



# AUTOPSIA

J. NUÑEZ DE ARCO



**Jorge Nuñez de Arco, autor del libro: “La Autopsia”, es Doctor en Medicina por la Universidad de Sevilla-España. Ha sido Profesor en la Universidad de Sevilla. Es actualmente profesor de Criminología. Coordinador y Profesor de la Maestría de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.**

**Y desempeña el cargo de Director Nacional del Instituto de Investigaciones Forenses de la Fiscalía General de la Republica de Bolivia.**

Nuñez de Arco J., “La Autopsia”, Ed. GTZ, Sucre-Bolivia. 2005

# LA AUTOPSIA

Jorge Núñez de Arco

Sucre - Bolivia

2005

## CAPÍTULO VIII

### 8. DOCUMENTOS MÉDICO LEGALES

Prueba es la demostración que se hace de la existencia de hechos materiales o de actos jurídicos conforme a observaciones objetivas. Hay diversas clasificaciones, pueden ser pruebas instrumentales: certificados, radiografías, recetas, etc. Pruebas testificales: declaraciones de testigos y pruebas periciales, emitidas por expertos en el informe pericial.

Para nosotros, los documentos médico-legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico (a) en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona. Son variadas en su estructura y finalidad, pero deben caracterizarse por un estilo claro, sencillo y conciso con la finalidad de facilitar su comprensión para los destinatarios que habitualmente no son profesionales en salud.

Estos documentos médicos escritos, son útiles como “*pruebas documentales*” y se pueden clasificar en dos grupos:

- a) pruebas que inicialmente no tienen ese carácter.
- b) pruebas preconstituidas.

Al segundo grupo pertenecen los documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Al primer grupo pertenecen aquellos documentos que no adquieren valor probatorio en el mismo acto de origen, sino con posterioridad, en virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. Dentro del primer grupo están el informe de una consulta, la historia clínica y el protocolo de autopsia. En el segundo el informe médico forense (evaluación de lesiones físicas y psíquicas), el informe médico-legal, (otorgado por médico especialista o con maestría en Medicina legal y forense) y el informe de autopsia.

## 8.1. DOCUMENTOS MÉDICOS, CON VALOR PROBATORIO POSTERIOR

Los principales documentos son:

- Certificado,
- Dictamen, diagnóstico o informe de una consulta,
- Epicrisis. Historia Clínica (Expediente clínico),
- Protocolo de autopsia.

### 8.1.1. Certificado Médico

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el médico (a) ha comprobado en base a exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigos de la enfermedad. La diferencia con el informe de una consulta radica en el uso de formularios impresos por el Colegio Médico Nacional.

La forma de llenar los formularios impresos es la siguiente:

Escribir el **lugar y la fecha** de emisión del certificado médico.

Se debe escribir el **nombre completo del profesional** que realiza el certificado.

Se debe colocar el **número de la matrícula profesional del médico**, otorgada por el Ministerio de Salud.

De igual manera, escribir la **matrícula del Colegio Médico Departamental** donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.

En el texto se puede decir: ...*Certifica que:*

- Continuar con el inicio del certificado, redactando por ejemplo: *Haber realizado el examen físico al Sr. (a) nombre completo del paciente, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora del examen clínico realizado.*
- Inicio del cuerpo del certificado propiamente dicho: incluir todos los **signos y sintomatología positivos y los no encontrados (importantes)**, siguiendo el orden anatómico.
- Si bien se debe utilizar nomenclatura médica, debe ser claro y entendible para todos (médicos y los que no lo son).
- En lo posible en máquina de escribir o computadora. De lo contrario, redactar a mano con letra legible y clara (de preferencia con letra de imprenta).

Se concluyen la firma y sello del profesional que otorga el certificado médico.

### 8.1.2. Dictamen, Diagnóstico o Informe de una Consulta

Se conoce también como opinión, es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el médico (a) ha comprobado en base a exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad. Es un informe breve o pormenorizado, que puede expresarse de modo verbal o escrito. Inicialmente tiene la finalidad de dar un dictamen médico, una opinión o un diagnóstico de la consulta realizada o bien la epicrisis de las consultas realizadas al paciente. Dentro de estos mismos parámetros se encuentra la epicrisis o informe de alta hospitalaria.

El secreto médico, hace que dichos informes no puedan ser públicos, salvo autorización expresa del mismo paciente o bien bajo requerimiento fiscal u orden judicial.

Todos estos documentos estarán firmados por un médico con matrícula profesional. Salvo en el tema de violencia intrafamiliar, que de acuerdo con la Ley 1674, no sólo los médicos sino el personal de salud (no médicos) y sanitarios pueden hacer un informe, que tiene valor legal. Ley 1674 de 15 de diciembre de 1995, Ley contra la Violencia en la familia o doméstica, “artículo N° 37 (Certificados médicos) “Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.”

De acuerdo con el Decreto Supremo No. 25087/98 que reglamenta la citada ley, “los proveedores de salud de establecimientos públicos o privados (hospitales, clínicas, postas sanitarias, etc.) que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, registrarán los hechos en la ficha de utilización nacional y remitirán obligatoriamente una copia firmada a la Brigada de Protección a la Mujer y la Familia y, donde no exista, a la Policía, Fiscalía, Juez de Instrucción de Familia o Servicios Legales Integrales (SLI’s), dentro de las 48 horas de producidos los hechos”. La Ley establece para los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada sanciones (multa y amonestación que afectará los antecedentes laborales. Es importante mencionar que este tipo de denuncia, no implica constituirse en parte, ni concurrir necesariamente como testigo en un eventual juicio.

Todos estos documentos médicos deben ser objetivos, transparentes y verídicos, ya que de lo contrario son sancionados según el Código Penal, Ley N° 1768 de 10 de marzo de 1997.

“Art. 201. **Falsedad ideológica en Certificado Médico.** El médico que diere un certificado falso, referente a la existencia o inexistencia de alguna enfermedad o lesión, será sancionado con reclusión de un mes a un año y multa de treinta a cien días.

Si el falso certificado tuviere consecuencias para que una persona sana sea internada en un manicomio o casa de salud, será sancionado con reclusión de seis meses a dos años y multa de treinta a cien días.”

### 8.1.3. Historia Clínica

Es un documento de valor médico y de potencial valor legal. Se considera completa cuando contiene suficiente información acerca de los acontecimientos que justifiquen el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final. Siempre debe estar escrita con letra clara y legible, en toda su estructura.

Debe estar escrita con letra legible y debe instruirse al recurso humano involucrado (médicos, enfermeras, auxiliares, otro personal como nutricionistas, etc.) en la elaboración del archivo clínico, sobre la necesidad de insertar al mismo actualización de nombres y apellidos completos y firmas. Es necesario que el archivo clínico tenga buena organización y niveles de pulcritud, sin manchas o borrones. El médico debe firmar todas las actuaciones, órdenes, solicitudes de exámenes de laboratorio y actualizar los resultados con las nuevas indicaciones, como consecuencia de ellos.

#### Aspectos Legales

La **historia clínica es un documento de valor legal potencial**, es propiedad del hospital y se elabora y conserva para beneficio del enfermo. Sin embargo, su contenido pertenece exclusivamente al paciente, porque se trata de información personal. De ahí que se considere totalmente confidencial y privada.

En consecuencia, el hospital puede expedir **copias o resúmenes (epicrisis)** de las historias clínicas únicamente en los siguientes casos:

- A solicitud del paciente.
- A requerimiento fiscal u orden judicial.
- A solicitud escrita de un médico, para continuar el tratamiento del paciente. Siempre con autorización del paciente.
- Con fines estrictamente científicos. En esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencia, manteniendo el caso bajo anonimato.



- A solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado.

### **Valor Probatorio de la Historia Clínica**

Probar significa demostrar la existencia de los hechos afirmados por la partes, es decir, examinar los hechos expuestos a la luz de los elementos de convicción que se lleven al proceso. La historia clínica, especialmente en los procesos por ejercicio inadecuado de la medicina, constituyen una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo. En la medida en la que se hayan seguido los protocolos de actuación y apuntado las órdenes y resultados en la historia clínica, sirve como un descargo de la actuación médica.

Si bien no se elabora originalmente, como elemento probatorio, la historia clínica asume este carácter cuando surge el conflicto médicolegal. En ocasiones constituye prueba por sí misma cuando a través de ella se evidencia impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico, como causa generadora del daño al paciente. En otros casos, solamente tiene carácter de indicio, porque en ella no se observa, deduce o denota error alguno.

Por ser instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión de los operadores de justicia, la historia clínica requiere de una interpretación o “traducción” por parte del médico forense o del médico legista, para que aquél, pueda entenderla y otorgarle a los hechos en ella contenidos su valor probatorio real.

#### **8.1.4. Protocolo de Autopsia**

La autopsia, término médico que por tradición se conserva, ya que etimológicamente no corresponde a la actividad, es la operación que se practica en el cadáver para determinar la causa de su muerte o las circunstancias concurrentes en el momento de la misma. El protocolo de autopsia es el documento escrito en el que consta la serie de actos e intervenciones que se han practicado en el cadáver.

Lo habitual es que en los protocolos de autopsia existan los siguientes datos:

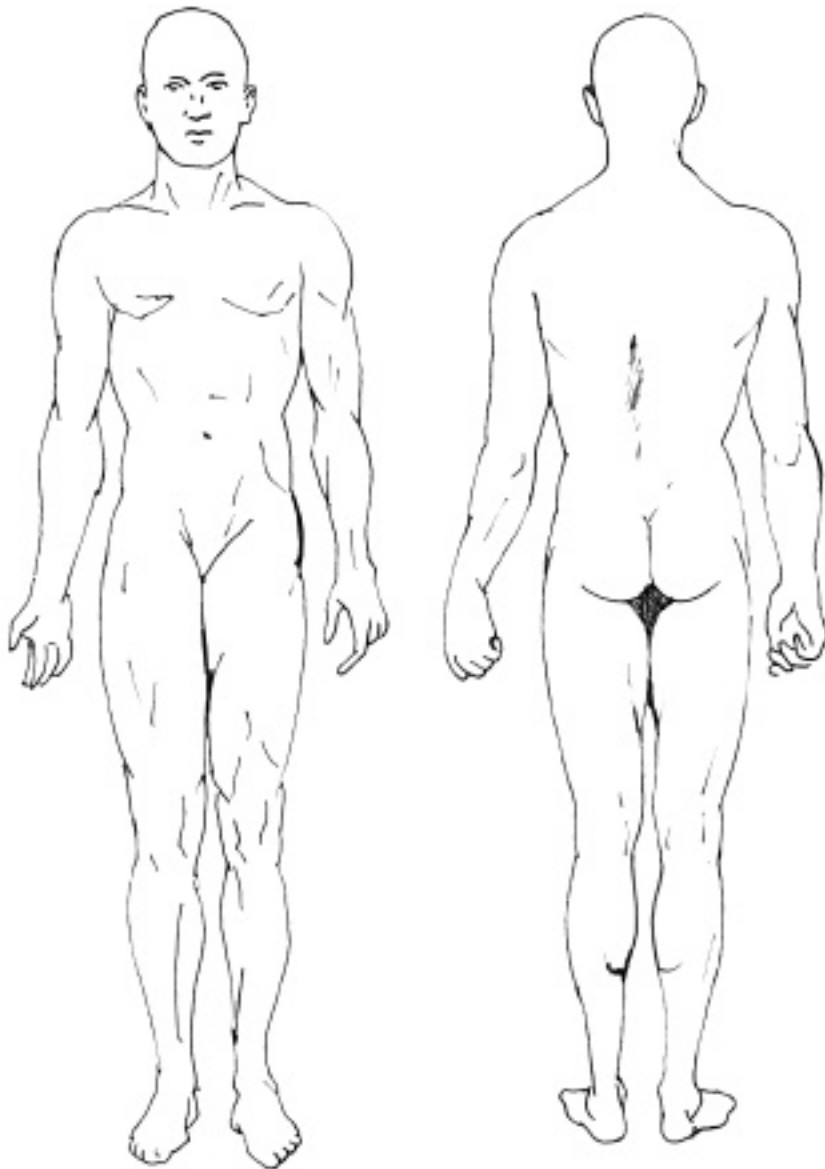
1. Datos del levantamiento del cadáver.
2. Se describa la técnica seguida en las distintas fases de exploración.
3. Las descripciones que se hacen del cadáver, son de una persona virtualmente en posición de pie frente al examinador, erguido y con los miembros en extensión paralelos al eje del cuerpo. Todas las descripciones de caras, planos, niveles y otros se relacionan con esa posición virtual.
4. Se apunta el método de autopsia, (ver Cap. VI, para realizar un trabajo completo y metódico).
5. Archivo de las plantillas de anatomía topográfica para señalar heridas, marcas o lesiones.

Es conveniente utilizar una grabadora portátil para dictar todas y cada una de las apreciaciones que vemos en el cadáver, en las distintas fases de exploración, ya que una autopsia mal hecha no se puede rehacer. Esto se hace más patente en las necropsias.

**A continuación, se incluyen láminas para ser empleadas en los protocolos de autopsia, para que se pueda señalar situación, dimensión y trayecto de las lesiones, en lo posible.**

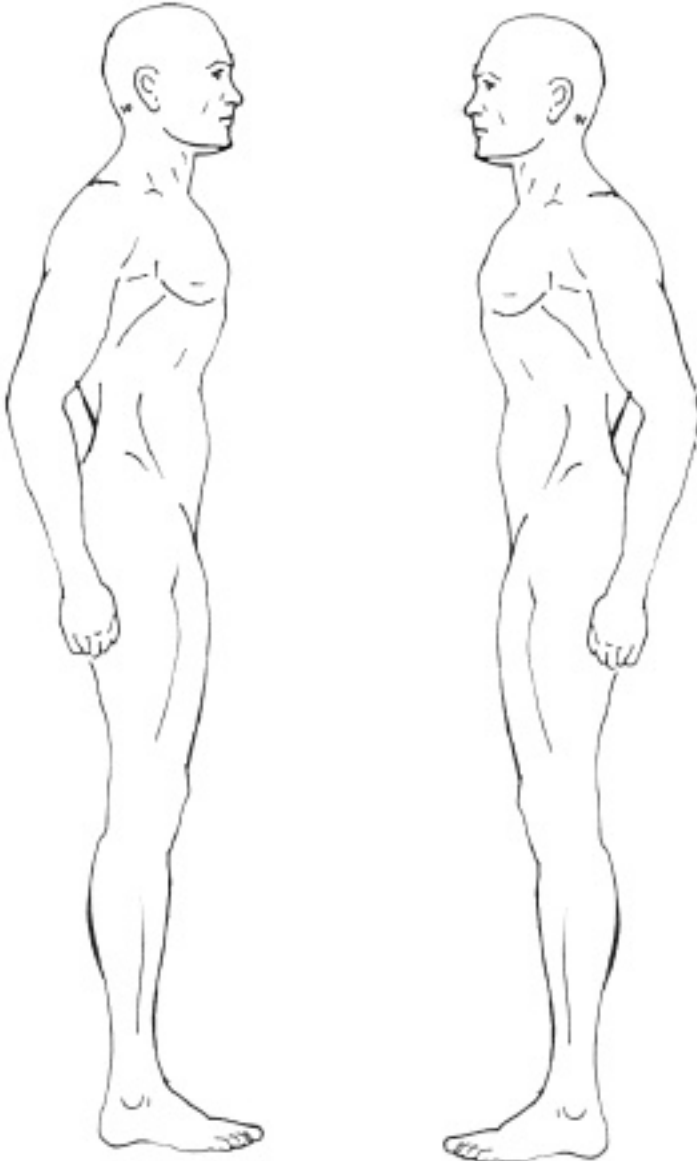
## PROTOCOLO DE AUTOPSIA

**NOMBRE..... CASO .....**



**PROTOCOLO DE AUTOPSIA**

**NOMBRE..... CASO .....**



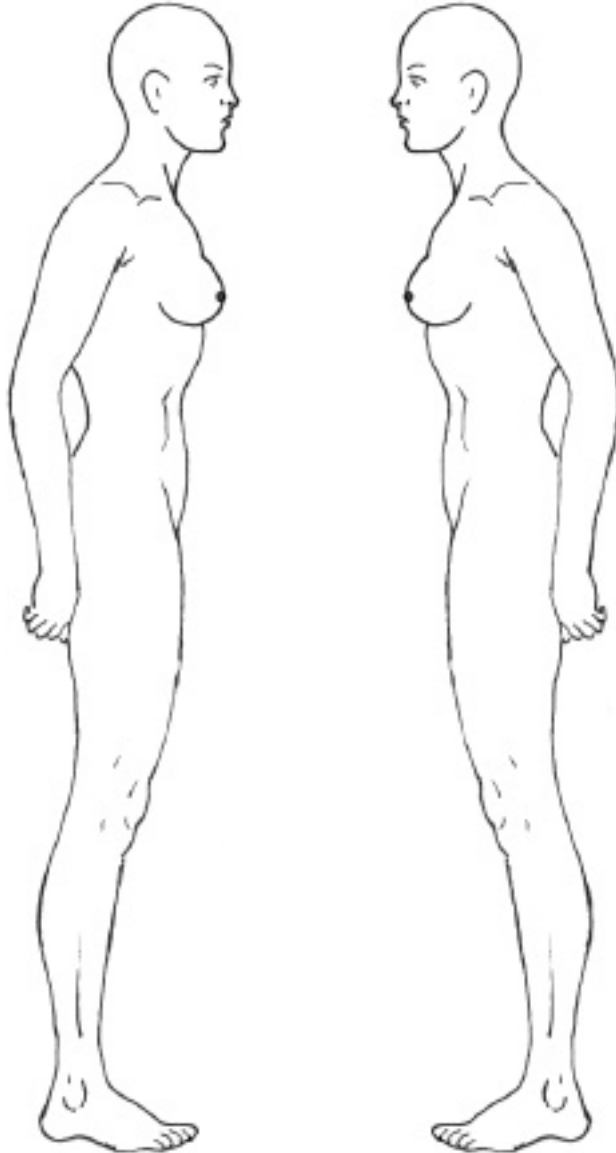
**PROTOCOLO DE AUTOPSIA**

**NOMBRE..... CASO .....**



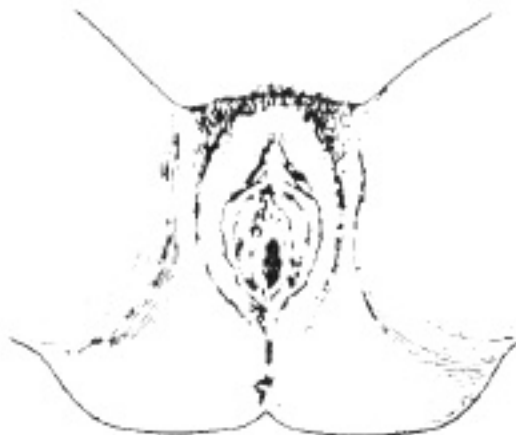
**PROTOCOLO DE AUTOPSIA**

**NOMBRE..... CASO .....**



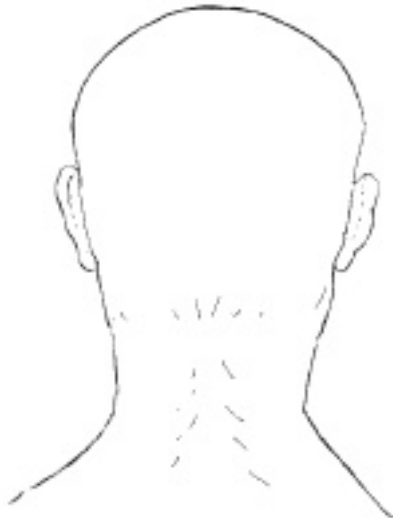
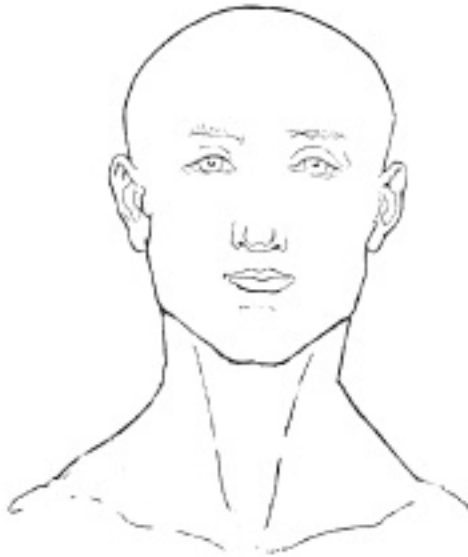
**PROTOCOLO DE AUTOPSIA**

**NOMBRE..... CASO .....**



**PROTOCOLO DE AUTOPSIA**

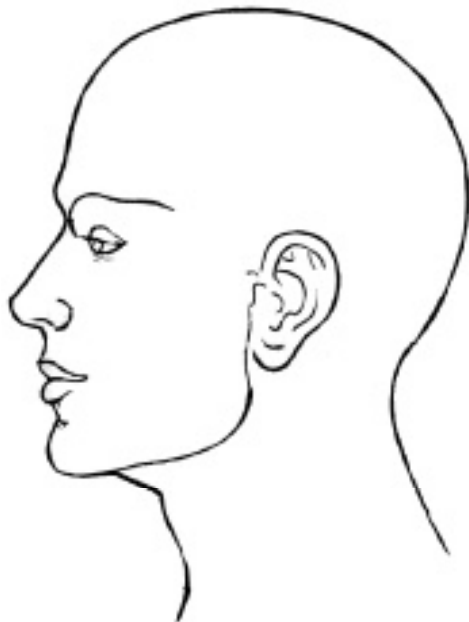
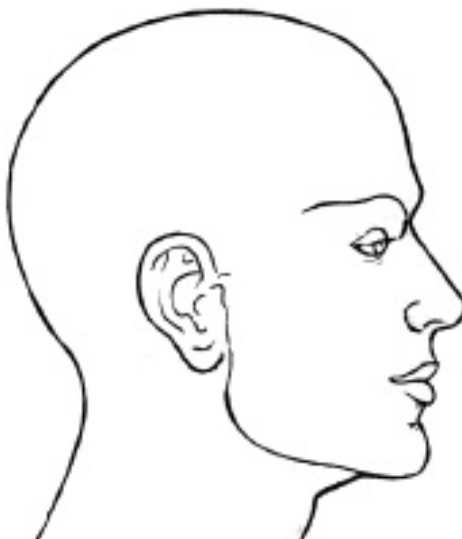
**NOMBRE..... CASO .....**





**PROCOLO DE AUTOPSIA**

**NOMBRE..... CASO .....**



## 8.2. DOCUMENTOS MÉDICO LEGALES, CON VALOR PROBATORIO PRECONSTITUIDO

Los documentos de este grupo son:

- 1.- Informe médico forense.
- 2.- Informe médico-legal.
- 3.- Certificado de defunción.
- 4.- Informe de autopsia.

En nuestra legislación están previstos los informes médico legales dentro de la pericia.

- El Artículo 204 del Nuevo Código de Procedimiento Penal, dice: “Se ordenará una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados en alguna ciencia, arte o técnica.”
- Perito: “La persona que posee conocimientos científicos, artísticos o prácticos y que, a través de la denominada prueba pericial, ilustra a los tribunales con los conocimientos propios, para la existencia de mayores elementos de juicio, informando bajo juramento”. (Jouvencel, 2002).
- Y el Artículo 205º. - ***Peritos***. “Serán designados peritos quienes, según reglamentación estatal, acrediten idoneidad en la materia.”

Sin embargo, hace una gran excepción en el caso de los médicos, ya que indica que serán los médicos forenses quienes realizarán el examen médico oficial. Por lo tanto, se deben separar las dos clases de informes médico legales: uno oficial, del médico forense y otro de parte, solicitado a un médico no oficial, pero que debería tener especialidad o maestría en medicina forense.

El Artículo 206º. - ***Examen médico***. El fiscal ordenará la realización de exámenes médico forenses del imputado o de la víctima, cuando éstos

sean necesarios para la investigación del hecho denunciado, los que se llevarán a cabo preservando la salud y el pudor del examinando. Al acto sólo podrá asistir el abogado o una persona de confianza del examinado, quien será advertido previamente de tal derecho.

### **8.2.1. Informe Médico Legal, Médico forense o Dictamen Médico Legal**

Por tanto el informe propiamente dicho, informe pericial, experticia o pericia, debe ser elaborado de la misma forma en ambos casos, según sea el oficial o el de las partes, es decir a requerimiento fiscal u orden judicial o tras autorización judicial de la solicitud de las partes.

Consta de las siguientes partes:

**Parte inicial**

**Parte expositiva**

**Parte reflexiva**

**Parte conclusiva**

#### **MODELO DE INFORME PERICIAL**

El informe pericial contendrá la información del peritaje que llevó a cabo previamente y que, por lo tanto, es el instrumento de comunicación entre la Medicina Forense y el Derecho. Materializa las respuestas a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito. Entonces deberá estar configurado y confeccionado de manera que proporcione de forma comprensible a los operadores de justicia, la información suficiente, precisa y objetiva para las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho.

##### **I. Parte Inicial**

Se trata de un encabezamiento inicial en el que se especifican los datos de filiación de los peritos, titulaciones y otros datos sobre su ejercicio profesional.

Contiene asimismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que solicitó dicho informe, así como los datos (numeración, fecha, etc.) del expediente en el ámbito administrativo o bien de los datos de archivo del

Juzgado. Citando, en ese caso, textualmente lo que se solicita de nuestra pericia.

Finalmente, aparece el nombre de la persona objeto del peritaje forense. Nombre completo del informado.

## **II. Parte Expositiva**

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde fue explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas.

### **Antecedentes Personales.**

En este apartado se incluye información de dos tipos, ambas ordenadas cronológicamente:

#### **Aspectos biográficos**

Se incluirían datos de tipo evolutivo, gestación, parto, problemas neonatales, enfermedades infantiles.

Escolarización, integración en el medio escolar y nivel de estudios adquirido.

Servicio Militar (en su caso) que también es buen índice de adaptación.

Historia laboral del informado, cambios de empleo si los hubo, motivos, nivel de integración en el medio laboral, etc.

Relaciones amistosas y afectivas.

Historia familiar del informado, relaciones con padres, hermanos, matrimonio, relación con el cónyuge, con los hijos, etc.

#### **Patobiografía**

Incluye el historial patológico del informado, enfermedades padecidas por el mismo, tanto de naturaleza psíquica como orgánica.

Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, informes de ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados e informes de médicos de empresa, etc.

Los datos se ordenan cronológicamente detallando fecha del documento, nombre del facultativo, especialidad, lugar donde se emite el informe y, a continuación, se extrae de forma textual los datos de interés que aparecen en dicho informe: exploración, diagnóstico y conclusiones.

### ***Antecedentes Familiares***

En este apartado se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares patológicos.

### **III. Parte Reflexiva**

Es la evaluación mediante un razonamiento lógico y claro en el que se relacionan los elementos estudiados en la parte inicial y de exposición de datos, junto a los resultados de nuestro estudio. Realizándose una integración de todos los datos obtenidos anteriormente, junto a los resultados de los estudios y de otras pruebas médicas complementarias que se hayan considerado oportunas practicar, añadiendo nuestros comentarios y experiencias anteriores, para que justifiquen los motivos por los cuales se llegó a la parte conclusiva.

### **IV. Parte Conclusiva**

Debe sintetizar la opinión del perito, de modo concreto, breve y si es posible de forma categórica. Debe tener relación con los hechos por cuales se solicita la pericia. Es muy deseable establecer una conclusión en forma de diagnóstico que se ajuste a los criterios y códigos de las actuales clasificaciones diagnósticas CIE-10 y DSM-IV.

*Fórmula final.* Puede utilizarse alguna de estas expresiones: “A la disposición del señor Juez, para cualquier información adicional que considere pertinente” o “Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido encomendada”. La fórmula final incluye la firma del médico.

A su vez, el dictamen o informe médico legal, si fue mal elaborado, puede ser susceptible de que se soliciten aclaraciones o ampliaciones. Esto generará una producción de otros informes aclaratorios o de ampliación.

La **aclaración** tiene el propósito de una mayor o mejor explicación de aspectos que no se entendieron adecuadamente. El perito no debe abusar de términos técnicos y, cuando es indispensable su empleo, debe explicarlos en su acepción vulgar.

La **ampliación** tiene la finalidad de profundizar en aspectos en los que el perito fue omiso o demasiado parco.

### **8.2.2. Certificado de Defunción**

Dentro de la patología forense, certificar la causa y la manera de la muerte constituye la principal responsabilidad del médico. Para tales efectos existen el certificado de defunción y los formularios estadísticos de defunción.

Para fines judiciales, puede ser rellenado por los médicos tratantes ya que es un documento empleado para registrar detalles relevantes de una muerte y es también un certificado que especifica que la muerte de una persona sí ocurrió.

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

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

El certificado médico de causa de defunción recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), consta de dos partes. La primera comprende las causas determinantes y la segunda las causas contribuyentes. Las causas determinantes consisten en la sucesión de cau-

sas y efectos que condujeron a la muerte. Se disponen en líneas que se enumeran, de arriba abajo:

**Causa directa que provocó la muerte.**

**Causa intermedia, las implicaciones de la enfermedad.**

**Causa básica de la muerte, enfermedad fundamental de la muerte.**

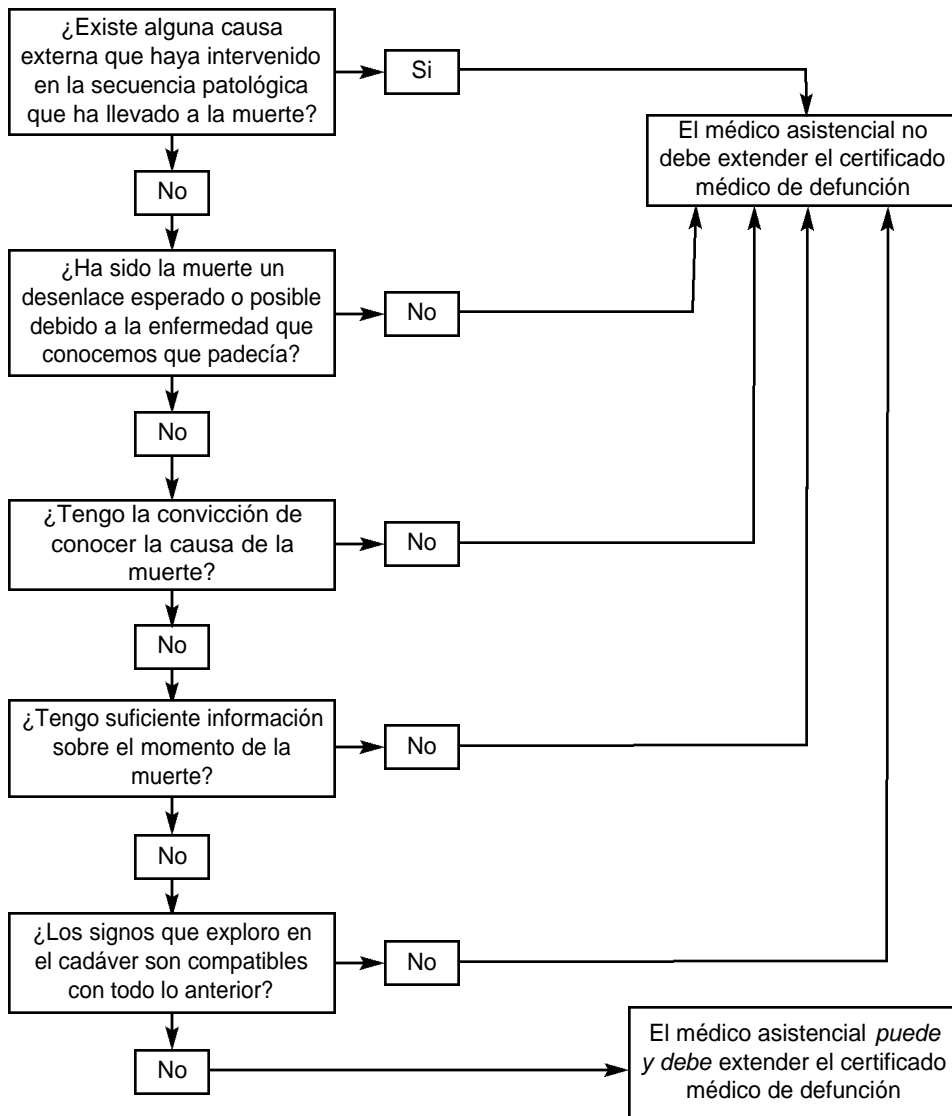
## CUESTIONARIO FINAL PARA TOMAR LA DECISIÓN DE QUE EL CERTIFICADO SEA FIRMADO POR EL MÉDICO ASIS- TENCIAL O MÉDICO DE CABECERA

Estas preguntas se puede formular a sí mismo el médico que tenga dudas acerca de si debe o no firmar un certificado de defunción.

¿Poseo datos suficientes para establecer que la persona ha muerto?	Sí	No
¿Puedo establecer la identidad de la persona fallecida por conocerla directamente o porque los familiares o allegados me lo hayan acreditado suficientemente?	Sí	No
¿Hay alguna causa externa que haya intervenido como causa, con causa o elemento coadyuvante en la secuela patológica que ha llevado a la muerte?	Sí	No
¿Existe algún factor que pueda relacionarse con una enfermedad profesional o accidente de trabajo?	Sí	No
¿Existe algún aspecto de la muerte que pueda generar algún tipo de responsabilidad?	Sí	No
Por los datos <i>antemortem</i> y <i>postmortem</i> que se tienen se puede presumir dentro de un nivel de "convicción médica" alguna patología natural que se pueda considerar causa de la muerte?	Sí	No
¿Ha sido la muerte un desenlace esperado por la patología que sufría?	Sí	No
¿Conozco la patobiografía de la persona que ha fallecido? o ¿Puedo conseguir suficiente información sobre la patobiografía de la persona que ha fallecido?	Sí	No
¿Puedo conocer de forma suficiente el momento de la muerte?	Sí	No
¿Puedo establecer una compatibilidad entre los datos <i>ante mortem</i> y los signos que observo en la persona fallecida, incluidos los indicadores de la data de la muerte?	Sí	No
¿Puedo firmar el certificado médico de defunción? ¿Debo tender a no firmar el certificado médico de defunción?	Sí	No
FUENTE: Cobo Plan, J.A.; "Certificado Médico de Defunción", Ed. Masson. Barcelona 2002, pág. 27.		



## ÁRBOL DE DECISIÓN



FUENTE: Cobo Plan, J.A.; "Certificado Médico de Defunción", Ed. Masson. Barcelona 2002, pág. 69.

### 8.2.3. Informe de Autopsia

El informe de autopsia es tan importante como la autopsia en sí. Esta última será menos valiosa si los hallazgos y opiniones del médico forense no se expresan en un documento de forma clara, precisa y permanente. La autopsia comienza en el momento en el que se accede a la escena de los hechos. El informe de autopsia debe ser parte integral del procedimiento de la misma y debe ser diseñado cuidadosamente.

El informe, debería ser:

- a) Completo, detallado, comprensible y objetivo;
- b) Claro y comprensible no sólo para otros médicos, sino también para lectores no médicos;
- c) Escrito con una secuencia lógica, bien estructurado y con facilidad para referirse a sus diversos apartados;
- d) Legible y perdurable, presentado en papel, aún cuando se realice su almacenamiento electrónico.

El diseño del informe de autopsia debe incluir como mínimo:

1. Parte Inicial
2. Parte Expositiva
3. Parte Reflexiva
4. Conclusiones

## MODELO DE INFORME DE AUTOPSIA

### 1.- Parte Inicial

- a. Un preámbulo legal, en el que conste:
- b. Nombre, titulación, número de colegiado, cualificaciones y puesto del experto(s) médico forense(s);
- c. Cargo y nombre de la autoridad que ordenó la autopsia;
- d. Detalles personales completos del fallecido (incluyendo nombre, edad, sexo, dirección y ocupación), salvo en los no identificados;
- e. Cuando se conozcan: fecha, lugar y data de la muerte;
- f. Fecha, lugar y hora de la autopsia;
- g. Personas presentes durante la autopsia y su función;
- h. Persona(s) que identifican el cadáver.

### 2.- Parte Expositiva

- a. Sinopsis de la historia y circunstancias de la muerte, partiendo de los datos proporcionados al médico forense por la policía, los jueces, los parientes u otras personas, así como de la información contenida en el expediente, cuando éste sea accesible;
- b. Descripción del lugar de la muerte, si acudió el experto médico forense; las referencias deben realizarse según los preceptos ya mencionados;
- c. Examen externo, según las referencias ya mencionadas;
- d. Examen interno por sistemas anatómicos, junto a comentarios para cada órgano;

- e. Listado de todas las muestras tomadas para la investigación toxicológica, identificación genética, histología, microbiología y otras técnicas; dichos especímenes deben ser identificados y analizados por el médico forense de acuerdo con lo establecido por el sistema legal;
- f. Se deberán incluir, cuando sea posible, los resultados de investigaciones tales como radiología, odontología, entomología y antropología.

### 3.- Parte Reflexiva

**Consideraciones médicas.-** Son evaluaciones globales que el médico forense realiza del significado de los resultados obtenidos, sus comentarios médicos, comentarios de su propia experiencia y detalles que quiera resaltar, que justifiquen sus conclusiones. Son un enlace de los datos iniciales, datos médico quirúrgicos encontrados, análisis fisiopatológicos con los datos de la posible causa de muerte y de su relación jurídica.

**Consideraciones médico legales.-** Interpretaciones de la globalidad de hallazgos, ofreciendo la máxima información y abanico de opiniones. También se debe llamar la atención sobre cuestiones que pudieran ser de importancia y que no hayan sido señaladas por la autoridad competente. Los datos que en el nivel médico legal pudieran ser más significativos.

Una de las partes más importantes del informe de autopsia es la evaluación global que el médico forense realiza del significado de los resultados obtenidos. Al finalizar una autopsia, las conclusiones son frecuentemente provisionales, ya que los hallazgos posteriores o el conocimiento ulterior de otros hechos circunstanciales, pueden motivar su modificación. Los médicos forenses deben interpretar la globalidad de hallazgos, ofreciendo la máxima información y abanico de opiniones. También se debe llamar la atención sobre cuestiones que pudieran ser de importancia y que no hayan sido señaladas por la autoridad competente.

#### 4.- Conclusiones

- a. Basándose en la interpretación final, debe señalarse la causa de la muerte, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Número de serie, codificación para su recuperación computarizada y código incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD); (CIE - 9); (CIE - 10).
- b. Cuando existan diversas posibilidades o alternativas para la causa de la muerte y los hechos no pudieran diferenciarlas, el médico forense deberá describir dichas alternativas y, si es posible, ordenarlas según sus probabilidades. Si no es posible, entonces la causa de muerte deberá ser expresada como "Indeterminada";
- c. El informe será finalmente revisado, fechado y firmado en el lateral de cada hoja y, por el médico forense;
- d. La fecha de la autopsia y la fecha del informe provisional nunca deberían estar separadas por más de uno o dos días. Dichas fechas deben ser lo más próximas posibles.

## CAPÍTULO IX

### 9. ESCENA DE LOS HECHOS

#### 9.1. DEFINICIÓN

En el lenguaje de la medicina criminalística, escena de los hechos, es sinónimo de “lugar del suceso”, “escena del crimen” y otras expresiones que tienen el mismo significado. Pero no es suficiente, es preferible hablar de escena del hecho o de los hechos.

También se denomina escenario del crimen, escena del crimen o teatro del crimen, sitio del hecho criminal.

La investigación en el escenario de la muerte es por lo tanto una investigación del escenario de los hechos, con el levantamiento del cadáver, junto a la descripción y colecta de evidencias.

Vamos a explicar, el porqué hablamos de escena de los hechos.

##### 9.1.1. La escena

Según el diccionario de la Real Academia Española en su séptima acepción es: “Suceso o manifestación de la vida real que se considera como espectáculo digno de atención” y escenario en su tercera acepción es: “lugar en que ocurre o se desarrolla un suceso”.

También se dice que es el lugar donde presuntamente se han cometido actos contrarios al ordenamiento Jurídico Penal.

No es correcto el uso de escena del crimen, ya que eso presupone la existencia de un delito, aún antes de investigarlo.

##### 9.1.2. El hecho

Tiende a interpretarse como expresión material de la conducta humana, plasmada en algo visible, aunque no siempre perdurable; como puede ser aceptar un compromiso o emitir injurias.

Se dice que un hecho es algo que ya está “cumplido” y no puede negarse su realidad.

Un hecho es la materia que se prueba o se ha probado en un juicio. En el enjuiciamiento civil, los hechos comprenden todos los actos de las partes anteriores al litigio. En la demanda figura la exposición numerada y sucinta de los hechos, el período de prueba tiende a verificar o a desvirtuar hechos. Para que finalmente en las sentencias, el tribunal use los hechos en que se funde el fallo.

Dice un aforismo romano: “Mínima mutatio facti, mutat totum jus” (una mínima mutación del hecho puede cambiar totalmente el derecho). Un mínimo cambio en la escena de los hechos puede modificar la interpretación de los hechos.

Para nuestra investigación forense: Hecho es lo realmente sucedido, sin comentarios, opiniones ni previsión de consecuencias. Y la escena de los hechos, el lugar donde presuntamente se han cometido actos contrarios al ordenamiento Jurídico Penal.

Podemos definir el lugar del hecho como el lugar y los sitios adyacentes donde se cometió el supuesto delito.

Un hecho puede ser: “Todos los acontecimientos susceptibles de producir alguna adquisición, modificación, transferencia o extinción de los derechos u obligaciones”.

Históricamente, la primera noticia de una inspección ocular está descrita en el Libro de Las Siete Partidas de Alfonso X el Sabio (s. XIII).

En el año 1643, el tratado “El Juez Criminalista” del Juez Antonio María COSPI, refiere la conveniencia de presentarse el Juez en el lugar del suceso, así como que se le tomara inmediatamente declaración a los testigos y sospechosos.

La Inspección Ocular Técnico-Policial tiene su origen en el acto de reconocimiento del lugar del suceso, misión atribuida desde la antigüedad a los jueces, que posteriormente fueron auxiliados por los médicos legistas.

La investigación de un hecho delictivo necesita el trabajo ordenado de un equipo de especialistas en medicina forense, física, balística, identificación, química y biología. Atrás queda añorante la época de la investigación individual, del policía sabueso. (Antón Barbera, 1993).

### **9.1.3. Equipo de Investigación**

El director de la investigación, por mandato de la ley, es el Fiscal asignado al caso, según el Artículo 70 del Nuevo Código de Procedimiento legal, cuando habla de las funciones del Ministerio Público. El artículo 76 de la Ley Orgánica del Ministerio Público, LOMP entiende por dirección funcional, la dirección legal y estratégica de la investigación, con miras a sustentar la acusación en el juicio. Por esta razón, el Fiscal en su condición de Director, velará por la legalidad de las actuaciones y operaciones investigativas, protegerá los derechos y garantías constitucionales de los involucrados en el hecho ilícito cometido y se encargará de que la investigación sea conducida en forma eficiente y de acuerdo con las metodologías de investigación criminal moderna, verificando, controlando, coordinando y orientando con criterio objetivo y conocimiento jurídico una coherente y oportuna investigación criminal, respetando los conocimientos técnicos de los investigadores de la Policía Técnica Judicial (PTJ) y del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF). (Art. 69, 74 y 75 del NCPP).

Tanto el fiscal como los investigadores, deberán trabajar en equipo, pues todos tienen la obligación común de esclarecer la verdad de los hechos ilícitos denunciados, combatir la delincuencia y proteger los derechos de la sociedad y del estado y además responder por sus actos ante la ley.

El equipo ideal para la investigación de la escena de los hechos es el siguiente:

- Director de la investigación: Fiscal y fiscal asistente
- Policías para la protección de la escena



- Policías investigadores
- Médico forense criminalista
- Planimetrista
- Fotógrafo
- Balístico
- Huellógrafo
- Encargado de laboratorio clínico-biológico
- Encargado de archivo de evidencias
- Narrador y encargado del manejo de lista de testigos.

El fiscal concurrirá al lugar del hecho, dirigirá y firmará el acta; actuaciones que podrán realizarse de urgencia y sin su presencia en casos muy excepcionales.

## **9.2. REGLAS DE ORO DE LA CRIMINALÍSTICA**

Los triunfos o fracasos en cada labor en la escena de los hechos, han dado origen a Reglas de Oro. Son advertencias que deben considerarse, porque recuerdan que no debe haber negligencia ni desconocimientos de las formas básicas de la Criminalística. La escena de los hechos es un hecho que fácilmente puede modificarse por lo que hay necesidad de actuar de manera rápida.

### **9.2.1. No se debe llegar al lugar del hecho con ideas preconcebidas**

Una escena de los hechos, por mucho que se parezca a otra, será siempre distinta. No podemos deducir a primera vista, por mucha que sea nuestra experiencia y nuestra capacidad qué es lo que ha sucedido, cada escena es diferente.

### **9.2.2. No debe haber apresuramiento**

El fiscal encargado del caso, debe ser acucioso y exigirá lo mismo a los demás investigadores y peritos. El esclarecimiento de un delito depende

en gran medida de la competencia del conjunto de investigadores y peritos, la experiencia y habilidad no deben ser sinónimos de rapidez, aunque a veces para preservar papeles, documentos que se estaban quemando o cerrar puertas, ventanas que permiten que penetre la lluvia o ráfagas de viento, se use la rapidez. El recoger evidencias de manera defectuosa, por apresuramiento del sellado, embalaje o envío a los Laboratorios del Instituto de Investigaciones Forenses. Errores en el reconocimiento externo del cadáver, también en forma apresurada, determinan un trabajo en el lugar del hecho mal orientado y destinado al fracaso.

### **9.2.3. Al lugar del hecho deben concurrir únicamente las personas necesarias**

Cuanto más gente exista en el lugar de los hechos, la escena está más propensa a ser alterada. Sólo los peritos designados y los de más experiencia e idoneidad deben estar presentes.

## **9.3. TIPOS DE ESCENA DE LOS HECHOS**

Una escena de los hechos puede ser clasificada en cuanto a la observación de la misma, fijación, rastreo, señalización y reconocimiento del cadáver en dos tipos de escenas: abierta y cerrada. La cerrada es la que tiene los límites claramente demarcados, como ser una habitación, un sitio rodeado por muros o bien un recinto aunque sea grande, pero delimitado; como salas de cine, salas de clase y la investigación debe realizarse desde afuera hasta el centro u origen de los hechos. El techo del Palacio de Gobierno en el caso de Febrero Negro, fue investigado como escena cerrada en relación a la situación del cadáver y a las limitantes que creaban las barandas exteriores.

En cambio la escena abierta, en la que no hay una delimitación, por ejemplo un parque, campo abierto, plazas, calles no bien delimitadas, obliga a que la investigación se inicie desde el foco u origen del hecho, hacia fuera, hacia los contornos, en círculos concéntricos y equidistantes. Según el profesor Carlos Roumagnac, a campo abierto se inicia la búsqueda de evidencias, dirigiendo la vista de la periferia al centro, sin dejar fuera ningún área hasta llegar al mismo centro del mismo, en forma espiral o viceversa.

En todo caso, podríamos hablar de las ramificaciones de una escena cerrada o abierta, cuando hay hechos relacionados o derivados en otros sitios o lugares.

También se puede hablar de escenas primarias y secundarias, pero nunca de escenas mixtas. En mi opinión no hay escenas mixtas, compartiendo el criterio de mi buen amigo, el Prof. Alberto Teke, hay una escena cerrada primaria y luego una escena abierta secundaria o al revés. Denominándose escena de los hechos primaria porque allí se comete el crimen y secundaria donde se encuentra el cadáver.

#### **9.4. MÉTODOS DE ABORDAJE DE LA ESCENA DE LOS HECHOS**

Una escena de los hechos cerrada u abierta puede ser trabajada usando triangulaciones o cuadrículas. (Fase 4 de la investigación)

Para las escenas cerradas generalmente se usa:

##### **9.4.1. Método de un punto a otro**

Este método es utilizado en superficies pequeñas, es uno de los más utilizados y consiste en que el investigador se vaya desplazando del primer objeto de evidencia aparente, a otro sin un plan geométrico determinado. Debe ser una búsqueda metódica y se recomienda seguir las manecillas del reloj,

##### **9.4.2. Método de zonas o sectores**

Consiste en dividir la escena en zonas o sectores, ideal para un solo investigador donde pueda rastrear una cierta cantidad de zona en forma detallada. Por ejemplo, una habitación o un piso de un edificio.

Para las escenas abiertas:

### **9.4.3. Método en espiral o círculo concéntrico**

Este sistema comienza de un punto focal seleccionado del interior, el investigador encargado se desplaza hacia fuera en forma de espiral, o en círculos cada vez más amplios. Podría ser conveniente adoptar un proceso inverso, utilizando un modelo de espiral cada vez más estrecho.

### **9.4.4. Método por franjas**

Método adecuado para cubrir superficies grandes o de espacios abiertos. Cuando hay involucrados varios investigadores, éstos deberán alinearse a lo largo de una línea y desplazarse lentamente, generalmente avanzando un paso todos por igual y al mismo tiempo; examinando las franjas del lugar del hecho. Los investigadores encargados deberán intentar mantener un frente derecho a medida que avanzan a lo largo de las franjas adyacentes.

### **9.4.5. Método cuadrículado o de rejillas**

Es simplemente variante del método de franjas. Los investigadores encargados llevan a cabo la investigación de una franja de la zona, desplazándose a lo largo de la franja de este a oeste. Una vez concluido este paso, realizan un desplazamiento en sentido contrario o sea de norte a sur proporcionando así una cobertura doble.

### **9.4.6. Método de la rueda**

Este método es ideal para una zona circular. El investigador debe estar en el centro del lugar y luego desplazarse a lo largo de los rayos de la rueda, pero delimitando la extensión, para que la zona no se vuelva cada vez más grande.

Siempre que hablamos de escena de los hechos, en este capítulo, estamos hablando de hechos supuestamente criminales, en los que está implicada una persona. Pero no así en otros casos, como pueden ser los delitos informáticos, delitos económicos que, muchas veces, no es fácil identificarlos en la escena de los hechos.

## 9.5. MEDICINA CRIMINALÍSTICA

La medicina criminalística es una ciencia aplicada, cuyo objetivo es aportar a la investigación judicial cuando ésta se realiza alrededor de un hecho en el que se compromete los bienes protegidos vida, salud, integridad corporal, patrimonio físico o espiritual de las personas.

La medicina criminalística se define como la ciencia aplicada del dominio de la medicina legal, que permite “descubrir, verificar científicamente un hecho y determinarlo”.

La medicina criminalística opera con principios, procedimientos y técnicas multidisciplinarias, por lo que el perito forense, al tener que trabajar con expertos en tan diversas ramas de la ciencia, debe estar en continuo aprendizaje para ser capaz de elaborar un informe pericial, que determine la existencia o participación de elementos físicos o humanos en la producción de un hecho con bases científicas y actualizadas.

El informe pericial respalda la medicina criminalística es fundamento de los elementos probatorios que aportan convencimiento a los jueces técnicos o populares, por lo tanto, requiere de elementos científicos verdaderos. Aquí la importancia de esta disciplina cuyo ejercicio necesita de profesionales idóneos con formación universitaria especializada. El informe pericial podrá ser llevado como prueba y de acuerdo con la contundencia influirá en la carga de la misma.

Cuando se produce un hecho biológico con daño en la salud o muerte, se comprobará su existencia (lesiones, muerte). Cuando se defina el hecho como causa natural o provocada debe verificarse, identificando instrumentos, mecanismos, y la proyección en la determinación del hecho. De este análisis, el tribunal acopia elementos para pronunciarse sobre la forma médico-legal del hecho investigado: homicidio, suicidio o accidente.

Más allá de esto, durante en el juicio penal, se complementará con la pericia psiquiátrica especializada, para calificar el grado de imputabilidad del enjuiciado como responsable.

En resumen, la medicina criminalística permite el paso de un hecho biológico a un hecho jurídico en el que un tribunal resuelve que indemnicen a quien o a quienes sean dañados y se castigue al responsable del hecho lesivo.

El Médico Forense.- La importancia del actuar del médico forense en la escena del hecho es indudable. La autopsia comienza con el levantamiento del cadáver, la observación de la escena de los hechos le permitirá tener una idea más clara de lo que sucedió. No puede mantenerse aislado del contexto de la escena criminal, ya que la moderna investigación integra toda la escena del hecho, los antecedentes, las evidencias dejadas en aquélla, todas las valoraciones (post mortem) y el seguimiento ulterior a lo largo de todo el proceso. Todo esto garantiza el éxito de la investigación.

La presencia del médico forense en la escena de los hechos es fundamental como ya hemos indicado en el capítulo de las asfixias y, más aún, en los casos en los que no está clara la causa de muerte y se sospecha un suicidio.

La investigación del médico forense en la escena del hecho tiene los siguientes objetivos:

- Confirmar o descartar la muerte.
- Contribuir a establecer el carácter de la muerte.
- Determinar la causa de la muerte (suicidio, homicidio, accidental, natural o indeterminado).
- Ayudar a establecer la manera de la muerte.
- Colaborar en la estimación del intervalo post mortem.
- Ayudar a establecer la identidad del difunto.

La situación varía de acuerdo con la situación geográfica, si es en la ciudad, será el Médico Forense quien intervendrá. Pero si es en el área rural, será el Médico del lugar quien está obligado a realizar las funciones de médico forense. Evidentemente, irá a a la escena de los hechos siempre

y cuando existan personas muertas o lesionadas gravemente. Aunque según el Artículo 177 del NCPP, en cuanto al levantamiento e identificación de cadáveres, la Policía realizará la inspección corporal preliminar y la descripción de la situación o posición del cuerpo y de la naturaleza de las lesiones o heridas, conforme a lo previsto en el Artículo 174. (Registro del lugar del hecho).

Sin embargo, para la Medicina criminalística, se puede hablar de las siguientes 15 Fases de la Investigación, que comprenden no sólo las actuaciones del médico forense, de la Policía, de otros investigadores, porque en la escena de los hechos debe trabajar un equipo multidisciplinario, dirigido por el Fiscal de Materia en Bolivia. En otros países el Juez Instructor.