continuar con otras tipificaciones, como por ejemplo en función de la gravedad; de los grupos afectados; del arma o instrumento empleado; del nivel donde se ejerce; del compromiso predominante u otros. ⁽⁴⁵⁾

La violencia se presenta con una diversidad tal, que atraviesa distintas manifestaciones de una sociedad y en esa dinámica nos constituye en victimarios, víctimas o espectadores. ⁽⁴⁵⁾

2. ESTADÍSTICAS DE VIOLENCIA

Las dificultades históricas que ofrecen el registro y la interpretación de las estadísticas en salud, producto de la omisión voluntaria e involuntaria de numerosas variables o de las formas de su interpretación, son las mismas que se encuentran en las muertes violentas. ⁽⁵⁶⁾

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) existe un grupo titulado "Lesiones o eventos de intención no determinada" que reúne aquellas muertes donde no se puede establecer si fueron o no accidentales. ⁽⁵⁶⁾

Son numerosas las citas bibliográficas que señalan la mala calidad y el subregistro de las estadísticas de violencia. ⁽¹⁵⁾

A manera de ejemplo, podemos recuperar que en EUA el número real de suicidios es de 25% a 33% más alto que el registrado, mientras en Nueva York de 7% a 10% de las muertes atribuidas a accidentes automovilísticos y de 11% a 15% de los accidentes en el hogar son suicidios. ⁽³³⁾

En América Latina y El Caribe se estima que más de la tercera parte de las muertes violentas (excluye accidentes) no son registradas por las estadísticas. ⁽⁵⁷⁾

Otras publicaciones colocan que 50% de los suicidios realizados con "éxito" son asumidos como accidentes ⁽⁵⁸⁾ y que 25% de los accidentes automovilísticos tendrían un componente suicida consciente. ⁽¹⁷⁾

Los problemas de registro no se deben a que la clasificación de las muertes violentas sea ignorada por la Racionalidad Médico Científica (RMC). A partir de 1975 las mismas fueron incorporadas como un capítulo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, donde recibieron un exhaustivo tratamiento tanto en la novena revisión, CIE IX, como en las modificaciones que contiene la décima revisión CIE X. En la CIE IX, el capítulo Traumatismos y Envenenamientos (XII) están compuestos por 24 subtemas, que en total contienen 200 códigos diferentes a nivel de tres dígitos. Esta lista posee una clasificación suplementaria titulada "Causas Externas de Traumatismos y Envenenamientos" que dividida en 23 subtemas, contiene 200 códigos distintos. Además está la clasificación por cuatro dígitos, que se desagrega en 612 códigos posibles que subdividen el capítulo de traumatismos y envenenamientos en categorías muy amplias agrupadas en grandes temas como: todo tipo de accidentes (códigos E800-E949); suicidios y lesiones autoinfligidas (códigos E950-E959); homicidios y lesiones infligidas (códigos E960-E969) y otras violencias (E970-E999). Este último grupo, a su vez comprende: intervención legal (E970-E978); lesiones resultantes de operaciones de guerra (E990-E999) y lesiones en que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E980-E989). En la CIE X se observa que el capítulo que en la CIE IX era suplementario (causas externas) pasa ahora a ser uno nuevo llamado "Causas Externas de Morbilidad y de Mortalidad" y que lleva el número XX. ⁽⁴²⁾

Como se puede apreciar, el subregistro de la violencia no es por falta de una norma de referencia para su clasificación. Recordemos además que cada código es una forma de muerte por una causa externa producto de una circunstancia diferente y que existen situaciones que pueden ser codificadas de diferentes maneras, por ejemplo la muerte por arma de fuego puede ser considerada: un accidente (códigos W32-W34), un homicidio (códigos X93-X95) o una lesión de intención no

determinada (Y22-Y24). Una muerte provocada por un policía en cumplimiento de su deber no se considera homicidio, sino aplicación de la ley (código Y35-Y36). Los ajusticiamientos, en los países donde están permitidos, no son considerados homicidios (código Y355).⁽⁴³⁾

Hace cuatro décadas, una investigación multicéntrica demostró que para conocer la causa de la muerte, la historia clínica y la necropsia aportan más conocimientos que el certificado de defunción.⁽⁴⁹⁾ Pese a esto, en la problemática de la mortalidad por violencia muy pocas veces encontramos una historia social y por el contrario la mayoría de las veces la necropsia nos habla de las causas biológicas de una muerte que reconocemos como eminentemente social. De ahí que los informes estadísticos de defunción constituyan la única fuente de información para las estadísticas de mortalidad por violencias, a pesar de ser evidente que son parte de un expediente administrativo con limitada utilidad para el abordaje de la compleja dimensión de una muerte violenta.⁽⁵⁶⁾

La mala calidad de los registros es un aspecto que no puede atribuirse únicamente a la desidia de los médicos ya que son numerosos los factores que hacen a la inconsistencia de los mismos. Entre ellos podemos reconocer condicionantes políticos, socioculturales e institucionales. En relación a estos últimos, tenemos por ejemplo el caso de las muertes por suicidio que, al negarles algunas iglesias los servicios religiosos al suicida, obliga a la familia a solicitar se cambie la causa de muerte para poder sepultarlo bajo las costumbres de esa religión. En cambio, otras veces, el motivo de la adulteración del certificado es para evitar la "vergüenza social" que ocasiona el suicidio. No podemos dejar de señalar las limitaciones de los instrumentos actuales producto del sesgo cuantitativo. Esto refuerza la necesidad de profundizar abordajes de tipo cualitativo del impacto de la violencia en el Proceso de Salud Enfermedad Atención (PSEA) que nos aproximen a recuperar dimensiones imposibles de abordar con métodos basados exclusivamente en la lógica cuantitativa.⁽⁵⁶⁾

3. LA VIOLENCIA Y MORBIMORTALIDAD

En 1993 la OMS informaba que 3,5 millones de personas morían cada año por causas violentas en el mundo, casi diez años después una publicación del mismo organismo ubica esa cifra en 5 millones de muertes anuales. ⁽³⁵⁾ Ello significó en 1985 el 7% de las muertes mundiales ⁽³⁸⁾, y el 12% para el año 2000. Sólo en el continente americano se registra un promedio anual de 122 mil homicidios y 113 mil muertes por accidentes de tránsito. ⁽⁴¹⁾

La tasa de homicidios en América en las últimas décadas alcanzó valores próximos a los 20 por 100.000 habitantes, con países que la superan ampliamente como Colombia, Honduras y Guatemala, con 65, 55 y 50 homicidios por 100.000 habitantes respectivamente. ⁽⁴⁴⁾

En América Latina y El Caribe las muertes por violencia, sin incluir a accidentes, en las últimas dos décadas mostraron valores importantes. En 1980 ocurrieron 115.923 muertes con una tasa de 33.3 por 100.000 hab., en 1993 el total fue de 202.008 con una tasa de 44,4 por 100.000 hab., descendiendo para el año 2000 a 171.000 con una tasa de 34,3 por 100.000 hab. El incremento en los '90 se debe fundamentalmente a los homicidios, responsables del 63% del total de las defunciones violentas de 1993, mientras que en el 2000 representaron sólo el 43,9%. El resto se divide en un 12% para suicidios (6,3% para el 2000) y un 25% (49,8% en el 2000) para otras formas de violencia. ⁽⁵⁷⁾

En esa misma región, en 1993 el número de muertes por violencia fue de 456 mil incluyendo accidentes, lo que da un promedio diario de 1.250 muertes, mientras que para el año 2000 las estadísticas revelan un promedio de 390 mil con una media diaria de 1070. ^(43,21)

La estimación de la relación morbilidad-mortalidad por causas violentas varía según la referencia bibliográfica que se utilice y el tipo de violencia que se analice. La OMS

calculó que en 5 países seleccionados, por cada muerto por violencia alrededor de 30 personas son hospitalizadas con lesiones graves, 300 son tratadas y dadas de alta el mismo día por lesiones leves, y muchos más son tratados en consultorios médicos privados y clínicas de primeros auxilios. ⁽¹⁸⁾

Otra relación hallada en una investigación en niños y adolescentes de cuatro países de América, fue que por cada menor muerto por una lesión traumática, quince quedaron muy afectados y otros 30 a 40 sufrieron lesiones menos serias. En la región de las Américas, cada año, uno de cada diez niños sufre algún tipo de accidente que requiere atención especializada. En Río de Janeiro, un trabajo en menores de 5 años encontró que a pesar de haber numerosos casos de caídas, quemaduras y heridas, el nivel de consulta a los servicios asistenciales era muy bajo, sólo un 12,1% de los afectados recibe atención y un 0,5% queda internado. ⁽³⁾

En Inglaterra, uno de los primeros países en recabar información sobre abusos sexuales, negligencia y violencia en niños/as entre los años 1977 y 1984; se encontraron 5.708 casos de lesiones físicas, 185 de deficiencias de crecimiento, 250 de abuso sexual, 204 de negligencia, 70 de maltrato emocional y 2.343 de otras formas de violencia. Eso significó un total de 8.760 casos con un promedio de 1.000 casos anuales. Gran parte de esta violencia reconoce en los padres a los responsables. ⁽⁵⁶⁾

En ese falso dilema de víctimas y victimarios, en el que también quedan atrapados los niños/as, se juegan muchas otras cosas, más allá de la responsabilidad real o supuesta de los otros. Los códigos y valores culturales de estos "tiempos posmodernos", como de aquellos modernos, nos servirán más adelante para entender los dispositivos que se juegan en estas dinámicas, que para sorpresa de muchos presenta hoy a la niñez como capaz de realizar "crímenes espeluznantes" y/o agredir a sus padres.

Los clásicos dilemas buenos-malos, víctimas-victimarios, edad de la inocencia, edad de la maldad, se derrumban y con ellos, caen las certezas que nos obligaban a tomar posición ante ellos. ⁽⁵⁶⁾

En América Latina, las tasas de homicidio de mujeres a pesar de ser inferiores a las de los hombres, están entre las más altas del mundo. También es significativa su situación en determinados países de África y Asia, donde la población que debería estar viva sería de 100 millones de mujeres más que las existentes, ¿sexocidio? ⁽⁴⁸⁾

Los antecedentes de nuestras sociedades patriarcales se remontan a más de 12 mil años, donde el ideal andrógino representado tanto por Buda como por Jesús sirve de claro y fuerte antecedente para asignar a nuestras sociedades el calificativo de patriarcales, situación que sustenta la relación asimétrica entre los géneros y donde la violencia es ejercida sobre la mujer. ⁽⁶⁰⁾

Con la modernidad el papel del hombre y de la mujer sufre modificaciones radicales. La concepción actual de "hombre" es una construcción de la modernidad que la coloca como la figura viril capaz de razonar, situación que relega a la mujer al espacio de la tradición y la pasión, ligada a un papel reproductivo y limitando su territorio a lo doméstico. ⁽⁵⁹⁾

En la década del 60 un estudio en países desarrollados encontró que las muertes por accidentes en el hogar eran responsables del 32% al 70% de la mortalidad en mujeres. ⁽³⁷⁾

La mecanización del trabajo doméstico implicó un aumento de los mismos. En contraste con el "esplendor moderno", millones de niñas y mujeres enfrentan prácticas culturales milenarias que provocan la mutilación genital a través de la circuncisión femenina. En la década del '80 se calculaba una cifra entre 85 y 114 millones de mujeres mutiladas genitalmente, para 1998 los valores estimados

ascendían a 130 millones. Esto significa que cada año 2 millones de niñas enfrentan este problema. ⁽³⁰⁾

El espacio de lo doméstico y familiar puede ser también un espacio de violencia. Se calcula que entre el 20% y 60% de los hogares de América son lugares donde se producen hechos violentos en mujeres y niños. ⁽⁴⁴⁾

También se debe reconocer que las mujeres desde su función de madres o esposas participan en la producción de machos violentos por "la educación, o por su inserción en los ejércitos y los aparatos de represión", o por la inhibición de las emociones en el hijo varón (los hombres no lloran). ⁽⁶⁰⁾

Distintas publicaciones corroboran que las mujeres son las principales responsables de los infanticidios y aparecen también como agresoras físicas o psíquicas de sus maridos o compañeros. En Argentina, al igual que en otros países, se ha observado un incremento en la participación de las mujeres en hechos violentos. En 1984, había 100 internas en el Servicio Penitenciario Federal y en 1995 pasaron a ser 592. De ellas, el 73% eran menores de 40 años, y la mitad no había cumplido aún los 30 años. ⁽²²⁾

El aumento de las tasas de delincuencia en las mujeres es considerado por Rita J. Simon en su libro *Women and Crime* como "una indicación de la liberación de la mujer" ⁽⁶⁾

Un número importante de personas que intervienen, activa o pasivamente, en procesos violentos, quedan con una "pesada herencia". Se calcula que el 2% de la población mundial está discapacitada por lesiones producto de violencias, en tanto una de cada 4 a 9 personas de países desarrollados sufre anualmente alguna lesión discapacitante. ⁽⁴⁰⁾

Más allá del subregistro de los mismos, debido a prejuicios religiosos y/o hábitos culturales, las cifras en las Américas son preocupantes desde hace décadas. En algunos países de alto ingreso per cápita llegan a representar cerca del 20% del total de muertes por causas externas (Bahamas, Canadá y Estados Unidos) ⁽²¹⁾

Recordemos que por cada suicidio hay en promedio unos diez intentos, los cuales en su mayoría son protagonizados por mujeres. ⁽³⁹⁾.

La violencia afecta de manera significativa a la tercera edad. Este es un tema de larga data que permaneció oculto dentro del ámbito de lo "privado" hasta los últimos veinticinco años del siglo 20, momento en el que emergen junto con las iniciativas llevadas a cabo contra el abuso infantil y la violencia doméstica. Este tema ha traído una gran preocupación en el mundo. En Canadá, a partir de varias investigaciones se halló que del 4 al 10% de las personas en dicho grupo etario sufren algún tipo de violencia. ⁽²¹⁾

B. CAUSAS DE VIOLENCIA

Toda violencia revela una relación entre tres elementos: la víctima, el victimario(s) y las circunstancias. Partiendo de una referencia académica convencional leemos a Hales, Yudolsky et al. "La violencia es el resultado de la interacción entre características del individuo y los factores del ambiente". Los factores biológicos o innatos, tales como la disfunción neurofisiológica, las hormonas, la herencia y las anomalías de los neurotransmisores no actúan de manera específica para causar violencia. En lugar de constituir un mecanismo específico, inclinan la balanza deteriorando la capacidad del individuo para conseguir sus objetivos mediante medios no violentos o aumentando su impulsividad, irritabilidad, irracionalidad o desorganización de la conducta. ⁽²⁵⁾

1. LAS RAMIFICACIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA.

El ambiente puede influir en el individuo durante el desarrollo, por ejemplo, sometiendo a abusos a un niño, observando la violencia de la propia familia o subcultura, o la violencia en los programas de televisión y otros medios de comunicación. La pobreza y otras situaciones ambientales adversas tienen un impacto devastador sobre la familia o la red social, así como sobre el individuo. ⁽²⁵⁾

El abuso de alcohol o drogas, así como la disponibilidad de armas, desencadenan la violencia en el individuo”. Esta cita amplia solo recalca lo que ya sabemos: la multicausalidad, la intrincada ramificación y convergencia de factores que se reúnen en la comisión de un crimen, o que generan las condiciones para que una víctima sea proclive para que un delito se cometa contra ella, están sometidas a determinadas condiciones de la vida comunitaria o familiar. El abuso sexual, por ejemplo, se refiere al uso y a la aplicación del poder por parte de ciertos individuos sobre otros. La relación: “yo-tu-circunstancia” tiene una finalidad para la comprensión de “las violencias en plural”. Dado que las agresiones y las violencias de diferentes tipos y perpetradas en ambientes y circunstancias diversas no sólo perturban dicha relación, sino que pervierten relaciones culturalmente mediadas, las cuales provocan el desvalimiento social ya mencionado. ⁽²⁵⁾

2. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La dialéctica entre el individuo, la violencia y las circunstancias es la que en algunos casos conduce a la muerte violenta. Las mujeres, debido a la condición de singularidad a que el androcentrismo ideológico las somete, sufren en su identidad cultural y colectiva una serie de desigualdades, inequidades, antagonismos, etc., los que provenientes de una cultura patriarcal y falo céntrica instituida y ejercida por el varón, se basa en el ejercicio de la dominación. Este planteamiento es indispensable cuando se trata de abordar los múltiples aspectos del femicidio que se equiparan al homicidio femenino que es el término jurídico que comprende estas muertes. ⁽²⁵⁾

El hecho de que la cultura masculina se construya a partir de las diferencias sexuales representa para la mujer la inclusión en una serie de oposiciones, es decir, divisiones culturales, por ejemplo, “natural y cultural”, “público y privado” que la incluyen y someten a posiciones en las que se justifica el ejercicio de la inequidad. En este sentido las construcciones de la “diferencia genérica” fundamentan una supremacía patriarcal y autoritaria que establece las reglas de juego y plantea normas y valores en las que por ejemplo, el padre de familia es el invitado al banquete en calidad de sumo sacerdote.⁽²⁵⁾

Sin embargo, esto causa reservas si no rechazos por parte de un pensamiento masculino autoritario y jerárquico, el que a veces es secundado por algunas mujeres. En tal sentido la preeminencia que ha tomado la violencia contra las mujeres no es una consecuencia de lo anterior, pero sí forma parte de los contextos de construcción social de realidad, los cuales en su mayoría aún se rigen por patrones autoritarios tradicionales. En tal sentido, podemos mencionar que hemos visto y oído a investigadores y funcionarios de las instituciones encargadas de la administración de justicia, denotar actitudes y pensamientos estereotipados y estigmatizadores en cuando al valor que pueda tener determinada mujer, en el caso de su muerte ⁽²⁵⁾

El problema angustiante de este proceso mortífero es que la creación de las identidades personales y colectivas se ven cada vez más “descolocadas”, lo cual significa que en lugar de construirnos mediante la experiencia y la acción social, los agentes sociales nos replegamos hacia las interioridades de mecanismos defensivos psíquicos y/o las identificaciones perniciosas sobrecargadas de narcisismo, auto-gratificación y egoísmo, que lamentablemente inhiben los sentidos éticos / políticos de la vida humana. Esto no significa que conforme avanzan los procesos de “democratización dificultada” como los arriba indicados, éstos sean los únicos determinantes en cuanto a las causas del femicidio. Aquí nos estamos refiriendo a la conjugación maligna del aumento de la criminalidad, la delincuencia y el irrespeto a la vida humana como factores de anomia y descomposición social, con aquellos

factores provenientes de la desorganización, corrupción e inercia de las instituciones encargadas de la administración de justicia. ⁽²⁵⁾

Esto se resume en la agudeza de las contradicciones sociales en las que las diferencias de género, etnia y clase social se confrontan y anudan para crear los entramados violentos. ^{25.}

3. LA MUERTE FEMENINA

Una categoría de inclusión es aquella que comprende ciertos fallecimientos en que la víctima ha sido ejecutada a través de una red causal y condicional en la que participan personas, sino de su familia al menos conocida. Esto sugiere que lamentablemente un muy importante núcleo de agresión hacia la mujer proviene de relaciones inmediatas o de su familia (25% de los expedientes analizados). La razón que apunta hacia esto coincide con el conocimiento que se tiene que el propio domicilio, el cónyuge u otros inmediatos pueden ser los agentes de agresiones que pueden llegar hasta la muerte. ⁽²⁵⁾

Es significativo que se contraste con la gran cantidad de mujeres que fallecen en medio de actos violentos en los que la delincuencia podría ser la causa (28% de los expedientes) Esto apunta a la complejidad de causas relacionadas con el alto índice de criminalidad que nos afecta. ⁽²⁵⁾

Uno de los hallazgos en la indagación efectuada a los expedientes demuestra que la importancia que tiene las causas de la violencia provocada por las llamadas 'maras' (un 18% de los expedientes analizados se puede atribuir a hechos en los que las declaraciones de algunos de los testigos, así como las investigaciones realizadas apuntaban como posible victimario a algún miembro de una "mara"). ^{(25).}

La violencia de género es un contexto que como indicáramos, menoscaba la seguridad, el derecho y la integridad física y psicosocial de la mujer. Es obvio que en

las condiciones sociales de Guatemala se combinan la precariedad económica, la marginación laboral, la condición de insalubridad, la inequidad jurídica, la violencia intrafamiliar, etc., como parte de los complejos de causalidad donde se reproduce la violencia de género. En todo caso, las condiciones en las que puede ocurrir un hecho de femicidio son significativas, si bien diferentes, cuando las causas radican en las relaciones interpersonales de la vida de pareja, ya que por ejemplo, los malos tratos constantes recibidos por una mujer madura de parte de un esposo sexista y autoritario, provocan condiciones de causalidad diferentes de aquellas situaciones que ponen a una mujer joven en contacto con un individuo especialmente violento, delictivo y motivado por conductas característicamente asociales.⁽²⁵⁾

Este ejemplo define dos ambientes de riesgo en cuanto a la reproducción de la violencia; uno, el de la pertenencia de la víctima a un determinado vínculo personal y grupal que la pone en contacto con personas susceptibles a la agresión homicida o la comisión de delitos; el otro, la exposición repetida a violencia intradomiliaria, y quizá hasta lesiones severas y la muerte causada por un familiar inmediato. De esta manera, se establecen cadenas de causas en las que en algunos casos la juventud de una víctima y la índole de las relaciones inmediatas, crean un contexto de riesgo diferente al de aquella mujer sometida a los malos tratos intradomilarios.

4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El conocimiento que se tiene en la actualidad de los factores de riesgo que en relación con la violencia se reproducen dentro del hogar, la escuela, el vecindario, etc. Es amplio. La violencia cotidiana elevada y persistente se amplifica a través de las condiciones de vida, cultura, reproducción económica y de relaciones de poder que se llevan a cabo en el seno del núcleo socio/cultural fundamental de la reproducción humana, la familia.^{25.}

En dicho sentido la violencia intrafamiliar se produce mediante la victimización de alguno de los miembros dentro de un contexto violento. Desde la burla al insulto,

pasando por la intimidación y amenazas y agresiones físicas, se van produciendo las conductas que crean una víctima. Es fácil encontrar en los casos de abuso sexual (como un ejemplo de victimización), que a la persona abusada se le haga sentir culpable. Esto mismo sucede con las conductas delictivas y/o violentas: la culpabilidad es delegada a uno(s) de los miembros, quien queda “marcado” con el sello de agresor. La referencia a la violencia incluye por supuesto, la pregunta ¿Por qué un hombre puede ser violento? Según Velásquez: “...el hombre que protagoniza hechos abusivos dentro del ámbito de la pareja y de la familia es el que a través de estos hechos necesita reafirmar su hombría, su víctima no es sólo la destinataria de la agresión, es quien le permite satisfacer el narcisismo de su fuerza física y su poder.” ⁽²⁵⁾

El común denominador de las relaciones intrafamiliares ligadas a la violencia se caracteriza porque el hombre agresor es un núcleo a través de aquellos elementos de su personalidad y del ambiente que se combinan no sólo cuando actúa violentamente, sino por medio de la creación de un clima familiar de expectativas relacionado con la agresividad o con la defensa ante la misma. Estos ambientes o climas de relación se articulan con complicidades, o rechazos provenientes de los otros miembros de la familia, por lo que las perturbaciones de la comunicación y la conducta intrafamiliar trascienden hacia el tejido social. ⁽²⁵⁾

5. VIOLENCIA, JUVENTUD Y RECREACIÓN DE LA VIOLENCIA.

En nuestro medio se ha venido dando un déficit de sociabilidad, fenómeno que visualiza a otros sujetos en formas marginalizadas y que cuyas condiciones de vida son rechazadas por pertenecer a los bordes de la consideración ideológica de la normalidad. Por ejemplo, el apareamiento del fenómeno de los niños de la calle en los años 70's-80's produjo rechazo, temor y agresión contra ellos. En general, aquellas condiciones en las que se visualizan sectores marginados de la juventud dan por resultado el aumento del prejuicio, el estigma y el rechazo. ⁽²⁵⁾

La violencia intrafamiliar y sus relaciones con los circuitos de producción de conductas sociopáticas, delincuenciales, narcisistas, adictiva, etc., es un hecho comprobado⁹. De manera suficiente los estudios han comprobado la relación directa entre el aprendizaje social defectuoso y la puesta en práctica de conductas delincuenciales. Sin embargo esto no relaciona directamente el problema de la delincuencia juvenil con el de los asesinatos de mujeres. Aunque puede ser inferida a partir del análisis de los expedientes, el papel que desempeñan algunos “sicarios” juveniles. ⁽²⁵⁾

Por lo mismo es notoria la relación entre la violencia, la mara y los medios criminales o delictivos. Estos ambientes son los que canalizan aquellos impulsos de los individuos y los grupos mediante los cuales se puede llegar al homicidio, es decir a la violencia criminal como su máxima expresión. Hay que señalar que no se está planteando una relación directa entre cualquier trastorno de la personalidad o la conducta y la ejecución de un crimen, sino, precisamente que, para que lo haya se necesita la conjugación mencionada anteriormente: el victimario, la víctima y las circunstancias. ⁽²⁵⁾

Esto reitera que el complejo causal en el femicidio es sumamente intrincado, y que las inferencias sobre las características de la muerte, el perfil de las víctimas y los supuestos victimarios tienen que entenderse a través de relaciones que no siguen una lógica formal.

En la relación víctima, victimario y circunstancias del hecho, cada uno de los factores aporta elementos transaccionales que en algunos casos circulan por los tres elementos, por ejemplo: un crimen cuyo móvil fuese un “encargo” tiene claramente un referente delincencial si está ligado al crimen organizado, o un referente familiar, cuando el victimario actúa apoyando alguna instancia familiar. En realidad, estamos hablando de sistemas de conducta que adquieren una letalidad relacionada con las culturas de convivencia y/o destrucción que tienen los grupos humanos. ⁽²⁵⁾

6. EL ENTRAMADO DE LA MUERTE EN LA MUJER.

Cualquier consideración sobre la muerte de mujeres no puede separarse de las narrativas que hacen las personas allegadas en relación con la misma. De hecho forman parte de una “configuración emocional” ⁽¹⁹⁾, la cual puede dar indicios y proporcionar interpretaciones a las razones de la muerte, pero especialmente a las formas en que los familiares o los informantes visualizan o interpretan cómo fue que se produjo el contexto de producción de la muerte. Para darle un tratamiento y hacer uso de estas narrativas, Jimeno propone tres componentes de la categoría “configuración emocional” los cuales son:

a. El evento: considerado como el transcurso de situaciones específicas en las cuales se confrontan personas relacionadas amorosamente que hacen parte de una red familiar y social mayor.

b. Las razones: las que sirven para destacar el marco de significación en el cual se gesta y desenvuelve la acción; cobijan los pensamientos y sentimientos que le dan significado a las acciones y se expresan especialmente a partir de las intenciones, y la racionalización de las motivaciones con las que las personas explican la ocurrencia de los eventos. Esto sintetiza en la narrativa de los otros(as) como se reconstruye la idea de la muerte, lo cual aporta relevancia a ciertos datos con los que se abren nuevas vías para la investigación.

c. Los desenlaces: que al dar cuenta de los efectos disruptivos provocados por la acción violenta y sus consecuencias, no sólo construyen los imaginarios de la acción y sus consecuencias, provocados por la violencia, sino que también determinan los efectos en las narrativas de los familiares, informantes, investigadores, etc.

Esta distinción analítica entre estos tres conceptos nos remite no sólo a la reconstrucción y comprensión de un caso como un hecho social. Cada uno de los agentes sociales involucrados en el hecho y su narrativa es indagado a partir de cómo presenta el evento, cuáles fueron las razones que el narrador cree que están involucradas y por último, cuáles son las consecuencias que desata el hecho. ⁽²⁵⁾

Una de las principales características del crimen pasional es el “lazo amoroso” entre víctima y victimario. En este sentido se puede afirmar que en muchas de las muertes violentas se evidencia cómo línea de investigación y de construcción de hipótesis el involucramiento afectivo de la víctima con el supuesto responsable de la muerte. Requiere tomar en cuenta que cerca de una cuarta parte de los expedientes estudiados sugiere la presencia de un agente vinculado a la víctima. Esto no necesariamente le da un cariz “pasional” a algunas de las muertes indagadas sino que sigue una línea de construcción hipotética en relación con la muerte, la cual pasa por la cercanía social de la víctima con su victimario. ⁽²⁵⁾

En lo relacionado con la conflictividad y el diálogo en la familia se puede afirmar que “...la conflictividad es parte de las relaciones humanas, pudiendo llevar a la acción violenta, o pudiendo buscar vías no violentas de tratamiento. La matriz fundamental de la violencia en cualquier relación interhumana parte del principio de hacer reaparecer al “otro” como sujeto para cosificarlo, para borrarlo del estatuto simbólico como un igual, autorizándose así, en consecuencia, cualquier acción. La única manera de no entrar en esta espiral de violencia es no perder el universo simbólico en el que se dan las relaciones entre los seres humanos. Si el otro es despersonalizado, si el otro pierde su valor como humano, ahí aflora la violencia. Y la violencia, atrae más violencia. ⁽⁶⁶⁾

7. LOS DELITOS Y LOS CRÍMENES SE ENTREMEZCLAN

Existe una diferencia marcada entre el delincuente y el homicida; éste último da rienda suelta a sus impulsos destructivos o ha “aprendido a funcionar socialmente” de una forma en la que la muerte del otro/a es una solución interpersonal. Mientras

que delincuencia siempre ha habido como profesión u “oficio”, el crimen violento, en el caso de las mujeres se reviste de un especial carácter de gravedad al que hay que referirse desde diversos ángulos; esto se resume en la pérdida de aquellos límites o “frenos” que hasta cierto grado resguardaban a las mujeres, niños, ancianos, etc. Estos límites se quebraron de sobremanera con el conflicto armado interno. El problema crucial es que eso fue con la anuencia del Estado, es decir, desde una base que debiera haber servido para la construcción de civilidad e institucionalidad. (25)

La lucha contra el femicidio no sólo es uno de los retos socio / culturales y ético / políticos que forman parte de las nuevas posiciones de la mujer en todos los ámbitos: la lucha contra la violencia no solo acompaña a las voces que se alzan para hacer prevalecer los derechos humanos, sino que canaliza la protesta de los débiles, así como denuncia las injusticias, etc. La muerte violenta de una mujer no sólo es un problema de profunda trasgresión legal, sino que está ligado a la forma y a los imaginarios de sobrevivencia humana a los que asistimos en los inicios de este siglo. (25)

Sin embargo, el alza correspondiente de las muertes femeninas nos exige ser cuidadosos con las extrapolaciones de la violencia contra la mujer como una especificidad de la violencia de género. Reafirmamos esto para confirmar la necesidad de considerar integral y pragmáticamente el enfoque este informe. La descripción de los alcances y los objetivos del mismo se proyectan en una función institucional, en el sentido que puedan convertirse en una herramienta para facilitar la investigación de los casos a través del uso de la base de datos, así como para proveer ciertos puntos-claves para abrir preguntas y dar respuestas a los procesos de investigación. (25)

C. LA AUTOPSIA MÉDICO LEGAL

Es el procedimiento médico que se realiza sobre el cadáver con el fin de determinar la causa, el mecanismo y la manera de la muerte. (46)

1. OBLIGACIÓN DE LAS AUTOPSIAS

La realización de autopsias es obligatoria en los siguientes casos:

En los casos donde la muerte puede ser debida a causas no naturales, la autoridad competente, acompañada de uno o más médicos forenses, deberá investigar adecuadamente el lugar de los hechos, examinar el cuerpo y decidir si debe realizarse la autopsia. ⁽²⁷⁾

Se debe practicar la autopsia en todas las muertes no naturales, obvias o sospechosas, también cuando exista demora entre el hecho causal y la muerte, particularmente en los siguientes casos:

- Homicidio o sospecha de homicidio.
- Muerte súbita inesperada, incluyendo el síndrome de muerte súbita del lactante.
- Violación de derechos humanos, como es la sospecha de tortura o cualquier otra forma de maltrato.
- Suicidio o sospecha de suicidio.
- Accidentes de circulación, laborales o domésticos.
- Enfermedad profesional y ensayos.
- Desastres tecnológicos y naturales.
- Muertes durante detenciones o muertes asociadas con actividades policiales o militares.
- Cuerpos no identificados o restos óseos.
- Niños fallecidos antes de las 24 horas de vida. ⁽²⁷⁾

De manera específica en los siguientes casos:

- Constricción cervical (ahorcamientos, estrangulamiento a mano o con lazo).
- Sumersión /inmersión.
- Homicidios con móvil sexual.
- Muertes por maltrato infantil y omisión.
- Infanticidio/fetos o recién nacidos.

- Muerte súbita.
- Muerte por proyectiles de arma de fuego.
- Muerte causada por artefactos explosivos
- Lesiones por instrumentos romos y/o penetrantes.
- Muertes en incendios.
- Sospecha de intoxicación
- Cuerpos en putrefacción. ⁽²⁷⁾

2. QUIÉN REALIZA LA AUTOPSIA JUDICIAL

En nuestro país, la realización de la Autopsia Judicial está encomendada al Médico Forense (Funcionario del Instituto de Investigaciones Forenses del Ministerio Publico); esto no es óbice para que en la misma, puedan intervenir otros peritos. ⁽²⁷⁾

3. OBJETIVOS DE LA AUTOPSIA MEDICO- LEGAL.

Los objetivos de la misma son:

- Determinar la causa de muerte.
- Ayudar a establecer la manera de muerte.
- Colaborar en la estimación del intervalo post mortem.
- Ayudar a establecer la identidad de la persona fallecida.

Cuando un cuerpo ingresa a la morgue, el mismo debe venir identificado con el nombre completo (excepto cuando se trata de un desconocido) y el lugar de donde proviene, además de traer el informe de muerte en investigación realizado por los investigadores al momento del levantamiento, la orden de autopsia realizada por la Autoridad Judicial y en los casos que lo amerita el expediente médico de la persona (muertes hospitalarias, mal praxis, etc.). ^(27, 62)

El mismo debe ingresarse en el sistema de patología donde queda consignada la fecha, hora y quien lo recibe al mismo tiempo que se le asigna el número de autopsia correspondiente. ^(10, 52)

Cuando inicia la autopsia, el cuerpo debe ser sacado de la bolsa o sábana (cuando provienen de hospital) y el médico debe a realizar el examen del mismo en el siguiente orden:

4. EXAMEN EXTERNO DEL CADÁVER

Primero debe revisarse sin lavar ni desvestir para buscar cualquier elemento o prueba que pueda ser útil para la investigación así como para describir las ropas con todas sus características y como se encuentran colocadas en el cuerpo. Es en este punto donde se debe solicitar la colaboración del Departamento de Laboratorio de Ciencias Forenses en caso que se requiera el uso de la lámpara de luz alterna. Posteriormente, se retira la ropa que se deja sobre una superficie limpia y seca, y se examina poniendo especial atención a los defectos que pueda encontrarse en la misma y si estos coinciden con la localización de las heridas. ^(10, 46, 62)

Luego se debe revisar el cadáver sin las ropas nuevamente y sin haberlo limpiado para buscar otros posibles indicios. Además, se toman las muestras de pólvora en manos y orificios de entrada en los casos de heridas por arma de fuego, frotis de orificios fisiológicos (oral, anal y vaginal) y de la piel en caso de sospecharse otros fluidos biológicos como saliva, sangre o semen, muestras por tracción de cabellos y residuos subungueales. También pueden tomarse fotografías de las lesiones sin limpiar. ^(10, 46, 62)

Posteriormente se procede a lavar el cuerpo, y se completa el examen externo con la descripción de la edad aparente, sexo, raza, medición de talla y el peso, características morfológicas y de identificación del mismo (cabello, ojos, habito corporal, cicatrices, tatuajes, amputaciones, estado dental y descripción general de la

cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales, ano), fenómenos cadavéricos (livideces, rigidez, signos de deshidratación, fenómenos de putrefacción) y antropofagia, datos de intervención quirúrgica y se revisa nuevamente en búsqueda de otras heridas que hayan estado enmascaradas por sangre o suciedad, se procede a realizar un diagrama de las mismas y se fotografían las lesiones mostrando la localización general de las mismas y luego con patrón métrico. ^(10, 46, 62)

La descripción de las heridas debe realizarse anotando el tipo de lesión (arma de fuego, arma blanca, contusión, excoriación, equimosis, etc.), su localización, el tamaño, la forma, y si constituye una marca patrón. En el caso de las heridas por arma de fuego, deben contar con la descripción del orificio de entrada, el trayecto, las lesiones que producen, el orificio de salida o el sitio donde se localizó el proyectil y la distancia que existe entre el orificio de entrada y el de salida o el proyectil. Para las heridas punzantes, punzantes o punzocortantes, también debe describirse el orificio de entrada, el trayecto, las lesiones que produjo, el orificio de salida y la profundidad total de la herida. ^(10, 46, 62)

Además, se realiza el estudio radiológico del cuerpo. Este generalmente es de rutina en los casos de heridas por arma de fuego, niños agredidos y cuerpos en estado de putrefacción. La extensión del estudio depende de cada caso y del criterio del médico a cargo del mismo. ^(10, 46, 62)

5. EXAMEN INTERNO DEL CADÁVER

Una vez finalizado el examen externo del mismo, se procede a la apertura del cuerpo. ^(10, 46, 62)

En Costa Rica, todas las autopsias médico legales se realizan de forma completa (incluye la cabeza, así lo amerite y se extraen y examinan todas las vísceras). Está descrito que la autopsia puede realizarse con diferentes técnicas que incluyen la de Virchow, Letulle y Rokitansky modificada. Esta última, que se describe como la apertura del cuello en "Y", donde la incisión se extiende desde la fosa supra esternal

hasta las apófisis mastoides detrás de las orejas es la utilizada en las autopsias realizadas en el Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal.

Se realiza siempre la disección completa del cuello, valorando los tejidos blandos y los músculos, se toman las muestras de sangre periférica y para la tipificación de AND. Una vez realizada la disección por planos de la piel y músculo, se retira el esternón y el arco anterior de las costillas, se examinan los órganos in situ, se describe la presencia de adherencias y fluidos (sangre, líquido o pus) en las diferentes cavidades, variantes anatómicas, datos de cirugías previas, artefactos o prótesis médicas antiguas y recientes. Luego se remueven las vísceras del cuerpo en bloque y se revisan las cavidades corporales nuevamente en busca de lesiones o alteraciones anatómicas. Se toma una muestra de médula ósea de la columna y en los casos de cuerpos en estado de putrefacción muestras de músculo rojo o un fémur para identificación por ADN. ^(10, 46, 62)

Finalmente procede a la separación y revisión de los órganos, donde cada uno debe ser descrito, pesado, disecado y finalmente muestreado para guardar como evidencia de los hallazgos encontrados. Además, durante este periodo es que se realiza la toma de muestras de hígado, riñón, contenido gástrico y orina en caso de necesitarse para ser enviadas al laboratorio. ⁽⁶²⁾

Por otra parte, la realiza la revisión del cuero cabelludo, el cráneo y las meninges, se anota cualquier sangrado (hemorragias subdurales, epidurales y subaracnoideas), se revisa el cerebro antes de removerlo del cráneo y se describe la presencia de cualquier líquido o material fuera de lo normal. Una vez removido el cerebro se retira la duramadre y se valora la base del cráneo. ^(46, 62)

Existen casos donde por la naturaleza del trauma y los hallazgos de autopsia también deben realizarse la disección de la parte posterior del cuello y la resección de la columna cervical para una valoración más detallada de la misma. ^(10, 46, 62)

Es muy importante tener en consideración la cadena de custodia para todas aquellas evidencias que se recolectan a lo largo de la autopsia y que es la que garantiza la validez de las mismas dentro del proceso judicial. ^(10, 46, 62)

Una vez finalizado en análisis del cuerpo, el mismo debe ser devuelto a sus familiares para que sea sepultado. En caso de no ser reclamado, se guardara en una de las cámaras de la morgue judicial por un periodo razonable de tiempo y de seguir sin ser reclamado será sepultado en el entierro conjunto que la Sección realiza varias veces por año. Sin embargo, el entregar el cuerpo a los familiares no significa que el proceso de autopsia ésta terminado. En algunos casos la causa y manera de muerte pueden determinarse en el preciso momento de la autopsia, sin embargo en otros (muertes naturales, muertes súbitas, intoxicaciones, etc.) puede requerirse el resultado de laboratorios, reportes de histología o neuropatología para llegar a los mismos. ^(10, 46, 52, 62)

6. PROTOCOLO DE AUTOPSIA

Una vez finalizada la autopsia, el médico encargado debe llenar el protocolo de autopsia que incluya la fecha y hora de la realización de la autopsia, el nombre de la persona fallecida (si se conoce), la descripción de esa persona, de todas las lesiones encontradas, de los hallazgos internos realizados, de las muestras y evidencia recolectada así como la disposición de la mismas, esto con los datos que ya tiene a su disposición y una vez que complete los informes de toxicología, histología, neuropatología y/o reciba los documentos médicos que haya solicitado referentes al caso deberá realizar el los diagnósticos finales del caso, establecer la causa y manera de muerte y general el Dictamen Médico Legal en términos comprensibles para personas sin formación médica que será enviado a la Autoridad Judicial que solicitó la realización de la Autopsia Médico Legal. ^(10, 46, 52, 62)

Finalmente y como punto más importante se debe recalcar que todo proceso realizado en patología, ya sea la visita a un escenario de muerte o una autopsia es

un proceso único e irreplicable, por lo que debe realizarse siempre con el mayor cuidado y esmero posible en la búsqueda de contribuir de la mejor manera a la administración de justicia. ⁽⁶²⁾

7. DIAGNOSTICO ADECUADO DE CAUSA Y MECANISMO DE MUERTE

a. La causa de la muerte

Es el traumatismo, enfermedad o combinación de ambos responsable de la iniciación de la serie de trastornos fisiopatológicos, breves o prolongados, que terminan con la vida de una persona (silencio eléctrico cardíaco y cerebral). ⁽²⁰⁾

La causa de la muerte es única (inmediata y fundamental) cuando la lesión o enfermedad producen la muerte tan rápidamente que no hay lugar a secuelas o complicaciones. Cuando hay una demora entre el inicio de la enfermedad o lesión y la muerte final, pueden distinguirse una causa inmediata o última (la que produjo la muerte directamente) y otra fundamental, inicial o básica. Este intervalo puede ser muy prolongado, incluso de años. Es decir, cuando la lesión o enfermedad produce la muerte de forma inmediata (decapitación, herida por arma de fuego en la cabeza, etc.), no procede una distinción entre causa inmediata y fundamental, pues esencialmente son la misma. Si hay un periodo de supervivencia y aparecen complicaciones (p. ej. neumonía) entonces ésta es la causa inmediata y la que inició el proceso es la fundamental, siempre que exista relación de causalidad directa entre ellas. Es decir, la causa inmediata de la muerte es complicación de la causa fundamental o inicial. ⁽²⁰⁾

En un caso de traumatismo abdominal cerrado con muerte tres días después por peritonitis, la causa fundamental es el traumatismo abdominal y la peritonitis la inmediata. Los certificados de defunción sólo permiten una única causa fundamental, básica o inicial a la que incluyen en el apartado de causas antecedentes, junto con las denominadas causas intermedias, en caso de haberlas. Las causas intermedias

son los trastornos producidos por la causa fundamental y dela que resultará la inmediata u otra causa intermedia. ⁽²⁰⁾

Es decir, una causa intermedia es cualquiera que exista en la secuencia entre causa inmediata y fundamental. El modelo internacional permite una causa inmediata, dos intermedias y una fundamental que se expresarán en orden inverso al cronológico. Es recomendable, siempre que sea posible, adoptaren las conclusiones de los informes de autopsia el formato del apartado de la causa de la muerte (parte I y II) del modelo internacional de certificado médico de causa de defunción o nuevo certificado de defunción español; indicando el intervalo aproximado entre el inicio del trastorno y la muerte. El nuevo certificado médico de defunción español ha incorporado al apartado de la causa dela muerte el formato del modelo internacional de la OMS. ⁽⁴⁴⁾

En la parte I, lo esencial es la causa fundamental, básica o inicial, que se consignará en la última línea que se rellene en caso de haber más de una. En la parte II, otros trastornos o enfermedades que contribuyeron a la muerte (precipitando o influyendo en la evolución), pero no directamente relacionados con la causa fundamental. Esta parte es el lugar adecuado para consignar una segunda causa de muerte en su caso. ⁽²⁰⁾

b. Mecanismo de muerte.

Es el trastorno fisiopatológico puesto en marcha por la enfermedad o lesión (causa de la muerte) que conduce al cese de la actividad eléctrica celular. Ejemplos de mecanismos de muerte son: edema pulmonar, sepsis, choque hipovolémico, insuficiencia renal, edema cerebral o fibrilación ventricular (diagnóstico sólo aceptable cuando el paciente está conectado a un monitor). Cada uno de estos trastornos puede ser consecuencia de una amplia variedad de enfermedades y traumatismos. ⁽²⁰⁾

La causa y el mecanismo de muerte están interrelacionados y uno puede explicar el otro. Por ejemplo, en una autopsia en la que se encuentran signos de aterosclerosis coronaria severa y concentraciones de benzodiazepinas y opiáceos por encima de los niveles terapéuticos. Si la muerte fue presenciada, resultando que el sujeto se encontraba consciente, orientado y se colapsó súbitamente, se puede deducir que el mecanismo de muerte fue una arritmia y la causa la cardiopatía isquémica. Si con los mismos hallazgos de autopsia las circunstancias que condujeron a la muerte fueron que el sujeto estaba somnoliento y progresivamente entró en coma mostrando una depresión del centro respiratorio hasta la muerte, éste sería el mecanismo, y la intoxicación por drogas, la causa. Si la muerte no fue presenciada y no se dispone de la referida información, el caso es especialmente polémico (apartado Casos especialmente complejos. Más de una causa de muerte). Muchos médicos, especialmente los clínicos, utilizan inadecuadamente como causa de muerte lo que realmente son mecanismos. ⁽¹⁾

El mecanismo de la muerte debe incluirse en los informes de autopsia en el apartado de Valoración médico-legal (opinión o consideraciones) más que en las Conclusiones. Excepcionalmente podría establecerse un mecanismo como causa inmediata (nunca fundamental) de muerte cuando de no hacerlo el caso quedara confuso, pero insistimos, los mecanismos no son causas de muerte. ⁽²⁰⁾

c. Muerte natural y muerte violenta

La primera conclusión en las declaraciones de autopsias médico-legales debe referirse a establecer si se trata de una muerte violenta o natural, pues en este último caso el juez instructor archivará las diligencias de un sumario incoado a raíz de la muerte por causa desconocida de una persona. Esto incluye todas las muertes sospechosas: muerte súbita e inesperada, muerte sin asistencia, etc., cuando se concluye que obedecen a causas naturales. ⁽¹⁶⁾

El Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española define la muerte natural como la que sólo se atribuye a la vejez, y violenta a la consecutiva a un traumatismo fortuito o la que se ejecuta privando de la vida a alguien intencionadamente. De estas definiciones, desde un punto de vista médico-legal, quedarían excluidas todas las enfermedades como causa de muerte natural, y como violentas todos los suicidios y los accidentes no causados por traumatismos, como las intoxicaciones, baja temperatura ambiental, ciertas asfixias, etc. A finales del año 2006, un grupo de médicos forenses, remitió un escrito al Director de la Real Academia Española sugiriendo un cambio de estas definiciones en el diccionario. ⁽¹³⁾

No hemos encontrado, a nuestro juicio, una definición satisfactoria de muerte natural ni de muerte violenta (no natural). La dificultad en delimitar ambos conceptos antagónicos radica en que incluyen un aspecto médico-biológico y otro legal-administrativo.

Los criterios más utilizados en las definiciones tradicionales: causa exógena, responsabilidad de terceros, intencionalidad, etc., o son compatibles con ambos tipos de muertes o no abarcan todos los casos. Definir exclusivamente la muerte violenta por su origen accidental, suicida u homicida cumple con su aspecto legal, pero no con el médico-biológico. Así pues, una definición simple y práctica desde el punto de vista médico sería establecer como naturales las debidas exclusivamente a enfermedad y como violentas (no naturales) las no debidas a enfermedad. ⁽¹⁶⁾

Si a la muerte contribuye cualquier traumatismo, lesión o daño, sea mecánico, químico o agente físico, la muerte no es natural. Algunos añaden al concepto de muerte natural como la debida exclusivamente a enfermedad, el efecto del envejecimiento y las complicaciones del embarazo y parto. La senilidad o edad avanzada como diagnóstico de causa de muerte después de una autopsia sólo estaría justificada en casos de personas de más de 90 años, sin antecedentes patológicos y con hallazgos mínimos de autopsia. ⁽⁵¹⁾

La dificultad en elaborar una definición se complica porque hay casos que según las circunstancias podrían incluirse en uno u otro tipo, es decir que si una enfermedad, que se consideraría muerte natural, se ocasiona intencionadamente sería una muerte violenta. Por ejemplo el Carbunco o la Peste pulmonares, si se adquieren espontáneamente en la naturaleza serían muertes naturales, pero si se trata de una víctima por utilización del *Bacillus anthracis* o *Yersinia Pestis* como arma biológica sería violenta (homicidio), y como accidente de trabajo también sería violenta.

Por ello proponemos la siguiente definición:

“Muerte violenta (no natural) es la causada por traumatismos de cualquier tipo (mecánico, agente físico, etc.), asfixias, el efecto tóxico de cualquier sustancia, elevada o baja temperatura ambiental, hambre o sed. También la causada por otros agentes patógenos, si es a consecuencia de un accidente, homicidio o suicidio”.⁽²⁰⁾

En general, la causa de la muerte establece el origen natural o violento de la muerte. Los mayores problemas surgen cuando coexisten o coinciden enfermedad y traumatismo o violencia de cualquier tipo (apartado Traumatismo y enfermedad).⁽²⁰⁾

“La presencia de una lesión violenta domina la determinación del origen de la muerte. Si cualquier tipo de violencia es causa o contribuye a la muerte, la muerte no puede ser natural; no importa que la referida lesión se consigne como causa fundamental o como otro proceso significativo que contribuyó a la muerte”⁽⁵¹⁾

Si no se puede establecer claramente este origen o no se conoce la causa de la muerte hablamos de muerte de origen indeterminado. También utilizamos el origen sin clasificar por complicación de la terapéutica, como se permite en ciertos estados de Norteamérica para determinados casos. En esta clasificación se producen algunas situaciones paradójicas, así si la muerte se produce por intoxicación alcohólica aguda se clasifica como muerte violenta; sin embargo, si la muerte es consecuencia del abuso crónico de alcohol se establece tradicionalmente como

natural, tal como ocurre en las cirrosis o miocardiopatías alcohólicas, convulsiones por abstinencia alcohólica, etc. ⁽²⁵⁾

Trastornos precipitados por una intoxicación aguda, como la hemorragia cerebral o la ruptura de una placa de ateroma de una arteria coronaria durante una intoxicación por cocaína, se establecen como muerte violenta (accidental), siempre que el diagnóstico de laboratorio confirme una intoxicación aguda. ⁽²⁰⁾

d. Utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Aunque sin olvidar que los informes de autopsia son instrumentos esencialmente elaborados para servir a la Administración de Justicia, tanto ellos como las comunicaciones de las causas de la muerte a los juzgados deberían, siempre que fuera posible, utilizarlos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) ⁽⁴⁴⁾, de forma que pudieran ser codificadas para las estadísticas de Salud Pública y, por consiguiente, puedan ser utilizadas para estudios epidemiológicos ⁽⁴⁾.

Al no incluirse en las materias de enseñanza obligatoria de la Licenciatura en Medicina la codificación internacional, la mayoría de los médicos, incluidos los forenses, tienen deficiente preparación para utilizarla referida clasificación. Además, ésta es compleja y requiere detallada información en algunos tipos de muerte, como en los disparos de arma de fuego el tipo de arma utilizada (pistola o rifle), el lugar donde ocurrieron los hechos (hogar, escuela, área deportiva, etc.) y una subclasificación complementaria de la actividad que realizaba la persona ahora fallecida. ⁽²⁰⁾

La CIE tiene su antecedente en la clasificación encargada al Dr. Bertillon por el *International Statistical Institute* a final del siglo XIX utilizando los principios del epidemiólogo William Farr. La primera revisión se hizo en 1900 y por recomendación

de la *American Public Health Association* se ha revisado cada década, razón por lo que la última es la CIE-10, la décima década. ⁽²⁰⁾

La codificación de la CIE-10 es alfanumérica en lugar de la numérica de la CIE-9, así que los códigos se componen de una letra seguida de dos números; además permite la utilización de caracteres adicionales hasta cinco o seis, de esta forma aumenta el número de categorías disponibles con subdivisiones y mayor detalle. Como dicha Clasificación está diseñada con el fin de satisfacer las necesidades de la Medicina Clínica y de la Salud Pública, su estructura a veces tiene muchos más detalles de los necesarios para el uso forense ya veces menos. Un ejemplo de cómo la CIE-10 no sea justa exactamente a las necesidades de la patología forense es el caso de la muerte súbita por cardiopatía isquémica sin infarto y en la que se presume una arritmia maligna como mecanismo de muerte. Aquí, la causa de la muerte podría codificarse de tres formas diferentes según lo redacte el que escribe la causa: Cardiopatía isquémica crónica (I25) u Otras cardiopatías isquémicas agudas (I24).I24.8: Otras formas de Cardiopatía isquémica aguda, incluyendo la insuficiencia coronaria.I25.1: Cardiopatía isquémica crónica (cardiopatía coronaria aterosclerótica).I25.9: Cardiopatía Isquémica no especificada. ⁽²⁰⁾

e. Utilización del Snomed CT

En un futuro próximo puede imponerse en los Servicios de Salud la utilización del Snomed-CT (*Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*) que es la terminología clínica integral, multilinguaje codificada de mayor amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo. Es un vocabulario normalizado que permitirá la representación del contenido de los documentos clínicos para su interpretación automática e inequívoca entre sistemas distintos de forma precisa y en diferentes idiomas.

SNOMED CT nace de la fusión entre Snomed RT (*Snomed Reference Terminología*), creada por el Colegio Americano de Patólogos (CAP) y el *Clinical Terms Version 3*

(CTV3), desarrollada por el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. Su propósito es complementarse para servir como terminología de referencia para el desarrollo de la interoperabilidad semántica de la historia clínica electrónica. ⁽²⁰⁾

Entre las cualidades de Snomed CT se encuentra la posibilidad de un establecimiento ágil de referencias cruzadas con otras clasificaciones de uso habitual como la CIE-10, entre otras. La organización que actualmente tiene los derechos de propiedad intelectual de Snomed CT es la *International Health Terminology Standards Development Organization* (IHTSDO)(CT), constituida el 23 de marzo de 2007; es una entidad sin ánimo de lucro cuyo propósito es desarrollar, promover y permitir la adopción y el uso correcto de los productos terminológicos en los sistemas de salud de todo el mundo. En la actualidad, la Snomed CT se considera la mejor opción para codificar los diagnósticos anatómicos patológicos y los códigos de la CIE-10 para la clasificación de las causas de la muerte. ⁽²³⁾

D. MARCO LEGAL

1. REGLAMENTO DE CADAVERES, AUTOPSIAS, NECROPSIAS TRASLADOS Y OTROS

CAPITULO II

DE LAS AUTOPSIAS ⁽²⁸⁾

ARTICULO 5.- Es obligatoria la autopsia de las personas fallecidas como resultado de la comisión de delitos o de accidentes de tránsito u otros, de las muertes naturales producidas en los establecimientos de salud del territorio nacional, en los niños fallecidos antes de las 24 horas de vida, en todos aquellos casos de pacientes en que no se pudiera establecer las causas de la muerte o en aquellos en que no se ha llegado a un diagnóstico médico razonable o se dude del tratamiento médico instaurado, en todas las muertes en que haya existido discrepancia entre los

especialistas sobre las causas de la muerte, en todos los casos de muerte de los mortinatos y los prematuros.

ARTÍCULO 6.- Para efectuar una autopsia se precisa la autorización de los parientes más próximos: esposa, o esposo, padre o madre, hijo o hija u otros familiares allegados al difunto o en su defecto de la persona encargada del funeral, para lo cual se deberá hacer conocer perfectamente la Ley. Obtener el permiso firmado y con testigos responsables. En caso de que exista alguna duda acerca de la autorización para proceder a la realización de la autopsia y necropsia, se deberá hablar con la persona que dio el permiso o con sus allegados. Si la persona que dio consentimiento para la ejecución de la misma y limitó su extensión, el médico debe atenerse a esa situación.

ARTÍCULO 7.- Las autopsias y necropsias médico-legales propias de las necesidades de la justicia ordinaria, que han sido solicitadas por las partes, por la autoridad fiscal o por los peritos dentro del proceso, no requieren autorización previa alguna.

ARTICULO 8.- El permiso puede ser obtenido por escrito o también ante la presencia de testigos en forma verbal, por teléfono o telégrafo u otro medio moderno de comunicación, siempre que la persona que lo otorgue sea la indicada de hacerlo, para lo cual debe identificarse y grabarse en cinta o disco la conversación a fin de prevenir futuros reclamos. El permiso obtenido para el verificativo de las indicadas actuaciones médico-legales debe ser archivado.

ARTÍCULO 9.- Se implanta el uso obligatorio de FORMULARIO UNICO DE AUTOPSIA Y NECROPSIA, en el que se anotará fielmente todos los datos obtenidos de la causa de la muerte.

ARTICULO 10.- No se podrá efectuar autopsias después de las 6 primeras horas de deceso, salvo cuando semiológicamente sea demostrada la muerte o cuando surja la

posibilidad de aprovechamiento de órganos para transplante, en este caso deberá tomarse en cuenta las siguientes indicaciones:

- a) Señales oculares (dilatación pupilar);
- b) Disminución del globo ocular;
- c) Tela viscosa;
- d) Hipóstasis sanguínea en las regiones en declive;
- e) Rigidez Muscular;
- f) Enfriamiento del cuerpo;
- g) Falta de conciencia;
- h) Paros circulatorio y respiratorio.

ARTÍCULO 11.- En toda autopsia es obligatoria la precisión del tiempo de muerte (crotonatognosis).

ARTICULO 12.- Queda establecido que en toda autopsia y necropsia deben cumplirse los pasos siguientes: cuando la intervención es médico-legal a) Identificación: dotar a cada centro de autopsia y necropsia de un sistema de identificación de los cadáveres con los siguientes equipos: cámara fotográfica para obtener dos fotografías (frente y perfil), un sistema de dactiloscopia con los respectivos libros y fichaje. b) Disponer de un local en el que exista sistema de congelación de cadáveres apropiado para tal efecto. c) Pensar en la causa jurídica de la muerte, si es posible oír a las personas que se encuentran ligadas a los hechos antes, durante y después de la autopsia y en necropsia. d) Retirar completamente las vestimentas del cadáver, firmar sobre las mismas, establecer correspondencia con las lesiones, movilizar y lavar el cadáver con agua corriente. e) Procurar identificar el instrumento o medio que produjo la muerte, a través del examen de las lesiones. f) Pensar en los ángulos, dirección, distancia de tiros o de otras armas, imaginado por el examen de las lesiones la posición de la víctima y del agresor en el momento del crimen, fotografiar las lesiones si el caso lo requiere. g) Procurar el diagnóstico diferencial entre suicidio, homicidio y accidente, discutir el caso frente a datos

positivos y negativos. h) Evaluar el tiempo transcurrido entre la lesión y la muerte o entre la muerte y la necropsia. i) Pesquisar la presencia o ausencia de reacción vital (quemados, ahogados o poli traumatizados). j) Pensar en la intensidad del agresor, pesquisar señales de lucha y lesiones de defensa. k) Procurar hallar señales de relaciones sexuales o actos libidinosos, caracterizar el empleo de medios insidiosos o crueles. l) Efectuar la colecta de material (cabellos, palos, material para examen histológico, toxicológico, sangre para dosaje alcohólico y otros elementos subsidiarios.). ll) Luego después de la abertura de cavidades antes de retirar órganos, debe efectuarse el examen topográfico en conjunto de las vísceras superficies externas, colecciones líquidas o del estado de las paredes. m) Evitar al máximo las hipótesis absurdas o complicadas sin fundamento. n) No confiar en la memoria, elevar un resultado de autopsia o necropsia inmediatamente efectuando el acto de pericia a la autoridad que dispuso su ejecución.

ARTICULO 13.- Terminado el acto necroscópico o autópsido se debe restituir al cadáver los órganos ya examinados y disponer en sus cavidades, excepto el encéfalo que puede ser colocado en la cavidad abdominal.

ARTÍCULO 14.- Se debe formar un laudo especialmente de los no traumatizados, con objeto de evitar confusiones a posteriori con las lesiones vitales notoriamente en los huesos.

ARTICULO 15.- Debe anotarse si hubo o no-introducción de material extraño en la recomposición del cadáver. ⁽²⁸⁾

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema real en el departamento de La Paz son los altos índices de muerte violenta contra el sexo femenino que se van suscitando, son un problema de alta trascendencia, los cuales merecen un estudio profundo para determinar medidas que aborden a este problema de manera integral. Motivo por el cual se realiza una revisión de fuentes de prensa y artículos científicos de diferentes puntos geográficos para dilucidar la causa de muerte en el sexo femenino.

Entre el 1 de enero y el 10 de diciembre de 2015, en Bolivia fueron verificados 93 feminicidios que son procesados legalmente ante la justicia ordinaria, declaró el fiscal general del Estado, Ramiro Guerrero. En un cuadro comparativo de los registros del Ministerio Público, es posible corroborar que los feminicidios aumentaron el 2015 en un 20 por ciento con respecto a los investigados en 2014, que alcanzaron a 77 casos.⁽³²⁾

Se realizaron trabajos en diferentes puntos del globo sobre la temática de muertes violentas del sexo femenino entre los cuales tenemos trabajos realizados en Guatemala, Argentina, Bolivia, Turquía y Portugal de los cuales exponemos el resumen de ellos.

Según el trabajo realizado por el Lic. José Rodolfo Kepfer y M.A. Felipe Girón en el Análisis Criminalístico de los Homicidios de Mujeres en Guatemala, su estudio reveló que los días en que mayor número de muertes violentas de mujeres se dieron fue el día jueves en el que se registraron 41 casos, en la gran mayoría de los casos no existió movilización del cadáver y el instrumento utilizado con mayor frecuencia, en los casos de muerte violenta en mujeres es el arma de fuego. En dos de los expedientes estudiados se pudo identificar el uso de más de un arma. Asimismo pudimos establecer que en 212 de los casos, no existió ningún tipo de ocultamiento del cadáver es decir, fue dejado a la vista de quien lo pudiera encontrar. Esto puede indicar que los delincuentes no sienten la necesidad de esconder sus actos, ya que

muy probablemente no se sienten amenazados por los administradores de justicia y no temen ser detenidos. ⁽²⁵⁾

En el trabajo “Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” realizado por el Dr. Spinelli y colaboradores se registraron 4759 defunciones por muerte violenta ocurridas en la ciudad autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de los años 1988 y 1991, y los años 2001 y 2002. Los tipos de violencias más frecuentes encontrados fueron: Muerte violenta ignorada (32,5%), accidentes de tránsito (27,7%), suicidios (22,8%) y homicidios (17%). El análisis de las circunstancias más frecuentes para el total de los tipos de violencia presento la siguiente distribución: herida de bala (19,1%), accidentes de tránsito (11,2%), caídas (10,5%) y accidentes ferroviarios (6,2%); un 24,4% correspondió al siguiente grupo de circunstancias: ahorcaduras, intranosocomial, quemaduras, heridas de arma blanca, intoxicaciones y ahogados; en el resto de registros se ignora la circunstancia (28,6%). ⁽⁵⁶⁾

En el artículo de Dalence Montaña JG y Deheza Valda, Calidad en el llenado del certificado de Defunción: Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro y Tarija, primer semestre 2011, de 264 muertes violentas registradas, 195 (73,86%) se tenían registrados como causa básica de muerte, los “signos, síntomas y afecciones mal definidas”, “enfermedades del sistema circulatorio” (infarto agudo de miocardio determinado sin autopsia, muerte súbita de origen cardiaco inespecífico), “causas externas” (accidentes de tránsito inespecíficos, caídas inespecíficas, electrocución inespecífica, traumatismos inespecíficos, carbonización inespecífica). Solamente se determinó la causa de muerte violenta por autopsia en 9,85% (26 casos de 264). ⁽⁶⁹⁾

El estudio realizado por Esra Ozgun Unal, Sermet Koce, Volkan Unal, Ramazan Akcan and Gulnaz T. Javan cuyo trabajo titula la Violencia contra las mujeres: estudio en serie de autopsias de Estambul, Turquía. Los resultados obtenidos de todas las muertes del género femenino (n = 4165), 12.9% fueron por violencia contra las mujeres, que comprendía el 2.6% de todas las autopsias (n = 20,456) realizadas

en el periodo de estudio en Estambul. La media de edad de las víctimas fue de 43 años, y una proporción significativa de las víctimas (49.7%) estaban entre las edades de 21 a 40 años. Las muertes ocurrieron comúnmente en las residencias privadas (51.2%, n = 275), en vía pública y otras áreas el 14.5% (n = 78) de casos. La causa de muerte más común fue la muerte por proyectil de arma de fuego (50.1%, n = 269), seguido de la muerte por heridas punzocortantes por arma blanca (28.3%, n = 152) y estrangulación (8.4%, n = 45). Los perpetradores de los hechos fueron los esposos o enamorados en un 52.3% y las mujeres fueron las victimadoras en el 4.4% (n = 16) de casos. ⁽⁷¹⁾

El estudio realizado en Portugal por Ana Rita Pereira, Duarte Nuno Vieira y Teresa Magalhães cuyo trabajo titula “La fatal violencia íntima de la pareja contra mujeres en Portugal: A forensic medical national study” 2013. Indica que la violencia íntima de la pareja es una causa importante de problemas de salud y socio familiares en la mujer, en extremo son víctimas de homicidio. De las cuales indica que la mayoría de las mujeres murieron por heridas de proyectil de arma de fuego en un (45.2%), especialmente en el tórax (48.4%), con múltiples heridas fatales; 56.5% además presentaron heridas no letales. ⁽⁷²⁾

Por lo tanto ya planteada la problemática la realización es muy importante en cuanto se refiere a documentar y caracterizar las muertes violentas de mujeres, ya que se espera que contribuyan a propiciar transformaciones de carácter institucional con otra base constitucional, legal, jurisprudencial y judicial (cuyas decisiones también son políticas e influyen en la tendencia política del sistema jurídico). Los resultados obtenidos a través de este trabajo, pretenden dar a conocer las principales causas de muerte violenta en el sexo femenino, con el enfoque de violencia contra el género, lo cual permitirá brindar información sobre la frecuencia de los decesos según la edad y mes, evaluar el encadenamiento de causa de muerte e implementar un nuevo certificado de defunción actualizado según estándares internacionales.

VI. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Identificar las características asociadas a muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el número de víctimas por muerte violenta del sexo femenino en los periodos marzo 2014 - marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.
- Determinar la media y rango de edad más frecuente de víctimas muerte violenta del sexo femenino en el periodo de marzo 2014 a marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.
- Determinar el mes con mayor frecuencia de casos de muerte violenta del sexo femenino en el periodo de marzo 2014 a marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.
- Determinar la causa básica de muerte violenta del sexo femenino en el periodo de marzo 2014 a marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.
- Identificar el correcto encadenamiento de causa de muerte violenta del sexo femenino según normas CIE-10 en el periodo de marzo 2014 - marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características asociadas a muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016 en la morgue judicial de la ciudad de La Paz, Bolivia?

B. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo.

Es retrospectivo, debido a que estudiaron hechos ocurridos en el pasado, de marzo de 2014 a marzo de 2016.

Es un estudio tipo transversal, puesto que se estudiaron todos los datos obtenidos en un determinado momento según el cronograma establecido previamente.

Es descriptivo, puesto se investigó la distribución de distintos fenómenos relacionados con causa de muerte violenta del sexo femenino en la población de estudio, en un lugar y durante un período de tiempo determinado, identificando frecuencias y determinantes o factores asociados.

C. POBLACIÓN O LUGAR

El Instituto de Investigaciones Forenses es un órgano dependiente de la Fiscalía General de la República, encargado de realizar, con autonomía institucional, todos los estudios científico-técnicos requeridos para la investigación y comprobación de los delitos mediante orden judicial, misión que nace por mandato de la Ley No 260, Ley Orgánica del Ministerio Público y la Ley No 1960, Código de Procedimiento Penal.

El lugar de estudio de este trabajo, es la morgue judicial del Hospital de Clínicas en la Zona de Miraflores, Avenida Saavedra. La Morgue Judicial actualmente es el área de depósito de desechos biológicos del Hospital que gracias a donaciones fue transformado circunstancialmente a un espacio para poder practicar las autopsias medico legales.

Los datos se recolectaron de los libros de registro de autopsias medico legales realizadas por el personal médico forense, la recolección de datos se realizó con previa autorización de las autoridades superiores para la revisión de los libros de registro.

Se revisaron 3 libros correspondientes llegando a un total de 546 autopsias realizadas en occisos de sexo femenino en los periodos marzo 2014 a marzo 2016, siendo este el universo de estudio.

D. MUESTRA

En el periodo de 2014-2015 se realizaron 968 autopsias de los cuales son 730 de sexo masculino y 238 de sexo femenino.

En el periodo de 2015-2016 se realizaron 982 autopsias de los cuales son 674 de sexo masculino y 308 de sexo femenino.

Del total de 546 autopsias practicadas en cadáveres de sexo femenino se obtiene el dato de 230 casos de muerte violenta, exceptuando los hechos de tránsito y enfermedad debido a que el trabajo está enfocado a las muertes por género, muertes de tipo homicida, suicida y accidental.

Este estudio trabajó con una parte del universo, por lo que la muestra es de 230 casos como población de estudio.

E. DELIMITACIÓN TEMPORAL

Los datos recabados corresponden a 24 meses calendario, de marzo de 2014 a marzo de 2016.

F. CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cadáveres de sexo femenino.
- Autopsia Médico-Legal.
- Muerte Violenta de probable etiología suicida, homicida o accidental.
- Casos registrados en el cuaderno de autopsias.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cadáveres de sexo masculino.
- Muerte por accidente de tránsito.
- Muerte por enfermedad.
- Sin antecedente de muerte violenta.
- Sin autopsia.
- No registrados en el cuaderno de autopsia.
- Muerte indeterminada.

Se exceptúan los cadáveres de sexo femenino que murieron por accidente de tránsito, debido a que el trabajo se enfoca en determinar la causa de muerte en el sexo femenino de tipo homicida, suicida, y accidental.

G. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de los cuadernos de registro de autopsia de la morgue del hospital de clínicas, en busca de las variables de estudio.

Para ello se recolectaron los siguientes datos:

- **Fecha**
- **Edad**
- **Sexo**
- **Causa de muerte básica**
- **Calidad de encadenamiento**

La cual se llenó de acuerdo a la codificación explicada en el apartado operacionalización de variables.

Para dar salida a los diferentes objetivos específicos y así poder responder al objetivo central, se realizaron los siguientes procedimientos:

- Para dar salida al primer objetivo específico, se realizó una descripción del número de casos autopsiados por muerte violenta en el sexo femenino posterior a la revisión de los libros de registro de autopsias la misma fue graficada.
- Para el segundo objetivo específico se procedió a realizar un análisis de frecuencias según el dato de edad, para obtener la media y agrupar en rangos de 10 para identificar el rango con mayor frecuencia.
- Para dar salida al tercer objetivo específico se procedió a realizar un análisis de frecuencias de tipo descriptivo de la variable casos autopsiados por mes, se realizó el análisis del segundo semestre del 2014 y 2015 respectivamente expresando el resultado en tablas de frecuencia, la cual fue respectivamente graficada.
- Para el cuarto objetivo específico, se procedió a realizar un análisis de frecuencias de tipo descriptivo de la variable causa básica de muerte

expresando estos resultados en tablas de frecuencia la cual fue respectivamente graficada.

- Para dar salida al quinto objetivo específico, se identificara si el encadenamiento de causa de muerte presenta: Letra legible y uso de siglas o abreviaturas, Diagnóstico o causa de muerte identificable en la CIE-10, cuyo resultado será eficiente o deficiente y respectivamente graficado.

Para el análisis estadístico del presente estudio, se empleó el programa SPSS en versión 15 y para los gráficos se utilizó Microsoft Office Excel 2010, que permitió hacer el análisis de frecuencias de los datos obtenidos, obtener tablas, para el análisis correspondiente.

H. VARIABLES

Las variables seleccionadas asociadas a la muerte violenta en el sexo femenino se determinaron de acuerdo a la bibliografía y el manual cie 10 de causa de muerte.

Tabla N°1. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERALIZACIÓN	
		ESCALA	DESCRIPCIÓN
Edad de la víctima	Cuantitativa nominal	<p>Se agrupa en rangos de 10 años</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-10 años 2. 11-20 años 3. 21 a 30 años 4. 31 a 40 años. 5. 41 a 50 años 6. 51 a 60 años 7. 61 a 70 años 8. > 70 años 	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto de estudio hasta el momento de referencia reportado en los documentos revisados
Fecha de Autopsia	Cualitativa ordinal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enero 2. Febrero 3. Marzo. 4. Abril. 5. Mayo. 6. Junio. 7. Julio. 8. Agosto 9. Septiembre 10. Octubre 11. Noviembre. 12. Diciembre 	Mes de año en el que se realiza la autopsia médico legal del occiso.
Causa De Muerte BASICA	Cualitativa Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma craneoencefálico. 2. Intoxicación por organofosforado 3. Intoxicación por 	

		<p>sustancia desconocida.</p> <p>4. Intoxicación por monóxido de carbono</p> <p>5. Defenestración.</p> <p>6. Precipitación.</p> <p>7. Asfixia por Broncoaspiración.</p> <p>8. Asfixia por Estrangulación</p> <p>9. Asfixia por Ahorcadura</p> <p>10. Asfixia por Sumersión.</p> <p>11. Asfixia por Sofocación.</p> <p>12. Asfixia por Cuerpo extraño.</p> <p>13. Lesión por Arma Blanca.</p> <p>14. Lesión por Proyectoil de Arma de Fuego.</p> <p>15. Traumatismo Torácico -Abdominal.</p>	<p>Causa básica de la muerte, enfermedad fundamental de la muerte.</p>
<p>Calidad de encadenamiento</p>	<p>Cualitativa Nominal dicotómica</p>	<p>1. Eficiente.</p> <p>2. Deficiente.</p>	<p>La calidad de encadenamiento de muerte se determinó si presenta: Letra legible y uso de siglas o abreviaturas, Secuencia lógica de las causas de defunción, Diagnóstico o causa de muerte identificable en la CIE-10 ⁽¹²⁾</p>

I. ASPECTOS ÉTICOS

En este trabajo se cumplieron las normas básicas de ética en trabajos de investigación científica, respetando los principios de autoría, y aspectos de confidencialidad de los datos recolectados.

Los datos otorgados el libro de registro de autopsias de Instituto de Investigaciones Forenses fueron obtenidos previa presentación y aceptación de solicitud a acceso a estos datos mediante una carta, la cual se adjunta en el apartado de **ANEXOS**.

VIII. RESULTADOS

A. RESULTADO N°1

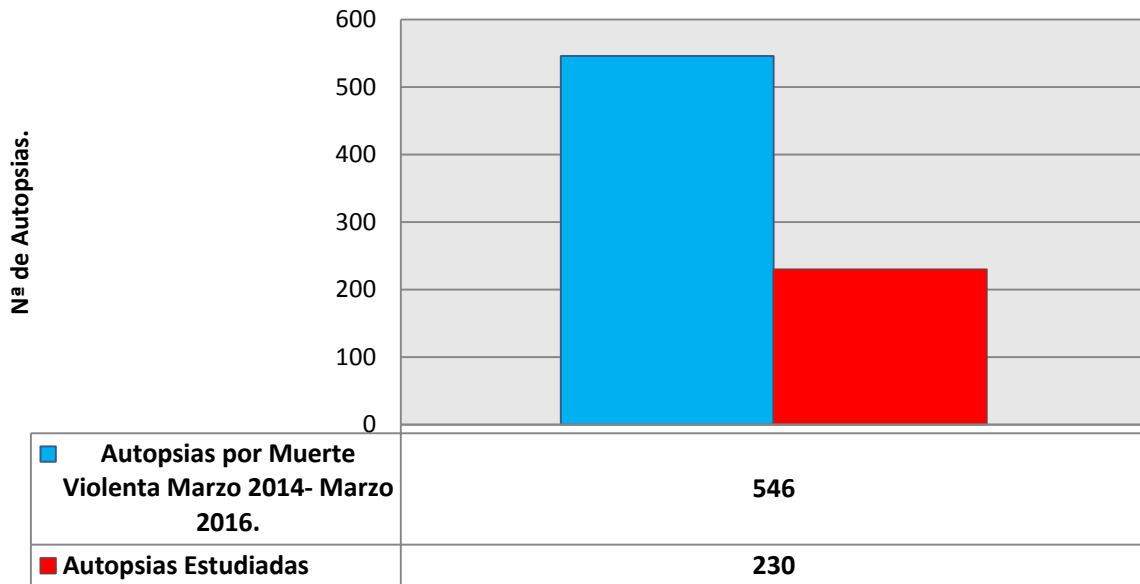
Tabla N°2 Autopsias por muerte violenta en el sexo femenino, periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

Sexo	Autopsias Marzo 2014- Marzo 2016.	Autopsias Estudiadas.
Masculino	1404	0
Femenino	546	230
Total	1950	

Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

Después de la revisión de los 3 cuadernos de registro de autopsia se obtiene el dato de un total de 1404 autopsias realizadas en los periodos de marzo 2014 a marzo de 2016, se extrae 546 autopsias que son del sexo femenino del cual solo se estudiaran 230, indicado en la parte de criterios de exclusión (Se excluyen las muerte por accidente de tránsito por no ser relevantes para el estudio)

Gráfico N°1. Autopsias por muerte violenta en el sexo femenino, periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.



Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

La gráfica nos indica que durante el periodo marzo 2014 – marzo 2016 se realizaron 546 autopsias que corresponden al sexo femenino, de donde se obtienen **230 casos por muerte violenta en el sexo femenino** que responde a nuestro primer objetivo planteado.

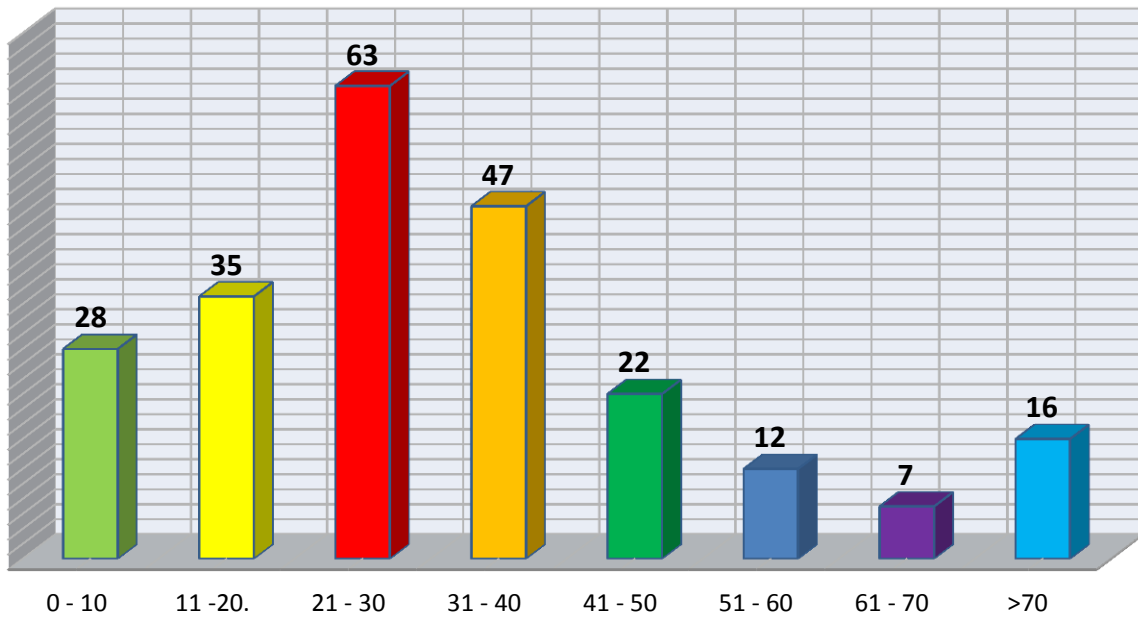
B. RESULTADO N°2

Tabla N°3. Frecuencia de casos por muerte violenta del sexo femenino por rangos de edad, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

Rangos de Edad	Frecuencia	%
0 - 10	28	12
11 - 20	35	15,4
21 - 30	63	27
31 - 40	47	20,2
41 - 50	22	9,6
51 - 60	12	5,1
61 - 70	7	3,4
>70	16	7,3
Total de Casos	230	100

Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010

Gráfico N°2. Frecuencia de casos por muerte violenta del sexo femenino por rangos de edad, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.



Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

En la gráfica n°2 podemos apreciar que de los 230 casos autopsiados de muerte violenta en el sexo femenino, 63 casos corresponden al rango de 21-30 años. Además cabe resaltar que la media de edad es de 32 años obtenida en el programa SPSS 11.5 para Windows.

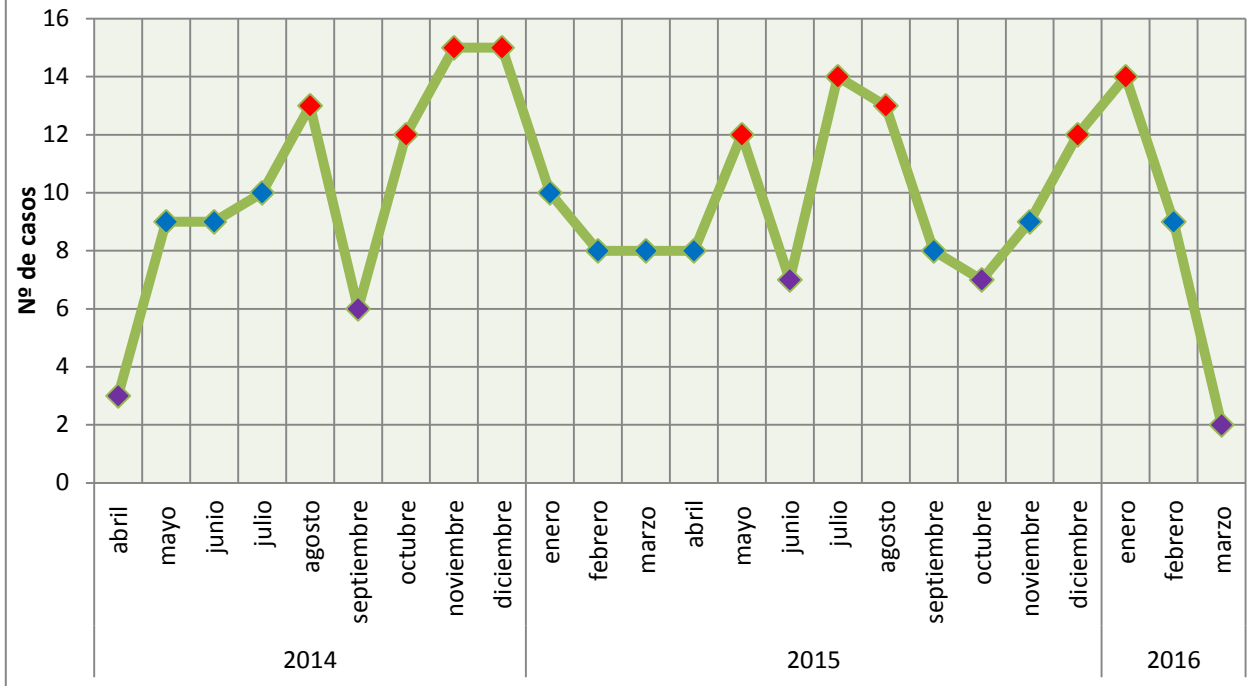
C. RESULTADO N°3

Tabla N°4. Frecuencia de casos mensuales por muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2014				3	9	9	10	13	6	12	15	15
2015	10	8	8	8	12	7	14	13	8	7	9	12
2016	14	9	2									

Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

Gráfico N°3. Frecuencia de casos mensuales por muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.



Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

La grafica N°3 muestran puntos altos, medios y bajos según el número de casos de muerte violenta en el sexo femenino. En el año 2014 nos llama la atención el mes de agosto con 13 casos, octubre con 12 casos, noviembre y diciembre con 15 casos de muerte violenta en el sexo femenino. En el año 2015 se incrementaron la media de casos por muerte violenta pero además observamos 5 meses con el mayor número de casos, empezando en mayo con 12 casos, julio con 14, agosto con 13 casos y diciembre con 12 casos. Para el inicio del año 2016 una cifra alarmante de 14 casos para el mes de enero que desciende a los próximos meses.

D. RESULTADO N°4

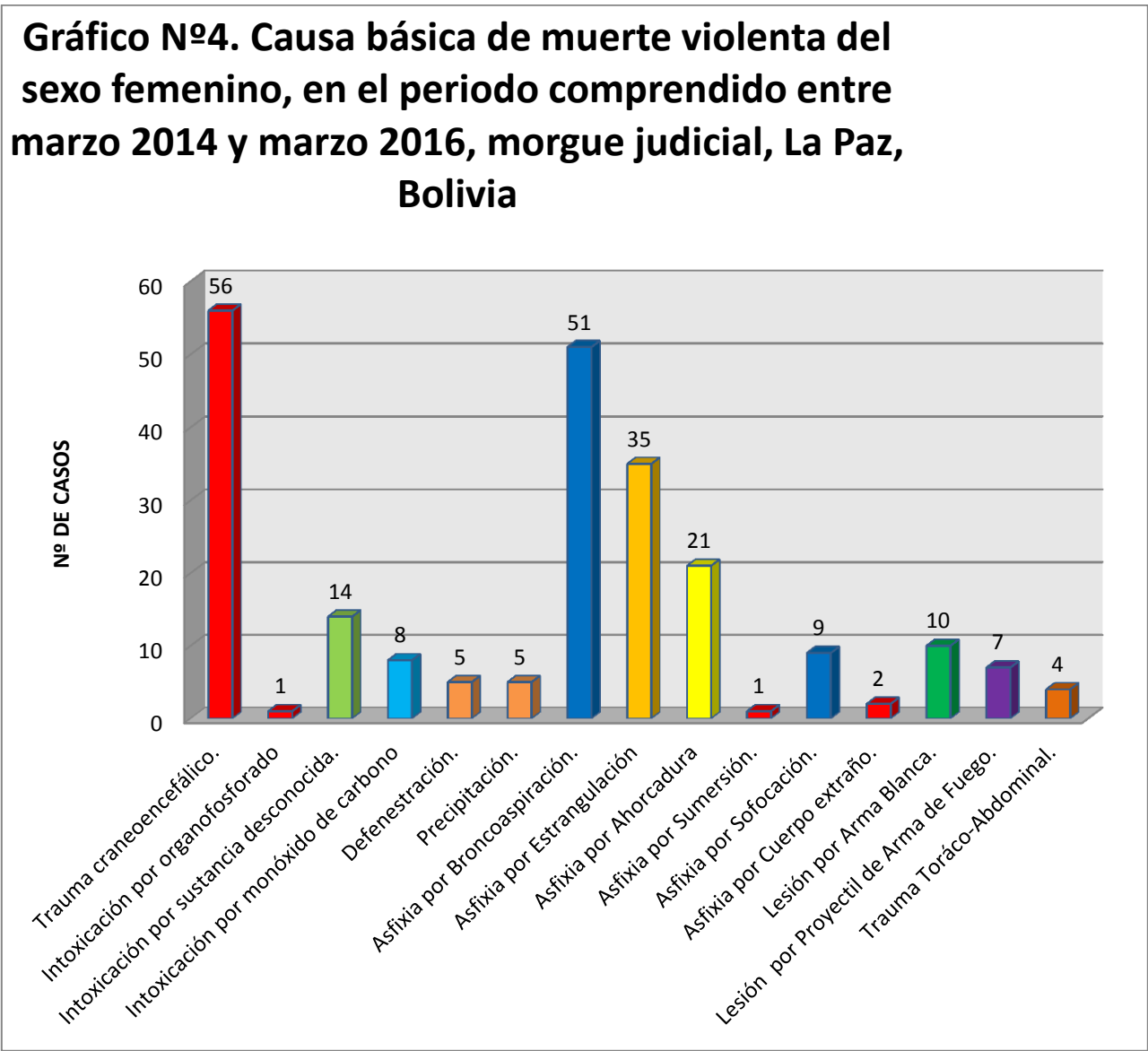
Tabla N°5 Causa básica de muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

	CAUSA BASICA DE MUERTE	CASOS
1	Trauma craneoencefálico.	56
2	Intoxicación por organofosforado	1
3	Intoxicación por sustancia desconocida.	14
4	Intoxicación por monóxido de carbono	8
5	Defenestración.	5
6	Precipitación.	5
7	Asfixia por Broncoaspiración.	51
8	Asfixia por Estrangulación	35
9	Asfixia por Ahorcadura	21
10	Asfixia por Sumersión.	2
11	Asfixia por Sofocación.	9
12	Asfixia por Cuerpo extraño.	2
13	Lesión por Arma Blanca.	10
14	Lesión por Proyectil de Arma de Fuego.	7
15	Traumatismo Torácico-Abdominal.	4

Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010

Para la causa básica de muerte, se sistematizo en 15 causas de muerte básica, de las cuales, el trauma cráneo encefálico con 56 casos cuya causa directa de muerte era la lesión de centros nerviosos superiores; solo 1 caso confirmado de muerte de intoxicación por organofosforado; la intoxicación por sustancia desconocida 14 casos en la que posteriormente en toxicología se determinara el toxico causante de la muerte; intoxicación por monóxido de carbono con 8 casos; defenestración con 5 casos y precipitación 5 casos; en el área de las asfixias tenemos la asfixia por

broncoaspiración con 51 casos, las asfixias por estrangulación sean a lazo o manuales, las ahorcaduras, asfixias por sumersión 2 casos, asfixias por sofocación manual 8 casos y sepultamiento 1 caso, asfixias por cuerpo extraño 2 casos, lesiones por arma blanca con 10 casos en las que la causa directa era el choque hemorrágico, lesiones por proyectil de arma de fuego con 7 casos que ocasionaban lesiones en cráneo, tórax y abdomen cuya causa directa era el choque neurogénico y choque hemorrágico; trauma torácico abdominal con 4 casos.



Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

Después de sistematizar la causa de muerte según el CIE-10 se pudo determinar que la principal causa básica de muerte violenta en el sexo femenino es el traumatismo craneo encefálico con 57 casos, seguido de la asfixia por broncoaspiración con 52 casos, la estrangulación con 34 casos, ahorcamiento con 21 casos e intoxicación por sustancia desconocida en 15 casos.

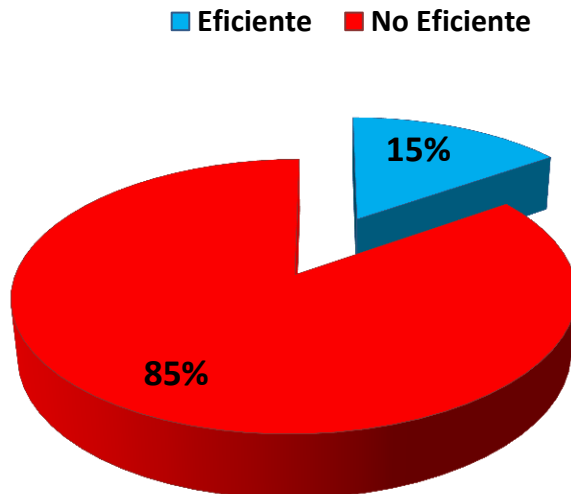
E. RESULTADO N°5

Tabla N°6. Identificación de encadenamiento por muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.

Calidad de encadenamiento	Casos	%
Eficiente	35	15%
No Eficiente	195	85%
Total	230	100%

Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

Gráfico N°5. Identificación de encadenamiento por muerte violenta del sexo femenino, en el periodo comprendido entre marzo 2014 y marzo 2016, morgue judicial, La Paz, Bolivia.



Fuente: Elaboración propia Microsoft Office. Paquete Excel 2010.

Se identificó que el encadenamiento de causa de muerte violenta en el sexo femenino de las autopsias realizadas en la morgue del hospital de clínicas es deficiente ya que solo un 15% presenta letra legible y uso de siglas o abreviaturas, secuencia lógica de las causas de defunción, diagnóstico o causa de muerte identificable en la CIE-10.

IX. DISCUSION

Posterior a la obtención de resultados, se establece que el periodo de estudio fue de 24 meses calendario donde se registraron 230 casos de muerte violenta en el sexo femenino, un dato relevante tomando en cuenta que estaríamos hablando solo del departamento de La Paz, que incluye la ciudad de El Alto, Ciudad de La Paz y área rural con aproximadamente 3 millones de habitantes de los cuales 1, 536,970 de sexo femenino. ⁽⁷⁰⁾

Para el resultado que obtuvimos de la edad en la que con mayor frecuencia tenemos casos registrados de muerte violenta fue de 21 a 30 años en relación al trabajo realizado en Guatemala por José Rodolfo Kepfer y M.A. Felipe Girón en el Análisis Criminalístico de los Homicidios de Mujeres en Guatemala, su estudio reveló que el mayor número de víctimas era de 10-20 años. Seguido de los meses con mayor frecuencia de casos mayo, julio, agosto, noviembre y diciembre aquellos en los que existen fiestas nacionales, departamentales y religiosas con explícita influencia del alcohol, que contrasta al trabajo guatemalteco que tomaron en cuenta el día en particular, día jueves con el mayor número de casos. ⁽²⁵⁾

El estudio realizado por Esra Ozgun Unal, Sermet Koce, Volkan Unal, Ramazan Akcan and Gulnaz T. Javan cuyo trabajo titula la Violencia contra las mujeres: estudio en serie de autopsias de Estambul, Turquía. La media de edad de las víctimas fue de 43 años, y una proporción significativa de las víctimas (49.7%) estaban entre las edades de 21 a 40 años. La causa de muerte más común fue la muerte por proyectil de arma de fuego (50.1%, n = 269), seguido de la muerte por heridas punzocortantes por arma blanca (28.3%, n = 152) y estrangulación (8.4%, n = 45). ⁽⁷¹⁾ (En nuestro trabajo la media es de 32 años, el mayor número de casos se presenta entre los 21 a 30 años y entre las principales causas de muerte se encuentran el Traumatismo craneo encefálico, asfixia por bronco aspiración y estrangulación).

El estudio realizado en Portugal por Ana Rita Pereira, Duarte Nuno Vieira y Teresa Magalhães cuyo trabajo titula “La fatal violencia íntima de la pareja contra mujeres en Portugal: un estudio nacional de medicina forense” del año 2013. Indica que la mayoría de las mujeres murieron por heridas de proyectil de arma de fuego en un (45.2%), especialmente en el tórax (48.4%), contrasta al resultado obtenido en nuestro trabajo el cual indica que el mayor porcentaje de muertes violentas de dan por el Traumatismo craneo encefálico. ⁽⁷²⁾

Como causa básica de muerte tenemos un número de 56 casos con traumatismo craneo encefálico, el cual no se explica el agente causal según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10, ya que una persona puede sufrir un traumatismo craneo encefálico severo por una caída de su propia altura como por un objeto contundente. Seguido de la Asfixia Mecánica por Bronco aspiración con 51 casos, cuya causa básica de muerte violenta es de tipo accidental por intoxicación aguda de etanol, la asfixia por compresión cervical externa manual o lazo que es de tipo homicida con 35 casos y 21 casos de ahorcamiento generalmente suicida. Actualmente no existen muchos casos de muerte por arma blanca que solo se contabilizaron 10 casos de tipo homicida y 7 casos por proyectil de arma de fuego en los que no se identifica con precisión si fue homicida o suicida.

Para identificar el correcto encadenamiento de muerte nos basamos en el artículo de Dalence Montaña JG y Deheza Valda, Calidad en el llenado del certificado de Defunción: Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro y Tarija, primer semestre 2011, en el que existió un elevado porcentaje de certificados llenados insuficientemente, más de la mitad de los registros sin secuencia lógica de causas de muerte, en nuestro trabajo los resultados son aún más alarmantes con el 85% del encadenamiento de causa de muerte sin secuencia lógica. Debe llamar a la reflexión para que se trabaje mucho en el aspecto de capacitación” en el registro completo y adecuado de la certificación de muerte. Además en el artículo indican que en Medicina Forense el establecer las causas de muerte no solamente contribuye al

esclarecimiento de posibles delitos, sino que además, es fuente de información para la elaboración de políticas públicas en el campo de la seguridad ciudadana. ⁽⁶⁹⁾

Los estudios que se mencionan usaron como fuente estadística el certificado de defunción. Cabe mencionar que nuestra fuente de información fue el libro de registro de autopsia y el certificado forense que se utiliza actualmente tampoco contempla otros detalles de registro en cuanto al arma homicida, el llenado bajo norma (CIE-10) donde indica el lugar del hecho, el tipo de muerte si es accidental, suicida, homicida o indeterminada. Datos que son relevantes a la hora de realizar estadísticas para crear estrategias de salud y seguridad. Motivo por el cual se propone un certificado de defunción modificado bajo parámetros internacionales.

X. CONCLUSIONES

Luego de realizar una revisión exhaustiva y análisis de los datos brindados por los cuadernos de registro de autopsias practicadas, en la morgue judicial de la ciudad de La Paz en los periodos marzo 2014 a marzo 2016, se concluye que:

En el periodo de marzo de 2014 a marzo de 2016, se realizaron un total de 1950 autopsias medico legales practicadas en la morgue judicial de la ciudad de La Paz, de las cuales, 546 corresponden al sexo femenino, de donde 230 casos son por muerte violenta en el sexo femenino, excluyendo las muertes por hecho de tránsito.

Según los objetivos específicos planteados, de los 230 casos autopsiados de muerte violenta en el sexo femenino, existen 63 casos que corresponden al rango de 21-30 años, que sería el principal grupo en riesgo.

El mayor número de casos en el año 2014 se presentan en los meses de agosto, octubre, noviembre y diciembre, en el año 2015 los meses con mayor número de casos son mayo, julio, agosto y diciembre, y para el año 2016 el mes con mayor número de casos fue enero.

Después de sistematizar la causa de muerte según parámetros de CIE-10, se pudo determinar que la principal causa básica de muerte violenta en el sexo femenino es el traumatismo craneo encefálico, con 56 casos, seguido de la asfixia por broncoaspiración con 51 casos, la estrangulación con 35 casos, ahorcamiento con 21 casos, e intoxicación por sustancia desconocida en 14 casos.

La calidad de encadenamiento de causa de muerte violenta en el sexo femenino de las autopsias realizadas en la morgue del hospital de clínicas es deficiente, ya que solo un 15% tiene un encadenamiento adecuado según la normas del CIE-10.

XI. RECOMENDACIONES

Posterior a la obtención de resultados y su respectivo análisis para obtener las conclusiones, las recomendaciones van dirigidas hacia las diferentes instituciones encargadas de la violencia contra la mujer, ya sean estos municipales y estatales, los organismos no gubernamentales, políticas de salud y seguridad.

El grupo de mayor riesgo e indefensión es el de 21-30 años, para lo cual se deben tomar medidas necesarias para su cuidado y protección.

Según los meses con mayor número de casos existen son los meses de fin de año y festejos religiosos, departamentales y nacionales, por lo tanto, modificar las normas de expendio y consumo de bebidas alcohólicas que son el principal autor de la violencia intrafamiliar e inseguridad ciudadana. ⁽⁶⁹⁾

Al personal médico forense de tomar en cuenta estos datos relevantes para la institución y el área judicial tomar en cuenta los parámetros del CIE-10 para el correcto encadenamiento de la causa de muerte para lograr alcanzar un nivel de determinación más consistente de datos para poder ampliar el trabajo de la investigación policial.

Al mismo tiempo, las conclusiones obtenidas deberían ser consideradas en el diseño e implementación de políticas públicas, realizar programas de prevención y sensibilización a escuelas y organizaciones no gubernamentales. Además de mejorar, complementar y enriquecer la calidad del dato estadístico, fundamental en el momento de análisis para elaboración de planes, programas o políticas, tendientes al control de un problema muy importante como es la violencia contra el sexo femenino.

Motivo por el cual se propone un nuevo modelo de certificado de defunción incluyendo espacios para el llenado en la parte de filiación, encadenamiento de causa de muerte, concausas, codificación cie-10 y tipo de muerte.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Adams VI. Medicolegal autopsies and autopsy toxicology. Ludwig J. Handbook of autopsy practice. New Jersey. (2002)
2. Alain., J. Examen crítico de los métodos cuantitativos aplicados a las investigaciones sobre las causas de la violencia. La Violencia y sus causas. Paris. Francia. UNESCO. (1981).
3. Assis S. G., A.. Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro. Cadernos de Saúde Pública, , 126-134. (1994)
4. Barbería, M. E.. Patología Forense y Salud Pública. VIII Curso de Patología Forense. Gobierno La Rioja. (2009)
5. Benasayag M. et al.). Esta dulce certidumbre de lo peor. Buenos Aires, Argentina. (1993)
6. Boulding E. Las mujeres y la violencia socia. La Violencia y sus causas. París, Francia. (1981).
7. Buck C. Llopis A. Nájera E. & Terris. El Desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica 505. Washington D.C., USA. OPS. (1988)
8. cidem.org.bo. Recuperado el marzo de 2016, de cidem.org.bo: <http://www.cidem.org.bo/index.php/cidem/notas-prensa/397-103-feminicidios-y-64-asesinatos-de-mujeres-se-han-registrado-entre-enero-y-octubre.html>. (2014)
9. CT, I. (s.f.). Recuperado el 03 de 2016, de <http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/snomed-ctpublication>.
10. Di Maio, V. &. Manual de Patología Forense. Madrid: Ediciones diaz de santos s.a. (2003)
11. DNPC. Demografía 2000-2001. Año 2. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2002)
12. Domenach J.M. (1981). "La Violencia. La Violencia y sus causas. París, Francia. UNESCO.

13. Española, R. A. Diccionario de la Lengua. Obtenido de <http://www.rae.es/rae.html>. 2010
14. Franco S.. Violencia y/o Salud. Presentación al grupo de trabajo Violencia y Salud en América Latina, Río de Janeiro. , Washington, D.C. OMS/OPS. Mimeo. (1989)
15. Franco S. Violencia y Salud en Colombia. Colombia Contemporánea. Santa Fe de Bogotá. Colombia. IEPRI y ECOE Ediciones. (1996.)
16. Gisbert Calabuig. Tratado de Medicina Legal, Vol. I. 2ª ed. Valencia: Editorial: Saber. (1967)
17. Hart N.A. & Keydel G.C. "The suicidal adolescent. American Journal Nursing, 80-84. (1979)
18. Holder, Y. P.. Injury Surveillance Guidelines. . Geneva, Switzerland. World Health Organization. (2001)
19. Jimeno, M.. Crimen Pasional. Contribución a una antropología de las emociones. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 261. (2004)
20. JL. Palomo, R., Medina, V. R., Mera, E. d., & Calvo, A. L.. Diagnóstico del origen y la causa de la muerte. Cuad Med Forense, 217-229. (2010)
21. Krug, E. e. World Report on violence and health. Geneva, Switzerland, World Healt. (2002)
22. La Maga. Periódico semanal. Buenos Aires, Argentina. (1997)
23. Lathrop SL, D. W. Medical terminology coding systems and medicolegal death investigation data: searching for a standardized method of electronic coding at a statewide medical examiner's office. J Forensic Sci, 207-11. (2009)
24. Leymarie I. Violencia de la música. Correo de la UNESCO., 35- 39. (1993)
25. Lic. José Rodolfo Kepfer, M. A.. Análisis Criminalístico de los Homicidios de Mujeres en Guatemala. El Centro de Análisis Forense y Ciencias Aplicadas con el auspicio de "OXFAM Gran Bretaña" (2006)
26. Magaly Huggings, C. y.. Estudio Epidemiológico. Muertes violentas. Venezuela. (2008)
27. Nuñez de Arco, J.. La Autopsia. Sucre. (2005)

28. Nuñez de Arco., J.. <http://www.nunezdearco.com>. Recuperado el marzo de 2016, de <http://www.nunezdearco.com>:
www.nunezdearco.com/codigos/Ley%20cadaveres.html (2000)
29. OIT. Un futuro sin trabajo infantil. Conferencia Internacional del Trabajo, 90ª reunión 2002, Informe I [B]). Ginebra, Suiza. (2002b)
30. OMS. Violencia contra la Mujer, un tema de salud prioritario. Informe del WHO Department of Women's Health and Development. (1998)
31. OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Vol. 1 y 2. Washington DC: OPS. (2003)
32. Opinión.com.bo. La Fiscalía registró 93 feminicidios en 2015 y los casos aumentan en 20 por ciento. OPINION. (28 de DICIEMBRE de 2015).
33. OPS/OMS. Condiciones de salud del niño en las Américas. . Publicación Científica N° 381. (1979)
34. OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica N° 524, tomos I y II. (1990a)
35. OPS/OMS. Violencia y Salud. Serie documentos reproducidos, (HPP2/93). Washington D.C.USA. División de Promoción y Protección de la Salud. Junio. (1993).
36. OPS/OMS. Prevención de accidentes y lesiones. Serie Páltex, N° 29.p. Washington D.C., USA. p. (1993a)
37. OPS/OMS. Violencia y Salud. Serie documentos reproducidos, (HPP2/93). Washington D.C. (1993b)
38. OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington D.C., USA. Pub. Cient., N° 549, Vol. I y II. (1994a)
39. OPS/OMS. La política de salud y del bienestar. Gouvernement du Quebec, Ministère de la Santé et des Services sociaux). Serie Documentos Reproducidos, N° 50. Washington D.C., USA. 2da. ed. Abril 1995.
40. OPS/OMS. "Mortalidad por accidentes y violencia en las Américas". Boletín Epidemiológico. (1994c)
41. OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington D.C., USA. (1995a)

42. OPS/OMS. Estadísticas de Salud de las Américas. Pub. Cient., N° 556. Washington D.C., USA. (1995b)
43. OPS/OMS. La violencia en las Américas: la pandemia social del Siglo XX. . Serie de Publicaciones: Comunicación para la salud, N° 10, 22. (1996b)
44. OPS/OMS. Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Documento de la 132ª Sesión del Comité Ejecutivo, 5 de mayo del 2003. Washington D.C., USA. (2003)
45. OPS/OMS. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región. Boletín Epidemiológico., 1-6. (1990)
46. Patitó, J. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. En J. Patitó, Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Quorum. (2003)
47. Peden, M. M. Injury: A leading cause of the global burden of disease, Geneva, Switzerland, World Health Organization. 2000.
48. PNUD. Informe sobre desarrollo humano. Madrid, España. CIDEAL. Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y America Latina. (1993)
49. Puffer R. Griffith G. Wynne C. & Stocks Percy.. Investigación Internacional Colaborativa sobre Mortalidad. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Enero. (1965)
50. Roux G.I. Ciudad y Violencia en América Latina. Documento de la División de Promoción y Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud., 24. (1993).
51. Sampson BA, A. V. Sudden and unexpected death from natural causes in adults. Springfield, IL: 4th edit. (2006.)
52. Siegel, J. S. Encyclopedia of Forensic Sciences (Vol. I). London. (2000)
53. Söderlund, N. &. Mortalidad por accidentes de tránsito en países industrializados y en desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Diciembre. , 471-480. (1995)
54. Somander, L. &. Intra and Extrafamilial Child Homicide en Sweden, 1971-1980. Child Abuse & Neglect. , 45-55. (1991)

55. Spinelli H. Razón, Salud y Violencia o la impotencia de la racionalidad Médico-Científica. Tesis de Doctorado. UNICAMP. Brasil. (1998)
56. Spinelli, H. Muertes Violentas en La Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Organización Panamericana de la salud. (2005)
57. Suárez R. El impacto económico de la violencia sobre las instituciones de salud en países de América Latina y El Caribe: informe preliminar. INTERACT Consulting Group, INC para la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, 38. (1994)
58. Toolan J.M. Suicide in children and adolescents. American Journal Psychotherapy, 339. (1975)
59. Touraine, A. Crítica de la Modernidad. Buenos Aires, Argentina. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. (1994)
60. UNESCO. La Violencia y sus causas. París, Francia, UNESCO. (1981)
61. UNESCO. La violencia y el terror en los medios de comunicación de masas. Estudios y Documentos de Comunicación Social., 9-49. (1990)
62. Vargas Alvarado. Medicina Legal. En Medicina Legal. México: Trillas. (1996)
63. WHO. The World Health Report 1995. Bridging the gaps, Geneva, Switzerland, Media Information. WHO (World Health Organization) (1966) World Health Statistics Annual. Geneva, Switzerland., 715. (1995)
64. WHO. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority." Ginebra. (2002)
65. Wolf R.S. Maltrato del Anciano: La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica, N° 546. Washington D.C., USA. Anzola Perez E. Galinsky D. Morales. (1994)
66. Zepeda R. y otros. Las violencias en Guatemala, algunas perspectivas. Proyecto de Cultura de Paz/UNESCO, Guatemala. (2005)
67. OPS. La violencia social en Costa Rica. OPS. 64 paginas. (2004)
68. Defensoría de estado plurinacional de Bolivia. Población en situación de vulnerabilidad. Extraído de: <http://www.defensoria.gob.bo/archivos/modulo7.PDF>. 2014

69. Dalence Montaña JG y Deheza Valda et al. Calidad en el llenado del Certificado de Defunción: Instituto de Investigaciones Forenses de Oruro y Tarija, primer semestre 2011. Año 2011.
70. INE. Instituto Nacional de Estadística del Estado Plurinacional de Bolivia. Extraído de: <http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC20414.HTM>. 2016.
71. Esra Ozgun Unal, Sermet Koce, Volkan Unal , Ramazan Akcan and Gulnaz T. Javan. Violence against women: A series of autopsy studies from Istanbul, Turkey. Published Online: February 22, 2016.
72. Ana Rita Pereira, Duarte Nuno Vieira and Teresa Magalhães. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. Article in Journal of Forensic and Legal Medicine 20(8):1099-107 · November 2013.

ANEXO N°1

CUADRO CIE -10

CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD (V01-Y98)

Causas externas de mortalidad (V01 -Y98)
1. Accidentes de transporte (V01 -V99)
Peatón (V01 -V09)
Ciclista, motociclista, ocupante vehículo de tres ruedas (V10-V39)
Ocupante de automóvil (V40-V49)
Ocupante de furgoneta, transporte pesado, autobús (V50-V79)
Otros accidentes de transporte terrestre (V80-V89)
Transporte por agua y aéreo (V90-V97)
2. Otros accidentes (W00-X59)
Caídas (W00-W19)
Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas (W20-W49)
Golpe por objeto (W20-W22)
Disparo de armas de fuego (W32-W34)
Otras fuerzas mecánicas inanimadas y no especificadas (W23-W31, W35-W49)
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)
Corriente eléctrica, radiación, temperatura extrema (W85-W99)
Exposición al humo, fuego, sustancias calientes (X00-X19)
Animales y plantas venenosos, fuerzas naturales (X20-X29)
Otros factores y los no especificados (W50-W64, X40-X59)
3. Suicidios o lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84)
Envenenamiento (X60-X69)
Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación (X70)
Disparo de armas de fuego (X72-X74)
Otros medios y los no especificados (X71, X75-X84)

4. Homicidios o agresiones (X85-Y09)
Estrangulamiento, ahorcamiento (X91 -X92)
Disparo de armas de fuego (X93-X95)
Objetos cortantes (X99)
Objetos romos (Y00)
Otros medios y los no especificados (X85-X90, X95-X98, Y01 -Y09)
5. Muertes violentas de intención no determinada (Y10-Y34)
Armas de fuego (Y22-Y24)
Otras causas (Y10-Y21, Y25-Y33)
Evento no especificado (Y34)
6. Intervención legal (Y35)
7. Otras causas externas de mortalidad (Y36, Y40-Y89)
Fuente: Magaly Huggins Castañeda y Diana Domínguez Nelson. Estudio Epidemiológico, Muertes Violentas, Venezuela 1998-2006

ANEXO N°2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN MODIFICADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN MODIFICADO

Introducción.- Los altos índices de muerte violenta contra el sexo femenino que se van suscitando en la Ciudad de la Paz, El Alto y el resto de ciudades de Bolivia, son un problema de alta trascendencia. El sexo femenino se encuentra en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida, la pareja, el hogar y sufren discriminación en un pueblo en el que está arraigado el patriarcado, esta situación de vulnerabilidad coloca a estas personas en desventaja respecto al ejercicio pleno de sus derechos y libertades.(68)

Objetivos.- Con los resultados obtenidos, se identificaron las principales causas de muerte violenta en el sexo femenino con el enfoque de violencia contra el género, la frecuencia de los decesos según la edad, y mes. Se identificó la deficiente calidad del encadenamiento de causa de muerte. Motivo por el cual el objetivo es el de modificar el certificado de defunción

Modificaciones en el llenado del certificado de defunción.-

El certificado de defunción planteado, en el encabezado se llenara los espacios con letra imprenta legible el Lugar, Fecha y Hora de la Autopsia. Luego, la filiación del occiso/a para llenar con letra imprenta legible el Nombre completo, edad, sexo, ocupación, estado civil, documento de identidad, lugar, fecha y hora aproximada de muerte. El área de la causa de muerte, debe ser llenado con letra legible imprenta según las indicaciones para un correcto encadenamiento estableciendo el intervalo aproximado entre cada uno de ellas, adicional el área para llenado de concausas si fuere necesario, se adiciona el llenado de tipo de muerte, el llenado de la causa básica de muerte según CIE-10. Observaciones, donde se puede expresar algún detalle omitido y/o detallar errores subsanados. Por último se deben llenar los datos del Médico Forense de Turno que realizó la Autopsia.

Este documento Médico Legal es una herramienta de gran utilidad, se sugiere usarlo a nivel nacional como propuesta para el Instituto de Investigaciones Forenses a tomarlo en cuenta, para que en un futuro se puedan realizar trabajos a nivel nacional y con todo ello modificar las políticas de violencia contra el sexo femenino.

Recomendaciones.-

Se indica tomar en cuenta los siguientes puntos:

- 1.- Leer las instrucciones que se encuentran al reverso del llenado del certificado de defunción.
- 2.- Evitar tener errores ortográficos y de llenado, ya que son pasibles a su anulación.
- 3.- Solo puede llenar el certificado el médico que realizó la autopsia.
- 4.- Tener conocimiento sobre el manual CIE-10 en su acápite: causas externas de morbilidad y mortalidad.
- 5.- Si el médico forense no tiene seguridad sobre la manera de muerte, marcar una x tipo de muerte: en estudio.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES (I.D.I.F)



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

Lugar: Fecha:

CERTIFICA:

Fallecido(a):

Edad: Edad Aparente: Sexo: M F Ocupación:

Estado Civil: Soltero/a Concubino/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

C.I.: Otro doc:

Lugar de la muerte:

Fecha de muerte: Hora aproximada:

CAUSA DE LA MUERTE:

		Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte.
<input type="text"/>	Enfermedad, Lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>

CONCAUSAS:

Otros estadios patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que las produjo.

Tipo de Muerte: Homicida: Suicida: Accidental: Indeterminado: En estudio:

Causa Básica de Defunción: Código CIE-10

Médico Forense:

Mat. Prof.: M. Col. Med.:

Observaciones:

RNMF-JPTO

.....
Firma y Sello Medico Forense.

INSTRUCCIONES DE CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

El certificado de defunción es un documento médico-legal con propósitos civiles, estadísticos y judiciales. Por lo tanto es responsabilidad de médicos forenses realizar el correspondiente llenado con letra imprenta en mayúsculas.

DATO DE LUGAR: Se refiere al lugar donde se realizó la autopsia, indicar departamento y lugar específico. Ej. La Paz, Morgue Judicial del Hospital de Clínicas. Fecha de realización de la Autopsia Médico Legal dd/mm/aaaa, no así del levantamiento del cadáver.

DATOS DEL FALLECIDO: Se refiere a toda la información necesaria para identificar las características de la persona a quien corresponde el certificado. Note que debe registrar primero el nombre y luego los apellidos de la persona que falleció. También es importante el registro de las condiciones sociodemográficas del fallecido las cuales contribuyen al análisis epidemiológico de la mortalidad, estos datos incluyen: Sexo, Edad cumplida y Ocupación. Se incluye también la opción para la edad aproximada cuando no se pueda contar con el carnet de identidad para calcular la edad. Para el Estado Civil como en otras variables precodificadas debe marcarse la opción respectiva, tomando en cuenta que en el caso de menores de 12 años se marcarán como solteros (a menos que ocurriera lo contrario).

DATOS DE LA DEFUNCIÓN: Estos datos también resultan de suma importancia para fines estadísticos y epidemiológicos ya que comprenden: LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN en donde debe especificarse, si ocurrió en unidad médica, la institución a donde pertenece y el NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA cuando el fallecido tuvo acceso a los servicios médicos antes de morir; o bien lo conducente cuando haya sucedido en la vía pública, el hogar u otro sitio. Debe anotarse también, la FECHA DE LA DEFUNCIÓN, y la HORA DE LA DEFUNCIÓN en formato de hora y minutos considerada de 00:00 a 23:59.

CAUSAS DE MUERTE: (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir- ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.) **1** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Incisos **2,3 y 4** Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.

CONCAUSA(S): Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.

Etiología médico legal o Manera de muerte: Tenemos las casillas de Homicida, Suicida, Accidental, Indeterminado y En Estudio. Debemos marcar la correspondiente con una (X) si existe la certeza de la misma.

Causa Básica de defunción: Se elige para la generación de estadísticas de mortalidad por causa única y permite la comparación entre los distintos países con la Décima Revisión (CIE-10). Llenar el código correspondiente.

DATOS DEL MEDICO(A) FORENSE: Se realizara el llenado con letra imprenta mayúscula con el siguiente orden Nombres(s), Apellido Paterno y Apellido Materno. También se deberán llenar las casillas con el código brindado por el Ministerio de Salud y el Colegio Médico.

Observaciones: Se especificara en este espacio si el documento tiene errores en su registro y se realizo una rectificacion del mismo.

ANEXO N°3

MUESTRARIO FOTOGRAFICO

CUADERNO DE REGISTRO DE AUTOPSIAS

FECHA	Nº DE CERTIFICADO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	FISCAL	INVESTIGADOR	CAUSA DE MUERTE	QUEZARME
20/06/16	21639	Shirley Hauani Gomez	20a	F	Dr. Paul Miranda	Srta Susio Quispe FELCC LP.	1. Obstrucción de las venas superiores 2. Broncoaspiración	Autopsia
20/6/16		NN	20-25a	M	Dr. Angel Morales	FELCC. COBOCOS	1. Fractura de bóveda craneana 2. TEC cerrado	Autopsia
20/6/16	21645	Luis Fernando Ulo Quispe	27a	M	Dr. Patricio Perez	Srta Gisela Vargas Tránsito EA	1. Trauma craneo facial - severo 2. Trauma torácico severo 3. Hecia de tránsito	Autopsia
20/6/16	21646	Jhenny Valeria Quispe	8a	F	Dr. Richard Avilós	Srta Benancio Huanca Tránsito EA	1. Fx de bóveda craneana 2. TEC cerrado 3. Policontosa 4. Hecia de tránsito	Autopsia
22-06-16	21647	Rene Enriquez Hurtado	84a	M	Dr. William Guerezchi	Srta Zub Freddy Choque Y FELCC - EA	1. Muerte súbita por Shock Cardíaco 2. Infarto Agudo Miocárdico	Autopsia
22-06/16	21648	Ramiro Marquez Alonzo	50a	M	Dr. Ramiro Cuarenta	Srta Jimenez FELCC LP	1. Infarto de miocardio 2. Falla de válvula cardíaca	Autopsia
22/6/16	21649	Ricardo Lori Rodriguez	40a	M	Dr. Manuel Saavedra	Srta Gaudiez FELCC LP	1. Fx de craneo 2. TEC cerrado 3. Precipitación	Autopsia

Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N°1. Cuaderno de registro de autopsias.

El llenado se realiza según los siguientes puntos: fecha, número de certificado, nombres y apellidos, edad, sexo, fiscal a cargo, investigador, causa de muerte y quien realizó la autopsia.

SALA DE AUTOPSIAS



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.



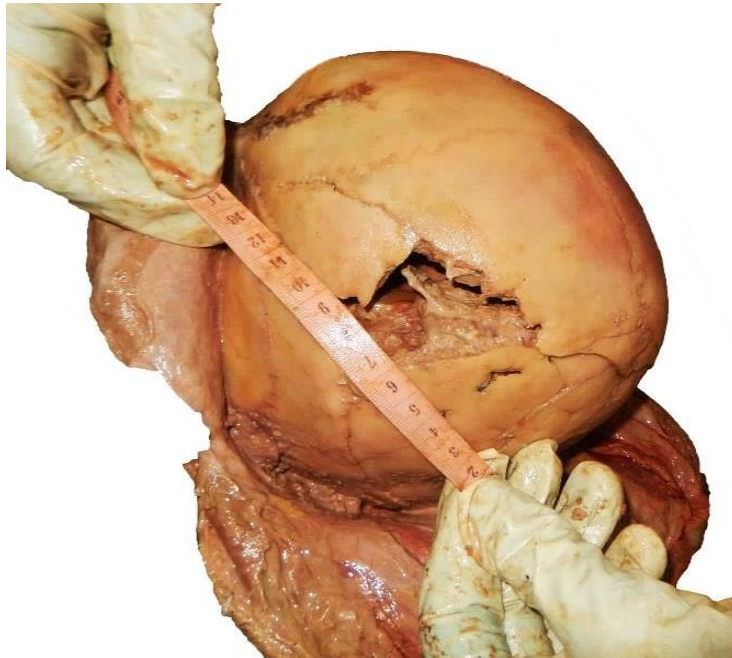
Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 2 y N°3. Sala de autopsias de la morgue judicial.

Fue donación de la Cruz Roja Internacional debido a las condiciones insalubres que se tenían anteriormente donde las autopsias se realizaban en el galpón de desechos biológicos del Hospital de Clínicas.

CAUSA BASICA DE MUERTE

1.- TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 4. Traumatismo craneo encefálico

Cadáver en descomposición de 2 semanas, lesión producida por un objeto contundente en el cráneo. Se evidencia la fractura multifragmentaria con laceración de dura madre y cerebro.

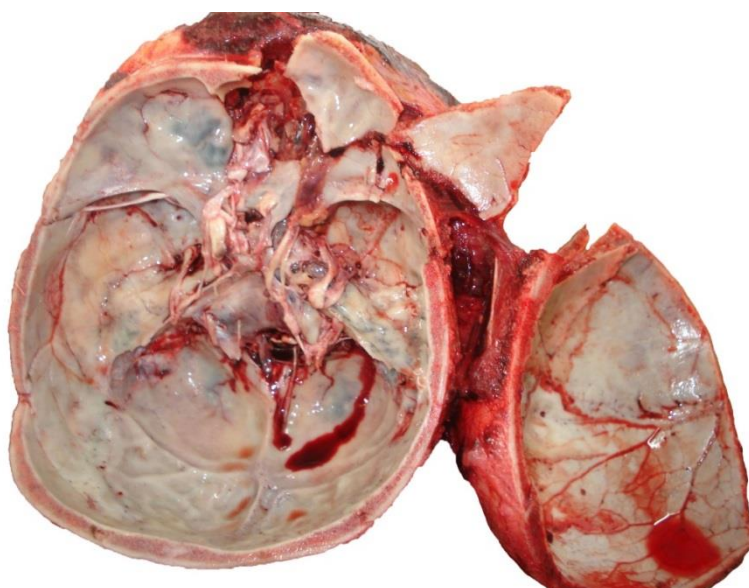
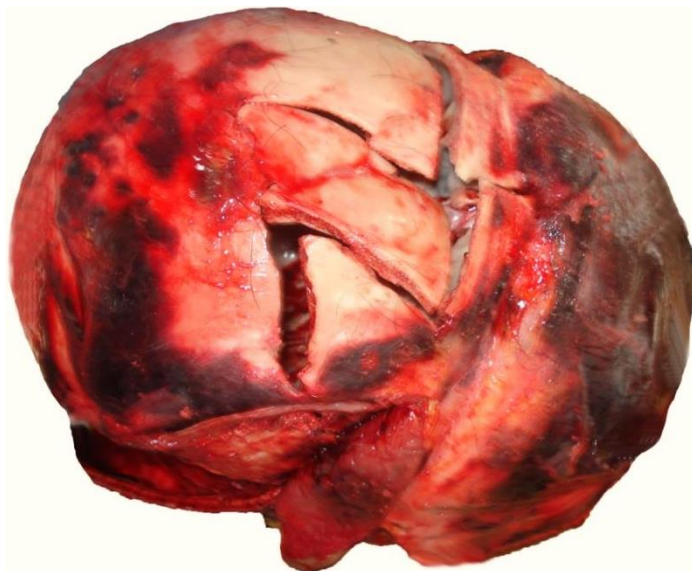


Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 5. Traumatismo facial severo.

Cadáver de sexo femenino que sufrió agresión física por parte de su pareja, se evidencian múltiples equimosis en región facial, hematomas bipalpebrales y múltiples excoriaciones.

2.- PRECIPITACION

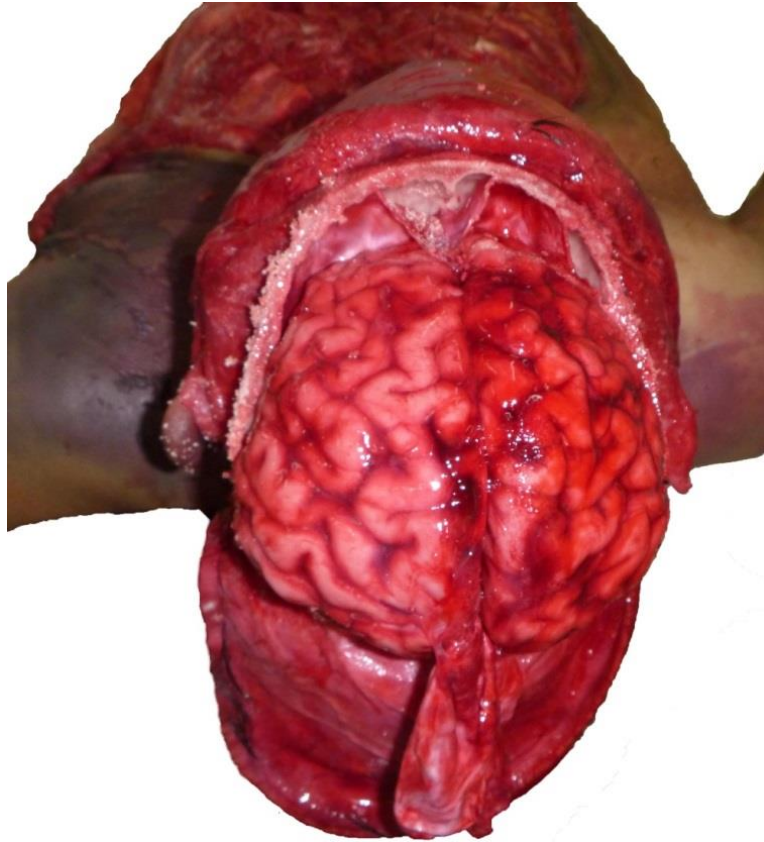


Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N°6 y 7. Lesiones externas e internas en cráneo.

Posterior a la incisión bimaistoidea y repliegue de ambos colgajos se evidencian múltiples infiltrados hemorrágicos en el colgajo anterior, hematoma subgalial, infiltrado hemorrágico en musculo temporal derecho y fractura múltiple que va de región frontal hacia la región parietal y temporal del lado derecho, en la siguiente fotografía se evidencian las lesiones internas posterior al aserramiento de la calota craneal.

3.- INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 8. Cráneo y estructuras encefálicas.

Posterior a la apertura de la calota craneal por aserramiento manual, se evidencian las estructuras con una coloración rojo cereza característica de intoxicación por monóxido de carbono.

4.- ASFIXIA POR BRONCOASPIRACION



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 9 y 10. Contenido Gástrico en vías aéreas superiores. Contenido gástrico confirmatorio.

En tráquea se observa líquido de color café claro con partículas sólidas de color negro de 3 x1 mm (semillas), las que se confirman a la apertura de cámara gástrica. Asfixia por sustitución de contenido gástrico en vías respiratorias.

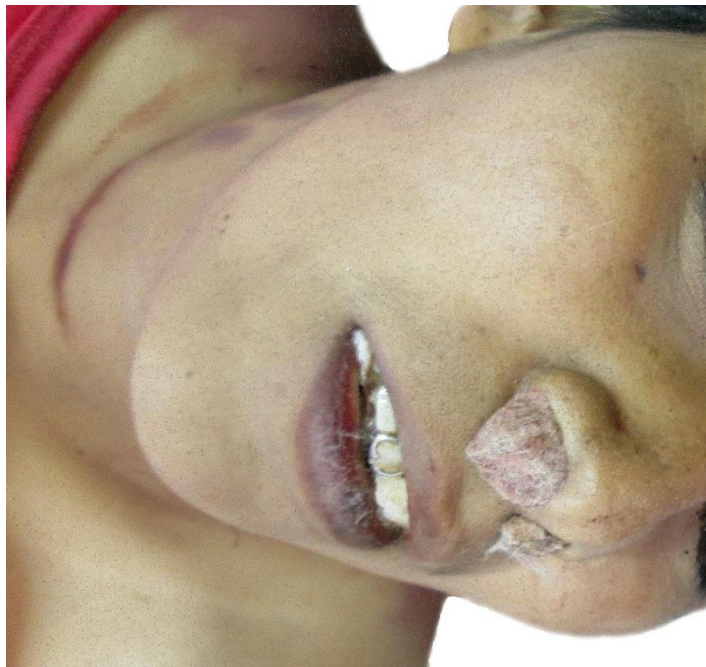
5.- ASFIXIA POR ESTRANGULACION



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 11. Cara posterior del Tiroides.

Se evidencia un infiltrado hemorrágico de 0,5 x 0,8 mm en la cara posterior del cuerpo del cartílago tiroides causado por la presión ejercida por la estrangulación por lazo.



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N°12. Surco equimótico en región cervical. El surco equimótico es ascendente desde la región central hacia la región lateral derecha.

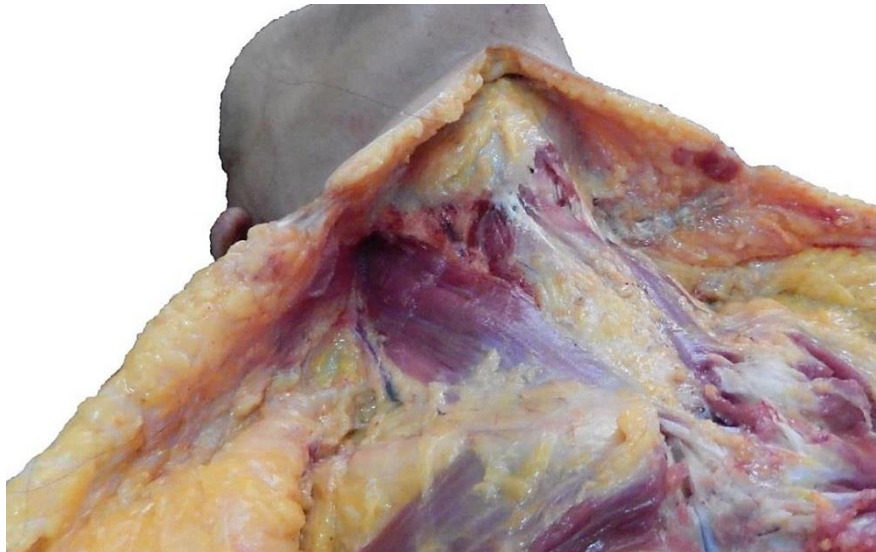
6.- ASFIXIA POR AHORCAMIENTO



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 13. Material utilizado para ahorcarse.

Se evidencia un lazo de color rojo de material sintético con el nudo corredizo posterior, el mismo fue utilizado para cometer el acto de suicidio.



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 14. Lesiones internas a nivel cervical.

Posterior a la apertura mento-suprapúbica, en el área cervical se evidencia la línea argentina y los característicos infiltrados hemorrágicos ejercidos por la presión del lazo por encima del hueso hioides a predominio del lado derecho.

7.- ASFIXIA POR CUERPO EXTRAÑO



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N°15. Tráquea, Carina y bronquio principal derecho.
Fotografía N°16. Cuerpo extraño en bronquio principal izquierdo.
Fotografía N°17. Cuerpo extraño.

De forma secuencial. Posterior a la extracción en bloque desde lengua, se realiza la apertura a esófago para luego realizar la apertura de tráquea, primero al bronquio principal derecho y luego del bronquio principal izquierdo en el cual se evidencia un cuerpo extraño. Al extraer el cuerpo extraño se evidencia que es de nylon en cuyo interior existe un polvo de color beige. Dicho cuerpo extraño causó la asfixia por obstrucción de vías respiratorias bajas.

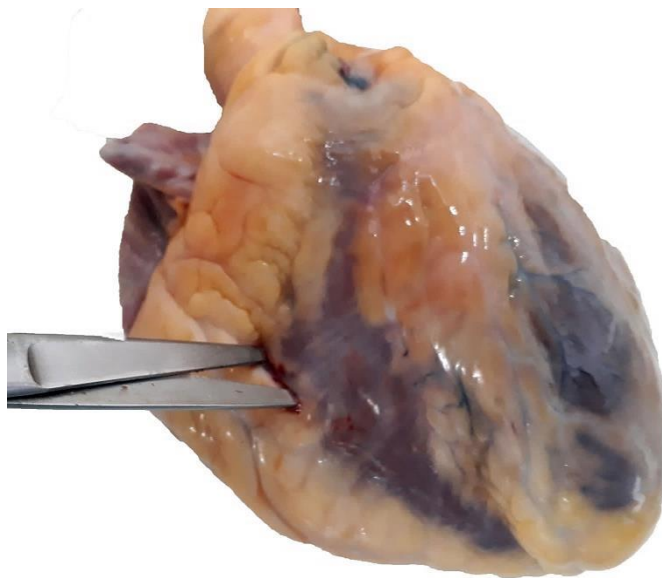
8.- LESION POR ARMA BLANCA



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 18. Laceración pericárdica.

Se evidencia laceración del pericardio de 2,5 cm de longitud acompañado de infiltrado hemorrágico. Se añade, presencia de hemotórax.



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 19. Laceración de ventrículo derecho por arma blanca.

Se observa una laceración de 2,3 cm en ventrículo derecho cuya profundidad llega a cavidad provocando una extravasación de sangre con un consecuente taponamiento cardiaco causado por un objeto punzo cortante (arma blanca)

9.- LESION POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 20. Proyectoil de arma de fuego en tejido celular subcutáneo. Posterior a la apertura de la región cervical, torácica y abdominal por una incisión mento-suprapubica, en región abdominal del lado derecho se evidencia un infiltrado hemorrágico en cuyo centro se encuentra un proyectil de arma de fuego que será colectado para balística forense.



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

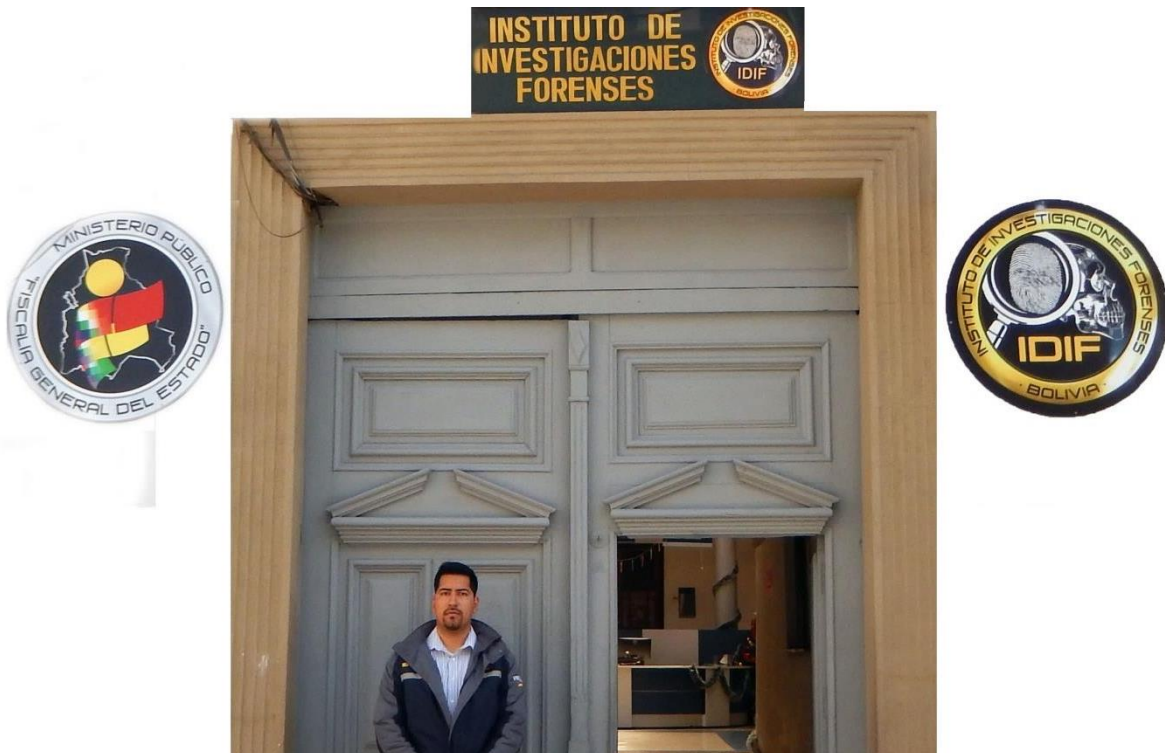
Fotografía N° 21. Radiografía X, proyectil de arma de fuego en cráneo. Se evidencia material radio opaco en órbita izquierda y fragmentos hacia la región parietal.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES LA PAZ



Fuente: Morgue Judicial, La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 22. Vestimenta para autopsias. Para realizar una autopsia médico-legal se deben tomar en cuenta las siguientes medidas de bioseguridad: enterizo impermeable color blanco, ponchillo de agua, botas de goma, guantes de nitrilo y quirúrgicos, barbijo, lentes de protección y gorro.



Fuente: Instituto de Investigaciones Forenses , La Paz- Bolivia 2016.

Fotografía N° 23. I.D.I.F. Instituto de Investigaciones Forenses La Paz, Calle Indaburo N°945 entre calles Yanacochoa y Genaro Sanjinés.

ANEXO N°4

SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR LA INVESTIGACION EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES LA PAZ



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

L/622

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

La Paz, marzo 08 del 2016
U.P.G. COORD. MED. FOR. CITE N° 11/2016



RECIBIDO

L.P. 13 de ABRIL 2016 Hrs 3:30

Señor
Lic. Ronald RODRIGUEZ SOLIZ
COORDINADOR DEPARTAMENTAL LA PAZ
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES (I.D.I.F.)
Presente.-

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludarlo me permito informarle que dentro la actividad académica de posgrado de la Maestría en Medicina Forense de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando Tesis de Investigación como el caso de la "Identificación de características asociadas a muerte violenta en el sexo femenino en la morgue judicial de marzo 2014 a marzo 2015"

Tema que será investigado por el cursante legalmente habilitado y ex- pasante del I.D.I.F.:

Dr. Juan Pablo Tarifa Orellana

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad pueda colaborar al investigador autorizando la obtención de Información necesaria que permita ejecutar el Trabajo de Grado.

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


Dr. M.Sc. Ivan Larico Laura
COORDINADOR ACADÉMICO
UNIDAD DE POSTGRADO



cc: Arch.
IVLL/awi