



**Atención Integral a las
mujeres adolescentes
y adultas víctimas
de violencia sexual**

*Normas, protocolos
y procedimientos*

**Atención Integral a las mujeres
adultas y adolescentes
víctimas de violencia sexual**

Normas, protocolos y procedimientos

BOLIVIA



Ministerio de Desarrollo Sostenible
Viceministerio de la Mujer



Ministerio de Salud y Deportes
Viceministerio de Salud
Dirección de Servicios de Salud

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES ADULTAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
Normas, Protocolos y procedimientos

Basado en el documento de consultoría IPAS - BOLIVIA
LA PAZ, 2005

Depósito Legal: _____

REVISION TECNICA

VICEMINISTERIO DE LA MUJER

Lic. Marta Rivera M.

Lic. Celestina Siles C.

VICEMINISTERIO DE SALUD

Dra. Eliana Dalenz

Dra. María Cecilia Prieto

Dra. Susana Asport

Comité de Publicaciones e Imagen Institucional

Con el apoyo técnico de UNFPA Bolivia

AGRADECIMIENTO

A TODAS LAS AUTORIDADES, TÉCNICOS Y PERSONAL DE APOYO DE DIFERENTES INSTITUCIONES
Y ORGANIZACIONES, QUE COLABORARON EN LA ELABORACIÓN Y LA VALIDACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Cooperación Sueca en Bolivia (ASDI), la Embajada Real de Dinamarca y del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento e Institucionalización del Modelo Transectorial de Atención a las y los Adolescentes, y de las Agencias de Cooperación/Fondo Común/VMM

Diseño gráfico y diagramación: **Susana Machicao Pacheco** • esemepe@pobox.com
Foto portada: **Victor Hugo Ordoñez**

■ ■ ■ *índice*

INDICE	3
PRESENTACION	4
INTRODUCCION	6
¿QUE ES LA VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO?	8
1. LAS POBLACIONES MAS AFECTADAS	10
2. PERSPECTIVAS PARA TRATAR LA VIOLENCIA SEXUAL	12
MARCO NORMATIVO O JURIDICO LEGAL	14
1. TIPOS DE VIOLENCIA	18
2. ATENCION INTEGRAL A LA VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	19
3. COMPONENTES GENERALES DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD	22
4. NORMAS GENERALES DE ATENCION	26
5. PROTOCOLO ESPECIFICO DE ATENCION A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL	28
6. INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO	36
7. REFERENCIA	38
8. RUTA ALTERNATIVA PARA LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	40
MARCO REFERENCIAL ARA LA ATECNION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	41
1. ANTICONCEPCION EN EMERGENCIA	41
2. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)	43
3. RECOLECCION DE EVIDENCIAS MEDICO LEGALES	49
4. EMBARAZO COMO RESULTADO DE ABUSO SEXUAL	60
SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMACION EN VIOLENCIA	65
1. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE REGISTRO E INFORMACION	65
2. RUTA CRITICA Y FORMA DE CONCETRACION DE LA INFORMACION	65
3. DESCRIPCION GENERAL DE LA ESTRUCTURA DE LA BOLETA	66
GLOSARIO	68
BIBLIOGRAFIA	89

Presentación

La violencia sexual contra las mujeres en América Latina en general y de Bolivia en particular es uno de los problemas más graves de salud pública y derechos humanos en la región. Los problemas tienen como víctima principal a las mujeres e incluyen casos de prostitución forzada, acoso sexual, violaciones y relaciones sexuales bajo coacción en la pareja.

La violencia sexual es producto de una construcción social basada en estructuras jerárquicas machistas que rigen el conjunto de relaciones en la sociedad, siendo la expresión más clara del ejercicio de poder donde se entrelaza la dominación física y el control del cuerpo sobre la sexualidad basada en género, sin distinción de clase, etnia ni religión. Reduce la capacidad personal y grupal de expresar las habilidades, capacidades, necesidades e intereses, de las víctimas impidiendo su capacidad de evaluar sus opciones de vida y sus posibilidades de elegir, así como su capacidad de tener control y poder sobre su propia vida.

Por la magnitud y por las implicancias de la violencia sexual en la salud mental y física de las víctimas el Viceministerio de Salud y el Viceministerio de la Mujer en un esfuerzo conjunto con otras instituciones gubernamentales, organismos civiles e instancias internacionales, se unieron para elaborar este documento que tiene como objetivo apoyar a las instituciones públicas y privadas en un proceso de mejora continua de la calidad de atención ofrecida a las víctimas de violencia sexual.

Construir un modelo de Prevención, Detección y Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual requiere de la intervención integral y el compromiso de los diferentes sectores, así como la participación social cuyo accionar está basado en el derecho de la víctima a una atención de calidad y de justicia.

Este documento será distribuido en todo el país, entre quienes participan o se relacionan con la atención a las víctimas de delitos sexuales, en especial profesionales de la salud que trabajan en establecimientos de salud y será una herramienta útil para abogados y abogadas en funciones de Ministerio Público, que trabajan en Defensorías, Servicios Legales Integrales y otros, para profesionales en las áreas de Derechos Humanos, de instituciones públicas y organizaciones civiles.

Finalmente tiende a contribuir al mejoramiento de la atención de las víctimas de violencia sexual, promoviendo la integración y calidad de los servicios que ellas requieren y a los que tienen derecho, aportando nuevas herramientas al proceso de atención actual. Al mismo tiempo tiene el propósito de enriquecer la práctica institucional en el marco de los Planes del Ministerio de Salud y Deportes: Plan de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, Plan de Salud Sexual y Reproductiva y Plan de Atención Integral a los y las Adolescentes, y el Plan de Políticas Públicas del Viceministerio de la Mujer.

Dra. Lourdes Ortíz D.
VICEMINISTRA DE SALUD

Teresa Canaviri S.
VICEMINISTRA DE LA MUJER

Introducción

La atención a las víctimas de violencia sexual, hasta el momento considerada un asunto casi exclusivo de la justicia y la medicina legal, ha tenido un cambio trascendental en las últimas teorías de abordaje, dando a los servicios de salud un rol preponderante en su tratamiento.

La violencia sexual producida dentro de las primeras 72 horas se considera una EMERGENCIA MÉDICA, dentro de este tiempo se puede prevenir tres de los efectos más negativos a nivel de la corporeidad de las víctimas: el embarazo producto de violación, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Siendo que la formación profesional no contempla el tratamiento de la violencia sexual, es fundamental que las y los prestadores/as de salud cuenten con instrumentos claros para recibir, atender, proporcionar tratamientos y realizar certificaciones con idoneidad.

En Bolivia, hasta el momento, se cuenta con algo más de 50 médicos/as forenses en ejercicio, cantidad insuficiente para cubrir la demanda de atención médica legal; por ello se determina que en los lugares donde no haya forenses serán los hospitales públicos y los centros de salud, quienes asuman la certificación médica correspondiente, teniendo la obligación de evaluar a la víctima (adolescente o adulta), en el momento que hubiera sido objeto de violencia sexual estableciendo el tipo de impedimento, teniendo dicho certificado el valor legal correspondiente.

Con la premisa de que la violencia sexual no puede ser abordada con efectividad desde un sólo servicio, es fundamental la participación activa de los servicios de salud en las Redes de Prevención y Atención a la violencia para unir esfuerzos con otras instituciones como la policía, las defensorías de la niñez y la adolescencia, los servicios legales integrales municipales (SLIMs), las ONGs y las organizaciones y grupos de la sociedad civil que aseguren una atención integral.

A continuación se presentan normas, protocolos y procedimientos que los servicios de salud deberán seguir para que las actuaciones relacionadas a la atención a las víctimas de la violencia sexual cumplan con condiciones mínimas para contribuir con efectividad a la lucha contra este delito.

Contiene un marco normativo que detalla los procesos internacionales que han generado compromisos respaldados por Bolivia mediante su participación activa y la firma de pactos y protocolos, en muchos casos, elevados a rango de ley. También expone las leyes nacionales pertinentes. Todos estos instrumentos se constituyen en el marco jurídico en el que las y los prestadores/as tienen claramente señalados sus derechos y obligaciones.

Se describen, además, normas para el registro integral de la violencia, imprescindible para contar con información estadística que permita el diseño, la retroalimentación y el ajuste de políticas, planes y programas de prevención, detección y atención a la violencia en los niveles municipal, departamental y nacional.

Estas Normas, protocolos y procedimientos se encuentran en el marco del Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres, formulado por el Viceministerio de la Mujer que, según Decreto Supremo No. 277732 del 15 de septiembre de 2004, es la entidad responsable de formular reglamentos e instructivos para fortalecer los mecanismos de prevención, atención, recuperación y sanción de la violencia intrafamiliar, incluida la violencia sexual en razón de género. Así también se desarrollan en el marco del Plan de Violencia Sexual del Ministerio de Salud como parte de sus políticas del sector en materia de género.

I. ¿Qué es violencia sexual y de género?

La violencia sexual de género, es un fenómeno complejo estructural y sistémico, forma parte de un sistema social con jerarquías de género, cuyas normas, valores y costumbres se producen y reproducen en distintos ámbitos públicos y privados de la sociedad, que deja con enormes brechas y desventajas a las mujeres.

La violencia sexual de género es un efecto de las jerarquías de poder en las relaciones de género, afecta a mujeres, principalmente adolescentes y jóvenes, provocando vergüenza y humillación en las víctimas.

Es un problema social que amenaza a las mujeres de todas las edades y condiciones sociales, y todavía no es asumido socialmente, por cuanto las normas, valores y formas de pensar, generan prácticas de tolerancia que naturalizan el problema. Esta construcción social puede ser erradicada de la misma manera en que fue construida, atacando las causas que la sustentan actualmente.

La violencia sexual es una forma de ejercer poder y canalizar las contradicciones de la masculinidad como parte del sistema de género. La violencia no es una conducta instintiva, sino aprendida, especialmente en los años tempranos de la vida, en la familia, la escuela y la comunidad; por tanto, si la violencia es aprendida, se puede desaprender.

La cultura es un instrumento poderoso que modela la personalidad de hombres y mujeres, influyendo en su manera de razonar, en las representaciones sociales, en la escala de valores o principios, prejuicios, mitos, costumbres, creencias, tradiciones e ideas que comparte una determinada sociedad y que operan como parámetros de conducta (FERREIRA, G., 1994). Al estar ratificadas por el consenso social estas costumbres adquieren fuerza de derecho.

El sistema cultural androcéntrico, en el proceso cotidiano de construcción y reconstrucción, configura identidades genéricas femeninas y masculinas diferenciadas, que son aceptadas y naturalizadas, siendo institucionalizadas por generaciones. En el sistema cultural antrocéntrico también coexisten subculturas con jerarquías de poder por condición de clase, edad, étnica y cultural, que transversalizan la construcción de género. Así las identidades genéricas, connotan una pirámide de jerarquías en la que cada estrato jerárquico divide franjas horizontales que ubican a las mujeres en la franja inferior.

A nivel de los y las adolescentes, como indica la OPS, es una etapa entre la niñez y la juventud, que conlleva una serie de cambios biológicos y corporales que implican, inicialmente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) y el pleno desarrollo de la capacidad reproductiva; así como notorias transformaciones psicológicas y sociales reflejadas en la necesidad de una identidad y proyecto de vida propio e inicio de las relaciones sexuales. Las transformaciones de mujeres y hombres en la adolescencia no son uniformes y varían en función de los diferentes contextos sociales.

Hay distintas maneras de ser adolescente, para algunas personas, significa prepararse para la juventud, para otros, es un tiempo de cambios biológicos. La adolescencia en las áreas rurales conlleva la responsabilidad de asumir tempranamente tareas del trabajo agrícola, migrar a las ciudades y hacerse cargo por sí mismo de la manutención económica.

En algunas regiones del país es frecuente formar un hogar y tener hijos/as durante el curso de la adolescencia. Las clases medias y los grupos urbanos se caracterizan por adolescencias largas que asumen roles centrados en el estudio postergando la asunción plena de responsabilidades económicas o familiares.

Muchos adolescentes de clases populares se ven lanzados a la búsqueda de mejores opciones para el futuro o, en otros casos, gozan de tiempo disponible en virtud de la falta de trabajo. Ese tiempo disponible suele dar lugar a formas de protesta, no siempre pacífica, que a veces pueden manifestarse en conductas grupales agresivas (pandillas) o en la construcción de subculturas que ponen/imponen sus propias normas de convivencia.

Si bien hasta mediados del siglo XX la adolescencia estaba rígidamente normada por el mundo adulto, los cambios sociales, económicos, educativos, las revoluciones sociales de las décadas de los 60 y 70 y, sobre todo, los procesos de inclusión de las mujeres en la sociedad como sujetas de derechos, han cambiado el antiguo patrón de comportamiento de los y las adolescentes.

- Los y las jóvenes contemporáneos exigen mayor participación ciudadana, asumen conductas contestatarias al mundo autoritario adulto y sobre todo son grandes consumidores de los medios de comunicación.
- El ámbito de la sexualidad ha sido uno de los que más se ha transformado en las últimas décadas, se ha pasado del rígido control paterno a un mayor ejercicio de la sexualidad de manera autónoma.
- El desarrollo de la tecnología en el campo de la salud reproductiva ha avanzado ostensiblemente, permitiendo el ejercicio de la sexualidad sin las trabas que representaba el riesgo de un embarazo. Sin embargo los beneficios de este

desarrollo social y tecnológico sólo están al alcance de los grupos sociales altos y medios, quedando el resto, por un lado, sin acceso efectivo a estos beneficios y, por el otro, expuesto a nuevas formas de vivir la vida, reproducidas por los medios de comunicación y las transformaciones sociales.

Es importante mencionar que, en general, la educación masculina busca la negación o el control de las manifestaciones afectivas espontáneas y naturales, mediante la prohibición del llanto como expresión de dolor, frustración y pena. Esto se ha venido a llamar “la castración inicial de la masculinidad”, la cual se constituye en un acto de violencia, que es introyectada a temprana edad con resultados funestos a lo largo de la vida de muchos hombres y mujeres, y que lleva a muchos hombres a expresar sus frustraciones, dolores y penas mediante actos de violencia. Por otra parte, también hay un inconsciente colectivo que protege este tipo de conductas, es como si el haber nacido hombre implicaría permisividad para el ejercicio de actitudes violentas, especialmente contra las mujeres.

La violencia está institucionalizada en las distintas esferas de la vida pública y privada, ésta se ejerce tanto en microespacios como en macroespacios. De todas las formas de violencia, la ejercida sobre las mujeres es la más aceptada y hasta protegida, la violencia sexual es la que recibe mayor complicidad, a no ser que derive en muerte o afecte a un/a menor de edad.

1. Las poblaciones más afectadas

En Bolivia, la violencia sexual está invisibilizada, en la mayoría de los casos está mimetizada entre la cifras de la violencia física, que siempre son las más abundantes al hablar de la violencia basada en género (SAUMA, L., 2002 / IPAS, 2002).

Datos actualizados por el Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género (VILLEGAS, S., 2004), muestran cifras de atención en el segundo semestre de 2003 recogidos de diferentes servicios.

Cuadro 1 Atención a la violencia sexual, segundo semestre 2003

SERVICIOS	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	% DE VIOLENCIA SEXUAL
Servicios Policiales Integrales (5 ciudades)	4.585	10.84
Brigada de Protección a la Familia (5 ciudades)	11.774	0.25
Policía Técnica Judicial / División Menores y Familia (7 ciudades)	602	65.12 violencia sexual 3.49 violencia sexual en niños varones
Policía Técnica Judicial / División Personas (5 ciudades)	2.052	6.53
ONG's que brindan servicios (6 ciudades)	11.852	22.57 violencia sexual 21.31 violencia física, psicológica y sexual

Datos: Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género

Los datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad con apoyo de UNICEF (MILANO, F, 2004) en las Defensorías de la Niñez y Adolescencia durante el año 2002 en dos distritos de La Paz y de El Alto se registran en el siguiente cuadro.

Cuadro 2 Atención casos de violencia en Defensorías, La Paz - El Alto, 2002

DISTRITOS	TOTAL DE CASOS	% DE VIOLENCIA SEXUAL	SEXO Y EDAD DE LAS VICTIMAS	PERPETRADORES
Distrito 7 La Paz	1.596	2,44 de éstos: 30,70 Abuso deshonesto 61,53 Violación 2,56 Estupro 2,56 Acoso 2,56 Corrupción	78,9% mujeres de éstas: 31,5 % niñas 47,3% adolescentes 18,4% varones, de éstos: 15,7% niños 2,6% adolescentes	36,5% extraños 10,5% padre 2,6% madre 7,8% padastro 18,4% primos y compañeros de colegio 7,8% otros familiares 2,6% maestros
Distrito 1 El Alto	1.934	19,8 de éstos: 33,3 Abuso deshonesto 57,3 Violación 9,0 Estupro	96,9% mujeres de éstas: 24,2 % niñas 75,7% adolescentes 3,0% varones, de éstos: 100% niños	48,4% extraños 12,1% padre 18,1% madre 9,0% padastro 3,0% primos y compañeros de colegio 6,0% otros familiares 6,0% maestros

Datos: Viceministerio de la Juventud, Niñez y la Tercera Edad

En la ciudad de La Paz, de todos los casos, sólo 10 por ciento está en proceso judicial y sólo uno por ciento tiene sentencia. En la ciudad de El Alto, de todos los casos, sólo 14 por ciento está en proceso judicial y ninguno tiene sentencia.

La OPS/OMS afirma que la violación se encuentra entre los 10 delitos más frecuentes atendidos por la Policía Técnica Judicial a nivel nacional (981 casos en el 2001) además se hace evidente, por las cifras del segundo semestre del 2003, que los casos atendidos se han incrementado.

La OPS calcula que entre el 2001 y 2002 la tasa de crecimiento de la violencia hacia las mujeres fue de 36,1 por ciento (OPS, 2003). De las denuncias de agresión sexual, 90 por ciento de las víctimas son mujeres. Las estadísticas muestran que en los casos de violencia sexual hacia los hombres, 80 por ciento son niños y el resto adolescentes.

La situación de violencia sexual de las adolescentes es notoriamente más alta que de otros grupos generacionales, llegando casi al 70% de las atenciones de defensorías, por su parte los estudios y proyecciones muestran que las mujeres entre 15 a 25 años son las que con mayor frecuencia son pasibles a la violencia sexual.

2. Perspectiva para tratar la violencia sexual

La intervención para la detección y atención de la violencia sexual tendrá necesariamente que concentrarse en la población femenina y en los grupos de adolescentes y jóvenes de todas las clases sociales y grupos étnico-culturales. Lo que no significa descuidar a otros grupos de edad y poblacionales.

Se debe ser enfático al tratar este tema que debe ser abordado con equidad, no con igualdad, es decir concentrando los mayores esfuerzos en los grupos más atacados.

En el caso de la prevención, se debe involucrar a toda la población pero con énfasis en la adolescencia y la niñez para que tengan claro que ¡cuando dicen no, es no!, cualquiera sea la circunstancia.

El abordaje de la violencia sexual no es neutro, las miradas deben estar basadas en la equidad y en la perspectiva de género. Siendo un delito mayor que deja pocos indicios de prueba y que además en los procesos enfrenta dos versiones, hay que ser muy cuidadosos/as en el momento de decidir a cual versión se dará mayor credibilidad, comúnmente se ha dado siempre mayor credibilidad a la versión del perpetrador, que además tiene una mayor capacidad de defensa debido a que el sistema social está construido en el androcentrismo.

Los servicios de salud, Servicios Legales Integrales y Defensorías de la Niñez y Adolescencia, deben tener presentes que a las víctimas se les cree y se las atiende.

Hay que dejar en claro y de manera enfática, que la violencia en general y específicamente la sexual NO SE CONCILIA NI SE TRANSA, es un delito penal y la vía de abordaje jurídico es el Código Penal. Por otra parte la violencia sexual que se produce dentro de las parejas, o la violación marital, puede escoger una de las vías jurídicas, la penal o la intrafamiliar para el tratamiento de la víctima, pero la violencia sexual que afecta a otros miembros de la familia constituye delito penal.

La atención de la violencia sexual dentro de los servicios suele generar una serie de reacciones contradictorias en los y las prestadoras. Desde un sentimiento de indignación, sobre todo si la víctima es menor o varón, hasta no querer involucrarse en el caso cuando este deriva en acciones judiciales.

Asimismo surgen sentimientos de duda e incredulidad respecto a lo que dice la adolescente o la mujer, lo que lleva a muchos prestadores a olvidar sus roles y funciones para intentar convertirse en investigadores de la verdad.

La atención y el abordaje de la violencia sexual deberán tener, permanentemente, una mirada en la defensa de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. No se puede abordar la violencia sexual desde una perspectiva que no involucre esos derechos y que no promueva el empoderamiento de las mujeres y su ejercicio y defensa. De esta manera, el interés o la necesidad de una persona se convierte en un derecho en la medida en que exista un deber que obligue a otra/o a respetar ese interés, es claro entonces que si las entidades responsables no proporcionan las condiciones necesarias para proteger los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, pueden ser responsables de denegación del derecho a la libertad y a la seguridad de la persona. La libertad y la seguridad de las mujeres y adolescentes requieren de legislaciones y políticas que garanticen la mejor calidad de atención y la confidencialidad.

El desconocimiento del derecho a la confidencialidad puede disuadir a adolescentes y mujeres a buscar atención en los servicios por los estigmas que luego puedan sobrellevar.

Por todas estas razones, la atención de la violencia sexual debe ser cuidadosa del derecho de las víctimas, brindarles confianza - porque lo primero que pierden es la confianza en su entorno y en las instituciones -, tratarlas con calidez y respeto, apoyarlas en forma permanente, asegurarles que tanto en los procesos judiciales como en su cotidianidad estarán protegidas de acoso, chantaje y amenazas del perpetrador y de sus redes familiares y sociales.

No se puede continuar tolerando que la violencia sexual siga siendo una práctica delictiva cotidiana por falta de una adecuada prevención, detección y atención, que siga siendo una falencia notoria en la justicia social y, sobre todo, que se constituya en una violación permanente a los derechos humanos fundamentales. Es imperioso que las instituciones y los/as prestadoras/os de servicios asuman una acción decidida para enfrentarla.

II. Marco normativo o jurídico legal

Uno de los problemas que afecta el ejercicio de los derechos humanos y el desarrollo de mujeres y adolescentes, es la violencia y dentro de ésta, la violación, que es un tema poco abordado y tomado en cuenta por la sociedad.

La violación es uno de los vejámenes más brutales contra la integridad psicológica y corporal de cualquier ser humano, es el único crimen donde se cree que existe aceptación y disfrute de la víctima y el agresor es tratado con indulgencia y superficialidad.

Es un delito que además de agredir flagrantemente a las víctimas, las condena a transitar por el tortuoso camino del juicio penal, lo que incluye tratar con el Ministerio Público, médicos/as forenses, policías, jueces, funcionarios del juzgado, abogados de la parte contraria y otros.

En Bolivia, para el abordaje jurídico legal de la violencia sexual, se han adoptado las resoluciones de Conferencias Internacionales (Viena, 1993; El Cairo, 1994; Cairo + 5; Beijing 1995 y Beijing + 5, el Consenso de México), y se han ratificado como Leyes de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, además de las Leyes de la República para prevenir y proteger a las víctimas de este delito de las cuales puntualizaremos las partes más relevantes.

La **Ley 1100** de 1989, que ratifica como ley de la República la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), en su artículo segundo condena la discriminación contra la mujer en todas sus formas.

La **Ley 1599** de 1994, ratifica como ley de la República la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belem do Pará", define la violencia como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como el privado, y que comprende entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.

Dando cumplimiento a esta Ley se aprueba la creación de la Subsecretaría de Asuntos de Género, hoy Viceministerio de la Mujer, ente estatal, mediante el cual se aprueba como política pública el "Plan Nacional de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer", que tiene como principales logros la creación de nuevas instancias como las Brigadas Policiales de Protección a la Familia, los Servicios Legales Integrales (SLI's), las Redes de Prevención y Lucha Contra la Violencia. En el momento presente la Ley de Organización del Poder Ejecutivo y su último Decreto Reglamentario DS. 27732 establece que entre las competencias del Viceministerio de la Mujer está: "Formular políticas, reglamentos e instructivos para fortalecer los mecanismos de prevención, atención, recuperación, protección y sanción de la violencia intrafamiliar, incluida la violencia sexual en razón de género", que se plasma en el Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004 - 2007.

La **Ley 1565** de Reforma Educativa, está orientada principalmente a prevenir y erradicar toda forma de violencia y discriminación de género dentro y fuera del aula, para la construcción de una sociedad respetuosa de la diferencia, equitativa y democrática; promover la incorporación y tratamiento de la equidad de género como una propuesta hacia el mejoramiento de la calidad educativa a través de acciones de capacitación, sensibilización y evaluación permanente; propiciar actividades extracurriculares que incentiven una "cultura escolar" basada en la equidad, el respeto, el desarrollo de la autoestima y la no discriminación entre varones y mujeres.

La **Ley 1674** Contra la Violencia en la Familia o Doméstica fue promulgada el 15 de diciembre de 1995 y su reglamentación fue aprobada el 6 de julio de 1998 después de verificar dificultades en su aplicación. El artículo primero de Principios Generales del Reglamento, establece que esta normativa se rige por los principios de equidad, celeridad, oralidad y gratuidad.

Esta reglamentación prevé la integralidad de la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y la implementación de programas de prevención, detección y atención de la violencia en la familia o doméstica, así como la difusión de la Ley 1674 y su Decreto Reglamentario, a través del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación que tiene como organismo rector al Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, en coordinación con los ministerios de Salud y Deportes, Educación, Gobierno, Justicia y Derechos Humanos, y, de la Presidencia.

En el artículo 4, de Opción Jurisdiccional establece que la víctima puede optar entre la jurisdicción familiar que otorga la Ley 1674 o la penal, de conformidad con el artículo 2 numeral 51 de la Ley 1769 que modifica el Código Penal; en ningún caso se podrá plantear ambas opciones.

La **Ley 1674** también menciona a la violencia sexual, al ser una ley intrafamiliar, se refiere a la existencia de la violación marital, es decir la violencia sexual que ocurre dentro del matrimonio.

En su artículo 13, prevé la obligación de los/as proveedores/as de salud (de cualquier centro hospitalario o centro de salud) de denunciar los casos de violencia sexual ante las Brigadas de Protección a la Familia, o a la Policía, Fiscalía de Familia o Servicios Legales Integrales dentro de las 48 horas de producidos los hechos. El denunciante no será parte en el proceso y no incurrirá en responsabilidad alguna.

Esta Ley constituye un avance por cuanto la violencia intrafamiliar no es un asunto de orden privado sino un delito de orden público, concebido como una violación a los derechos humanos. El Código Penal no sancionaba actos violentos familiares o domésticos que produjeran lesiones e impedimentos de menos de ocho días y las denuncias se recibían en la Policía.

El Reglamento de esta Ley designa al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) como el responsable de registrar los casos de violencia a nivel nacional y especifica que el sector educación es el responsable de incorporar los contenidos de la Ley como materia curricular obligatoria en los ciclos básico y superior de educación. Establece los deberes de las Brigadas de Protección a la Familia y de los Servicios Legales Integrales.

También señala que las medidas cautelares serán dictadas por el Juez o por el Ministerio Público; y que las prefecturas y los Municipios contarán con lugares temporales de atención y apoyo a mujeres maltratadas; prohíbe los acuerdos o renuncia de derechos de la víctima.

La normativa más importante en el abordaje de la violencia sexual es la **Ley 2033** de 1999, de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual, que reforma todos los artículos referidos a la violencia sexual que se encuentra en el Código Penal y, por tanto, la tipifica como delito. En los casos de violencia sexual es la Ley a ser aplicada por encima de cualquier otra. Tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano.

La **Ley 1970**, de 1999, del Nuevo Código de Procedimiento Penal, establece en su artículo 11 las garantías de la víctima reconociéndole el derecho a intervenir en el proceso penal conforme a lo establecido en el Código y a ser escuchada antes de cada decisión que implique la extinción o suspensión de la acción penal o, en su caso, a impugnarla.

El artículo 266 del Código Penal reconoce el aborto impune cuando el embarazo hubiere sido como consecuencia de un delito de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto. No se aplicará sanción alguna siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial.

El Código Niña, Niño, Adolescente incluye varios artículos (9, 209 y siguientes, 213 a 218, 221 a 226) específicos sobre la violencia sexual en el que incluyen al menor infractor, sin olvidar que, conforme al Código Penal a partir de los 16 años los infractores son imputables y pueden recibir las mismas penas que un violador mayor.

El mismo Código en su artículo 9 dice que el Ministerio Público actuará de oficio en todos los delitos de acción pública a instancia de parte que tengan como víctima a un niño, niña o adolescente y en los delitos de acción privada cuando sean víctimas niños, niñas o adolescentes carentes de tutores que los protejan o defiendan.

En su artículo 108 señala que los casos de maltrato que constituyan delito, es decir tipificados en el Código Penal como es el caso de la violencia sexual, pasarán a conocimiento de la justicia ordinaria conforme a Ley.

La **Ley 1455** de Organización Judicial de 1993, señala en su artículo 16 que los jueces tienen la obligación de procurar la conciliación de las partes, excepto en las acciones penales por delitos de acción pública y en las que la Ley lo prohíba, tal el caso de todos los delitos sexuales.

Con relación a la justicia comunitaria, que en los últimos años va teniendo relevancia, el artículo 15 de la Ley 1674 señala que los hechos de violencia tipificados en el Código Penal son de competencia exclusiva de los jueces penales y, en el artículo 16 dice que los casos de violencia intrafamiliar pueden ser resueltos por las autoridades comunitarias en las comunidades indígenas y campesinas, en concordancia con lo que establece la Constitución Política del Estado.

De esta manera se despeja toda duda en lo que se refiere a los delitos sexuales, pues no pueden ser transados, negociados o conciliados porque constituyen un delito penal y su resolución por otra vía viola la Constitución.

1. Tipos de violencia

La violencia se ha reflexionado desde el campo social y ha sido también analizada y tipificada desde el campo del derecho y así es consignada en los códigos y leyes:

Ley 2033 de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual

Violación, que indica el uso de la violencia física o la intimidación con acceso carnal anal o vaginal incluso con objetos.

Violación de niño, niña o adolescente, que define lo mismo que el anterior pero a menor de 14 años, aumenta la pena.

Violación en estado de inconsciencia, si el hecho se produce poniendo a la víctima en estado de inconsciencia aumenta la pena. Estupro, acceso carnal mediante seducción a persona entre los 14 y 18 años

Violación agravada, si se produce grave trauma psicológico. Si el autor es familiar, si es educador, custodio o jefe. Si interviene más de una persona. Si se usaron armas mortales. Si además hubo condiciones vejatorias o degradantes. Si la víctima muere se tipifica como asesinato.

Abuso deshonesto, si se producen los actos sin acceso carnal la pena es menor, excepto en caso de que la víctima sea menor de 14 años.

Corrupción de menores, quién corrompiera, o ayude a hacerlo, a persona menor de 18 años.

Corrupción agravada, si la víctima es menor de 14 años. Si es con propósitos de lucro. Si se realiza con engaño, violencia, intimidación o coerción. Si la víctima tiene enfermedad mental o deficiencia psíquica. Si el autor es familiar, educador o custodio.

Corrupción de mayores, tiene las mismas características anteriores sólo que en personas mayores, la pena es menor.

Proxenetismo, quien usando cualquier método o situación socioeconómica de la víctima la pone al servicio de la satisfacción de deseos ajenos con ánimo de lucro o ayuda a hacerlo y la obliga a permanecer en el ejercicio. La pena se agrava si la víctima es menor de 18 años, si el autor es familiar, tutor o custodio. Se agrava aun más si la víctima es menor de 14 años o si tiene deficiencia mental.

Tráfico de personas, es la entrada y salida o el traslado dentro del mismo país de personas para el ejercicio de la prostitución, se agrava en personas menores de 18 años, se aumenta la agravante en personas menores de 14 años.

Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica

Violencia en la Familia, es la agresión física, psicológica o sexual cometida por el cónyuge o conviviente, ascendientes o descendientes, hermanos, parientes civiles o afines, tutores, curadores o custodios.

Violencia Doméstica, agresiones cometidas entre ex - cónyuges, ex - convivientes, personas que hubieran procreado hijos en común aún sin haber convivido.

Formas de Violencia: Violencia Física, conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte a la integridad física. Violencia psicológica, conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo. Violencia Sexual, conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.

Ley 2026 Código del Niño, Niña y Adolescente

Maltrato, es todo acto de violencia ejercido por padres, responsables, terceros y/o instituciones, mediante abuso, acción, omisión o supresión, en forma habitual u ocasional, que atente contra los derechos reconocidos a niños, niñas y adolescentes por esta Código y otras leyes; violencia que les ocasione daños o perjuicios en su salud física, mental o emocional. Los casos de maltrato que constituyan delito, pasarán a conocimiento de la justicia ordinaria conforme a ley. Circunstancias, se considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando se le causa daño físico, psíquico, mental o moral, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas. Se lo emplea en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o salud.

2. Atención Integral a la Víctima de Violencia Sexual

El propósito de la atención integral a la víctima de violencia sexual es brindar atención integral preventiva y curativa. Las acciones del servicio de salud deben estar orientadas a prevenir, detectar, diagnosticar y tratar la violencia sexual, ya que esta se constituye en un problema de salud pública. Todos los servicios deben estar preparados para brindar atención de acuerdo a sus capacidades resolutorias y/o referir en caso necesario.

a. Métodos y Técnicas

- Organización interna de los servicios y adecuación de los equipos de salud para actividades de prevención de la violencia sexual.
- Organización interna de los servicios y adecuación de los equipos de salud, para actividades de detección y diagnóstico de la violencia sexual.

- Organización interna de los servicios y adecuación de los equipos de salud para la atención clínica de la violencia sexual.
- Organización del sistema de referencia y contrarreferencia y de los equipos de soporte para asegurar el seguimiento de las víctimas.
- Coordinar con diversas instituciones u organizaciones para asegurar apoyo externo a las víctimas de violencia sexual de acuerdo a necesidades de servicios del área jurídica o psicosocial.
- Sensibilización y capacitación de recursos humanos en el tratamiento integral de la violencia sexual.

b. Usuaris/os

- Mujeres
- Adolescentes (de 10 a 19 años)

c. Prestadores/as

Primer Nivel: Médico/a general, licenciada/o en enfermería, auxiliar de enfermería, trabajadora/r social.

Segundo nivel: Médicos/as especialistas, generales y/o familiares, licenciadas y auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, orientadoras, psicólogas/os (en caso de existir).

Tercer Nivel: Médicos/as especialistas, generales y/o familiares, licenciadas/os y auxiliares de enfermería, trabajadoras/res sociales, orientadoras/res, psicólogas/os (en caso de existir).

d. Capacidad resolutive mínima

a) En establecimientos de primer nivel:

Equipo de salud organizado, capacitado y motivado para la atención a víctimas de violencia sexual y que trabaja en forma coordinada con hospitales de mayor complejidad, servicios jurídicos, legales y psicosociales.

b) En establecimientos de segundo y tercer nivel:

Servicios especializados organizados, capacitados y motivados para la atención a víctimas de violencia sexual y que trabaja en forma coordinada con servicios jurídicos, legales y psicosociales para realizar la referencia.

e. Procedimientos

a) En establecimientos de primer nivel

- Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual.
- Realizar actividades de diagnóstico y detección de la violencia sexual.
- Brindar atención integral a las víctimas de violencia sexual, otorgando:
 - Anticoncepción de Emergencia.
 - Prevención y/o tratamiento de ITS.
 - Tratamiento de los traumatismos genitales y extragenitales.
 - Contención emocional.
 - Recajo de evidencia médico legal (Con requerimiento judicial).
 - Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas, en centros que cuenten con médico (Con requerimiento judicial).
 - Referencia de las víctimas a otros servicios de salud de mayor complejidad de acuerdo a necesidad, y en caso de que haya ausencia de médico/a.
 - Referencia de la víctima de violencia sexual a otros servicios jurídicos, legales o psicosociales.
 - Para cumplir con todo lo anteriormente citado y evitar demoras en las consultas, las entidades encargadas deben suministrar material y medicamentos necesarios.

b) En establecimientos de segundo nivel

- Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual.
- Realizar actividades de diagnóstico y detección de la violencia sexual.
- Brindar atención integral a las víctimas de violencia sexual, otorgando:
 - Anticoncepción de Emergencia.
 - Prevención de ITS, VIH y Hepatitis B. Tratamiento sintomático de ITS sin requerir exámenes de laboratorio. En caso de no contar con los medios se hará la referencia a un centro con capacidad resolutive.
 - El tratamiento del VIH-SIDA se realizará con medicamentos antiretrovirales, inmediatamente de confirmado el diagnóstico por laboratorio. Si no se cuenta con los medios se realizará referencia en el acto a centros donde se pueda otorgar el tratamiento adecuado y la confirmación laboratorial.

- Tratamiento de los traumatismos genitales y extragenitales.
- Contención emocional.
- Terapia psicológica (en caso de contar con personal especializado, de lo contrario hacer la referencia pertinente).
- Recolección de evidencia médico legal (con requerimiento judicial).
- Interrupción legal del embarazo según Código Penal (Art. 266), con autorización judicial.
- Referencia de las víctimas a otros servicios de salud de mayor complejidad de acuerdo a necesidad.
- Referencia de la víctima de violencia sexual a otros servicios jurídicos, legales o psicosociales.

c) En establecimientos de tercer nivel

- Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual.
- Realizar actividades de diagnóstico y detección de la violencia sexual.
- Brindar atención integral a las víctimas de violencia sexual, otorgando:
 - Anticoncepción de Emergencia.
 - Prevención de ITS, VIH, Hepatitis B.
 - Tratamiento de ITS, VIH-SIDA.
 - Tratamiento de los traumatismos genitales, paragenital y extragenitales.
 - Contención emocional.
 - Terapia psicológica (Si se cuenta con el personal especializado, de lo contrario referir a servicios psicosociales).
 - Recolección de evidencia médico legal con requerimiento judicial.
 - Interrupción legal del embarazo según Código Penal (Art. 266) con autorización judicial.
 - Referencia de la víctima de violencia sexual a otros servicios jurídicos, legales o psicosociales

f. Historia Clínica

La historia clínica debe reunir toda la información por cuanto es un documento muy útil en caso de que la víctima decida iniciar acciones penales, y registrar la descripción minuciosa de las lesiones, tamaño de las mismas, ubicación, coloración, presencia de lesión, patrón, data de la lesión, etc.

La historia clínica cumple varias funciones para el aspecto judicial, sirve para registrar signos y síntomas y debe incluir un dibujo (traumagrama) que muestre la localización de lesiones. Esta información, complementada con las fotografías ser-

virá como prueba legal. Es la historia que liga en un determinado momento la actuación de la justicia y la medicina. El formato de historia clínica propuesto contempla estos conceptos (Ver Anexos).

g. Boleta del Sistema Municipal de Registro de Violencia

La Boleta del Sistema Municipal de Registro de Violencia se constituye en un instrumento normatizado para todos los sectores que intervienen en el tratamiento de una víctima de violencia, en el que el sector salud tiene la responsabilidad de llenar variables que permitirán desarrollar acciones efectivas en el marco de las redes municipales de prevención y atención, especialmente la Red de Servicios que junto a la Red Social conforman una instancia decisiva a nivel municipal.

3. Componentes generales de la atención integral en salud

a. Prevención

Desarrollar acciones, antes de que ocurran los hechos, dirigidas a reducir o evitar la ocurrencia de la violencia sexual, mediante la información, educación, sensibilización tanto a la comunidad como a los/as proveedores/as de servicios (Ver Normas Generales de Prevención).

Hay tres tipos de prevención:

- Prevención primaria: acciones que se realizan con la población en general.
- Prevención secundaria: acciones que se realizan con grupos específicos como adolescentes, mujeres, etc.
- Prevención terciaria: acciones que se realizan con personas que ya tuvieron la experiencia y están destinadas a prevenir que estas experiencias no se repitan.

Las acciones generales que debe realizar el Servicio de Salud en materia de prevención son:

- Promover la participación social mediante el involucramiento de la población y las autoridades del sector público, comunitario, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención y detección de la violencia familiar y sexual.

- Promover estilos de vida saludables, cambio de actitudes, equidad de género, rechazo cultural a la violencia familiar en general y violencia sexual en particular.
- Promover la integración de grupos, de promotores comunitarios y de redes sociales para combatir la violencia sexual en coordinación con los servicios de salud. Su función será estimular la participación de estos grupos para desarrollar acciones de detección, información y orientación en los tres niveles de la prevención.
- Participar, planificar y desarrollar actividades educativas para informar, educar, orientar y motivar la participación de la comunidad en general sobre las formas como se debe prevenir y combatir la violencia familiar y sexual.

b. Detección y diagnóstico

Las acciones que se deben realizar para la detección y diagnóstico de la violencia familiar y sexual por parte de los servicios de salud son:

- Identificar a las o los usuarios/as afectados/as por hechos de violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades diarias en la comunidad y en las consultas de pacientes tanto ambulatorias como hospitalarias.
- Realizar contacto directo con la/el usuaria/o afectada/o por violencia familiar o sexual en un clima donde se respeten sus derechos. Se deben evitar juicios de valor y prejuicios, atender con respeto y privacidad garantizando la confidencialidad.
- Identificar los posibles factores desencadenantes de la violencia, valorar el grado de riesgo al que pueden estar expuestas/os las/os afectadas/os, así como el peligro de mayores daños e inclusive muerte de la víctima.
- Identificar signos y síntomas, incluyendo el embarazo como consecuencia posible de actos derivados de la violencia familiar y sexual.
- Integrar y registrar en la Historia Clínica los antecedentes, síntomas y signos que pudieran encaminar a un diagnóstico probable de violencia familiar o sexual. Se podrá practicar pruebas de laboratorio y psicológicas- donde sea posible- que permitan establecer las causas y las personas involucradas en los hechos, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.
- Planificar, desarrollar y ejecutar acciones dentro de los servicios de salud que mejoren los procesos de detección. Esta actividad incluye la capacitación del personal de servicio, para que cuente con las suficientes habilidades técnicas para este cometido.

c. Atención

En el proceso de atención de las/os posibles víctimas de violencia sexual, las acciones deben estar encaminadas a:

- Brindar atención integral y oportuna a las/os usuarios/as en situación de violencia sexual con la finalidad de resolver los problemas de salud inmediatos y mediatos, así como las secuelas que pueden presentarse producto de este acto de violencia. La atención a una víctima de violencia sexual es una emergencia médica.
- Brindar atención inmediata y realizar el seguimiento periódico de estas/os usuarios/as mediante prestadores/as de servicios capacitados, con el fin de evitar complicaciones.
- Conocer y brindar información sobre la ruta crítica de atención a las víctimas, con la finalidad de realizar la referencia correspondiente de acuerdo a las necesidades de las/los usuarias/os.
- Realizar acciones que permitan a los servicios de salud estar involucrados y ser parte de las redes de servicios de la violencia sexual, como ser los servicios de psicología, servicios legales y de justicia.
- Aplicar los procedimientos y protocolos específicos de atención médica integral a las/os usuarias/os.
- Brindar consejería en los servicios médicos mediante personal de salud entrenado, propiciando un proceso de comunicación y análisis que brinde elementos para que la víctima tome decisiones.

d. Referencia y contrarreferencia

- El proceso de referencia y contrarreferencia es el conjunto de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer una atención integral a las víctimas de violencia sexual. Esto requiere de la articulación y coordinación entre las instituciones del Estado y la sociedad civil.
- Identificar instituciones del Estado y privadas (salud, justicia, apoyo psicosocial, etc.), que brinden atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- Conformar la Red Municipal de proveedores/as de servicios.
- Construir, en forma coordinada con las instituciones miembros de la red, la ruta crítica que deben seguir las víctimas de violencia sexual. Esta ruta debe constituirse de acuerdo a las realidades locales y puede modificarse en el tiempo dependiendo de las necesidades municipales.
- Incorporar la problemática de violencia en los Comités de Análisis de la Información que funcionan periódicamente en el sector salud, promoviendo la participación de toda la red de servicios.
- Elaborar un catálogo detallado con información de las diferentes instituciones que brindan servicios de salud, justicia y psicosociales, al estilo de un inventario de referencia, que incluya el área geográfica de las instituciones más accesibles a las víctimas.

4. Normas Generales de Atención

a. Norma 1: Lineamientos Generales de Atención

Los servicios de salud deberán establecer flujos internos de atención en los tres niveles operativos, para la atención general y específica de la víctima de acuerdo a sus condiciones de infraestructura y recursos humanos. En caso de no contar con los medios adecuados para brindar una atención integral se deberá referir a las/os usuarios/as a otros servicios que cubran sus necesidades.

Es importante brindar un servicio de salud humanizado y solidario, que garantice el respeto de los derechos de la víctima y evite posturas los/as profesionales de salud que vulneren estos derechos.

Las mujeres, adolescentes y padres o tutores, deben ser informadas/os sobre todo lo que se realizará en cada etapa de la atención y la importancia de cada medida. La autonomía de las víctimas debe ser respetada, en caso de que éstas se nieguen a recibir algún procedimiento.

Los servicios de salud deben contribuir en el restablecimiento no sólo físico sino también emocional y social de la víctima de violencia sexual. Todos los/as proveedores/as deben estar capacitados para brindar apoyo específico en todas las etapas de la atención.

b. Norma 2: Organización de la Atención

La atención integral de víctimas en situación de violencia sexual debe ser accesible a toda la población, asegurar todas las condiciones de infraestructura, recursos humanos, laboratorio, tratamiento de emergencia, y el acompañamiento y recuperación de los eventuales impactos de la violencia sobre la salud física y mental de la mujer.

Los mecanismos de la atención deben orientarse a brindar cuidados de salud inmediatos. Los límites de la atención de cada servicio dependerán de la disponibilidad de recursos.

c. Norma 3: Instalaciones físicas

Para la atención a víctimas de violencia sexual se debe contar de preferencia con espacios específicos para este fin o adecuarlos para garantizar la privacidad de las personas durante la entrevista o los exámenes médicos. Se debe evitar la iden-

tificación de los mismos con carteles o señalizaciones que puedan conducir a la estigmatización de la víctima que será atendida en este lugar (Atención diferenciada).

d. Norma 4: Recursos humanos

La atención debe ser brindada de preferencia por un equipo multidisciplinario, cuya composición puede variar según la disponibilidad de recursos humanos. Los profesionales que deben tomarse en cuenta como parte del equipo son el médico/a, una enfermera/o, psicólogos/as, asistentes sociales.

e. Norma 5: Equipamiento e instrumental

Los servicios de salud deben contar con un equipamiento mínimo, insumos básicos para brindar atención integral en forma permanente. Es importante contar con los medicamentos necesarios para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el embarazo producto de la violación que, en lo posible, deben ser administrados en el mismo centro de salud en el momento de la atención. Se debe contar con un kit básico para recolección de evidencia médico legal.

f. Norma 6: Registro de datos

Una de las falencias más importantes suele ser la falta de información acerca de la magnitud y el impacto de la violencia sexual, por tanto, es de suma importancia aplicar el Sistema Nacional de Registro de la Violencia para contar con información específica que permita tomar decisiones.

También, es importante realizar un cuidadoso registro, en la historia clínica, de los datos encontrados durante la atención a la víctima de violencia sexual. Estos datos contribuyen a dar una atención de calidad y también pueden servir para procesos judiciales.

g. Norma 7: Coordinación Interinstitucional

Los servicios de salud deben contar con una lista de instituciones u organizaciones con las que puedan coordinar actividades que garanticen la atención integral tanto en el área de salud, como en las áreas judiciales y psicosociales. Esta lista debe contener los datos necesarios como ser direcciones, horarios de atención, teléfonos, personas de contacto.

Es importante la coordinación entre los Servicios de Salud, Policía, Servicios Legales Integrales, Ministerio Público, Defensorías de la Niñez y la Adolescencia, Brigadas de Protección a la Familia, instancias municipales de lucha contra la violencia y otras organizaciones sociales.

Los/as proveedores/as de salud deben informar a la víctima sobre las otras instituciones a las cuales será necesario referirla y explicar el motivo de la referencia.

h. Norma 8: Calidad de atención

Los servicios de salud deben estar capacitados y equipados para brindar servicios de calidad, que respeten los derechos de las víctimas de violencia sexual. Es deber de todos velar por la dignidad de la mujer y de la adolescente, ampararlas y protegerlas de cualquier tratamiento inhumano, violento, discriminatorio o represivo. Los servicios deben optimizar recursos para brindar una atención diferenciada a las víctimas de violencia sexual, sobre todo si se trata de adolescentes, o personas que no hablen castellano.

5. Protocolo Específico de Atención a las Víctimas de Violencia Sexual en los Servicios de Salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel

La atención clínica de una mujer o adolescente, víctimas de violencia sexual se considera una emergencia médica, por cuanto existen períodos fundamentales dentro del proceso de la atención que permiten prevenir las consecuencias y curar a la víctima.

El proceso de la atención se divide en dos períodos fundamentales, el primero dentro de las primeras 72 horas y, el segundo, luego de las 72 horas. En cada uno de estos períodos los/as proveedores/as de servicios de salud deben ofertar:

- Dentro de las 72 horas
 - Anticoncepción de emergencia (según últimos estudios, puede ser administrada hasta las 120 horas).
 - Prevención de ITS, VIH-SIDA y Hepatitis B.
 - Tratamiento de los traumatismos extragenitales, paragenitales y genitales.
 - Contención emocional.
 - Recolección de evidencia médico legal (Con requerimiento judicial).

- Después de las 72 horas
 - Tratamiento de ITS.
 - Laboratorio de VIH -Sida para confirmar contagio (seguimiento hasta el año).
 - Tratamiento de VIH-SIDA.
 - Terapia psicológica.
 - Interrupción legal del embarazo (Con autorización judicial).
 - Recolección de evidencia médico legal (Con requerimiento judicial).

En general, en ambos períodos, la atención debe regirse según los principios de oportunidad, empatía, confidencialidad, respeto a los derechos y dignidad de las víctimas.

Atención a la víctima de violencia sexual en consulta

El procedimiento semiológico de atención a las víctimas de violencia es imprescindible para la HISTORIA CLÍNICA MÉDICA que permite documentar un hecho de violencia sexual. La historia clínica debe tener la mejor calidad técnica en cuanto al recojo de información, ya que posteriormente puede ser utilizada como documento legal en caso de acciones judiciales, siempre y cuando no exista médico/a forense se pide la intervención del médico/a del servicio de salud.

Todos los/as prestadores/as de salud deberán estar capacitados para dar una atención integral y adecuada a las víctimas de violencia sexual, por cuanto un gran porcentaje de víctimas acude a los servicios de salud como primer lugar de auxilio y en muchos lugares no se cuenta con los servicios de médico forense, por tanto, cualquier médico/a tiene la obligación de presentar informe con peritaje de la violencia sexual, el mismo que también tiene el valor legal correspondiente.

Es también importante comunicarse con la víctima en el idioma que utilice (aymara, quechua, etc.), en caso de no poder hacerlo, el/la proveedor/a deberá buscar apoyo en otro personal del servicio.

5.1. Recepción

Antes de iniciar cualquier maniobra de exploración el/la proveedor/a debe informar a la víctima sobre los procedimientos y sus derechos, para esto es importante encontrar el momento adecuado para brindar la información, considerando el estado emocional de la víctima. La información debe ser veraz, breve y ágil, en lenguaje sencillo y comprensible para la víctima, si es indígena en lo posible utilizar su idioma.

El momento de la recepción es clave para establecer una buena relación médico/a paciente, por lo que se deben seguir los siguientes pasos:

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre de la víctima.
- Buscar un sitio tranquilo o conducir a la víctima al área destinada para la atención de estos casos en un ambiente de privacidad y explicar que la conversación será confidencial. No se debe permanecer en el área pública.
- Sentarse a su lado, evitar que medie un escritorio u otro mueble entre el/la proveedor/a y la víctima.
- Si la víctima está acompañada, preguntar si desea hablar en privado o en presencia de la persona que la acompaña.
- Si se trata de una adolescente, preguntar si desea hablar a solas o en presencia de alguna persona.
- Si la persona sindicada fuese familiar, la víctima deberá estar acompañada por alguien de su entera confianza o por un profesional en psicología, asegurando que esté alejada de la persona sindicada y, por tanto, libre de presiones.
- Preguntar e indagar acerca de sus miedos y temores, su situación actual y escuchar atentamente sus necesidades.
- Facilitar que la víctima pueda expresar sus necesidades y sentimientos.
- Brindar contención emocional (Ver Normas de Servicios Psicológicos), para lo cual el/la proveedor/a debe realizar las siguientes acciones:
- Crear un clima de calidez y confianza:
 - Mostrar una actitud empática.
 - Motivar a la víctima a hablar.
 - Estar atento/a a hechos y sentimientos.
 - Comunicar interés.
 - Responder al contacto físico en los casos que se requiera.
 - Facilitar control de reacciones en situaciones intensas.
 - Valorar la gravedad de la víctima.
 - Determinar si existe riesgo vital.
 - Valorar la dinámica familiar.
 - Hacer sentir a la víctima que es escuchada, comprendida, aceptada y apoyada.
 - Reducir la intensidad de la angustia emocional, no pedir más explicaciones que las que la víctima quiera proporcionar.
 - Asumir una actitud facilitadora y orientadora. En ningún caso expresar juicios valorativos en contra de la víctima o preguntar porque no reaccionó de tal o cual manera.

- Las víctimas con traumatismos severos deben ser tratadas sin demora en el área de emergencia, recibiendo atención especializada.
- Informar a la víctima de violencia sexual sobre su derecho a recibir atención médica oportuna y de calidad.
- Informar que tiene derecho a recibir atención profesional éticamente responsable, con respeto, confidencialidad y privacidad.
- Informar las rutas alternativas que puede seguir en caso necesario.
- Informar que no puede ser obligada a recibir ningún tipo de tratamiento.
- Informar que debe dar autorización para recibir atención.
- Informar del derecho al silencio.
- Informar sobre sus derechos en caso de embarazo producto de violencia sexual.
- Informar de los pasos a seguir en su atención y asegurar a la víctima que está en plena libertad de negarse ante cualquier procedimiento que le cause insatisfacción.
- Informar de la importancia de cada momento de la atención.
- Si la agresión sexual hubiese sido horas antes y la víctima (mujer o adolescente) no se hubiera aseado, instruirle que no se lave, no use el baño, y no coma ni beba, en lo posible, hasta que el examen médico hubiese finalizado.
- Conducir a la víctima al consultorio de atención.
- Si la recepción fue realizada por la/el enfermera/o, el/la médico/a tratante debe saludar y presentarse.
- Una vez informada la víctima, hacer firmar la autorización para su tratamiento.
- Elaborar la historia clínica, luego de evaluar a la víctima para detectar y atender las condiciones que ameriten el tratamiento inmediato o aplicar el protocolo de atención.

5.2. Atención Clínica

Se procederá inmediatamente con el tratamiento de urgencia que se requiera, por ejemplo, ante una sobredosis de drogas, lesión cráneo encefálica, o heridas.. La atención clínica seguirá los siguientes pasos:

5.2.1. Anamnesis

- Datos de filiación: nombre, sexo, edad y profesión de la persona.
- Realizar anamnesis completa: antecedentes patológicos, no patológicos personales, antecedentes gineco-obstétricos. Se debe indagar la existencia de antecedentes médicos y quirúrgicos, especialmente infecciones de transmisión sexual,

VIH y hepatitis. Asimismo, realizar una breve recopilación de datos ginecológicos: menarquía, fecha de la última regla, fecha del último coito, en su caso, uso habitual de anticonceptivos, antecedentes de abortos o de partos.

- Datos de la agresión: el/la proveedor/a de servicios debe obtener información de la agresión brindada por la propia víctima. Se pueden formular preguntas como:

¿Cuándo ocurrió el ataque?

¿Dónde ocurrió el ataque?

¿Qué tipo de agresión sufrió?

¿Fue una agresión sexual?

¿Fue un sólo agresor?

¿El ataque sexual incluyó penetración: vaginal, anal, oral?

¿Hubo eyaculación?

¿Utilizó algún objeto para penetrar a la víctima?

¿Qué utilizó y como lo utilizó?

- Para evitar la revictimización, los datos anteriormente señalados deben ser recabados por el/la médico/a tratante sólo en caso de que esa información no hubiera sido recopilada por otra persona.
- Posteriormente se pasa a la exploración clínica propiamente dicha.

5.2.2. Exploración clínica

La exploración de la víctima de una agresión sexual es, sin duda, una misión pericial que compete al médico/a forense, pero ante la ausencia de éste, cualquier médico/a del sistema de salud puede realizar el examen. El examen físico debe realizarse no sólo con fines clínicos sino también con fines periciales, identificando lesiones extragenitales y paragenitales tales como hematomas, excoriaciones, toma de muestras, etc. La descripción de los hallazgos en la historia clínica son de extraordinaria importancia para fines legales.

Para el examen de la víctima de una agresión sexual, es necesario cumplir los siguientes requisitos:

- Consentimiento de la víctima.
- Si es adolescente, obtener el consentimiento de la madre/padre o tutor.
- Presencia de otra persona, preferentemente mujer o autoridad judicial.

- Contar con un equipamiento mínimo adecuado.
- Contar con habilidades clínicas necesarias.

5.2.3. Examen físico general

- Establecer una buena relación médico/a - paciente.
- Informar a la víctima de las actuaciones y darle la seguridad de que está siendo valorada por buenos profesionales.
- Invitar a la víctima a pasar al consultorio para la exploración, tras un biombo de aislamiento visual, preservando su intimidad.
- En caso de que el/a proveedor/a de servicio hubiese recibido una orden judicial para la recolección de evidencia médico legal, realizará todas las acciones necesarias para llevar a cabo este cometido y guardar las pruebas hasta que sean solicitadas por la autoridad competente. Por tanto el/a prestador/a deberá seguir los siguientes pasos:
 - En caso de que la víctima se haya cambiado de ropa, total o parcialmente, es importante averiguar la localización de la misma y solicitar que se la entregue para su revisión.
 - En caso de que la víctima no se haya cambiado de ropa, pedirle que se descalce y se coloque sobre una sabanilla, previamente desplegada en el suelo (aproximadamente de 1m2).
 - Entregar a la víctima un camión de exploración ginecológica y pedirle que se desvista. Colectar su ropa en bolsas de papel rotuladas con el nombre del/la médico/a, la fecha, la hora y el contenido. Es importante que esta ropa sea secada al ambiente.
 - La víctima permanecerá de pie sobre la sabanilla y se le solicitará la frotación de la región púbica, o con la ayuda de un peine se hará el peinado púbico del vello a objeto de colectar posibles pelos que pertenezcan al victimador.
 - Posteriormente la víctima pasa a una camilla, y se retira la sabanilla blanca para embalarla con cuidado en un sobre de papel a fin de no perder evidencias que hubieran quedado sobre esta. Rotular el embalaje con los datos del médico, fecha, hora de recolección y el contenido.
 - Es conveniente realizar el examen en el siguiente orden: **zonas extragenitales** (cabeza, cuello, torax); **áreas paragenitales** (abdomen, parte anterior de caderas, parte anterosuperior de los muslos, monte de venus y glúteos) y; **área genital** (genitales externos, periné y región anorectal).
 - Realizar un examen físico general en busca de lesiones en las tres áreas y realizar un traumagrama (diagrama de una figura desnuda donde se marca la ubicación de las lesiones visibles, como equimosis, mordeduras, excoriaciones, laceraciones, quemaduras, etc.). En caso de contar con una máquina fotográfica tomar fotos de las lesiones.
 - En el área paragenital es importante determinar la presencia de semen depositado por emisión directa o por roce.
 - La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión:

- Localización anatómica. Se suele utilizar una división en cuadrantes u horaria.
- Descripción de su aspecto visualizado y categorización.
- Descripción del tamaño y forma de cada lesión.
- Evaluación de la posible fecha del hecho
- Aproximación a una posible etiología.
 - Instaurar tratamiento para atender las posibles lesiones (heridas, hematomas, contusiones, etc.) y en caso de lesiones graves referir a atención especializada.
 - Realizar la inspección de la cavidad oral, tomando muestras con hisopos secos tanto de la parte interna de los carrillos derecho e izquierdo, como de la parte interna de los labios superior e inferior.
 - Empaquetar las muestras en sobres de papel o tubos de vidrio, registrando responsable, hora, fecha y sitio de la muestra.
 - Posteriormente, invitar a la víctima a adoptar la posición ginecológica para la respectiva exploración.
 - De forma previa a la exploración genital, se debe preparar los medios de visualización (colposcopio, fuentes de luz dirigible) o captación de imagen, esquemas corporales de referencia a la región genital, instrumentos y materiales para la toma y etiquetas de identificación de la muestra.
 - Realizar examen ginecológico para determinar si hubo penetración anal, oral o vaginal y/o toma de indicios biológicos para fines legales. **El médico/a nunca debe realizar el examen solo, sino en presencia de una enfermera u otra persona autorizada** (Ver Normas Recajo de Evidencia Médico Legal).
 - En caso de adolescentes, algunas veces se puede realizar el examen ginecológico bajo anestesia. Este procedimiento debe ser realizado por un especialista anestesiólogo (previo consentimiento informado) y en presencia de alguna persona adulta responsable.
 - Realizar la revisión del periné, ya sea a simple vista o con la ayuda de medios de aumento, como el colposcopio o la lupa con iluminador circular.
 - Buscar los puntos de tránsito - horquilla posterior, fosita navicular y comisura posterior -, visualizar el introito vulvar y evaluar el estado del himen como de carúnculas mirtiformes o restos himeneales.
 - Con dos hisopos secos, frotar en forma secuencial las paredes internas de los labios menores, labios mayores, y el vestíbulo.
 - Continuar con la toma de muestras intravaginales, realizar una segunda toma a ciegas al interior de la vagina y, luego, colocar el espéculo de preferencia de plástico (transparente).
 - Con dos hisopos secos, tomar muestras del fondo de saco posterior.
 - Colectar muestra del orificio endocervical, para la cual se debe manipular el espéculo dentro la vagina a fin de localizar el cervix. En muchas ocasiones el orificio endocervical puede ser el único lugar donde se encuentra esperma. En caso de adolescentes, preferentemente se debe utilizar espéculo virginal.

- Se debe tomar cultivos para diagnóstico de infecciones de transmisión sexual - ITS (cuando existan los medios).
- Posteriormente, solicitar a la víctima que se coloque en posición genupectoral para realizar la exploración anorectal.
- Separar los glúteos con ambas manos para poder visualizar el ano y las posibles lesiones (desgarros, etc.). Tomar muestras con un hisopo para determinar posible presencia de esperma.
- Todas las muestras tomadas con hisopos deben ser embaladas en sobres de papel, tubos o frascos de vidrio. No se debe usar material plástico porque descompone las muestras.
- Cada hisopo debe ser embalado individualmente y rotulado con el nombre del médico/a, fecha, hora y sitio de toma de la muestra.
- Solicitar a la víctima que se vista e informarle de las medidas preventivas que se deben tomar para las ITS y un posible embarazo no deseado producto de la violación.

5.2.4. Profilaxis

- Informar sobre la importancia de la anticoncepción de emergencia, para prevenir un posible embarazo producto de la violación sexual.
- Informar sobre los posibles efectos secundarios y su tratamiento.
- Informar la fecha probable de su próxima menstruación si utiliza la anticoncepción de emergencia.
- Informar que en caso de ausencia de menstruación, la víctima debe retornar a la consulta para realizar un test de embarazo.
- Brindar anticoncepción de emergencia (Ver Anexos Marco teórico).
- Brindar información sobre la importancia de administrar medicamentos para prevenir posibles ITS/VIH, producto de la violencia sexual.
- Brindar información sobre los posibles efectos secundarios.
- Brindar profilaxis de ITS/HIV, Hepatitis B (Utilizar los esquemas de administración señalados en los cuadros si se trata de mujeres, adolescentes, etc.)
- Solicitar las pruebas de laboratorio indicadas en Cuadro N° 9, de acuerdo a disponibilidad en el servicio.
- Indicar las fechas de toma y evaluación de las pruebas de laboratorio.
- Brindar apoyo emocional y referir a otros servicios psicosociales de acuerdo a demanda y necesidad.
- Informar a la mujer acerca de: su condición física general, los resultados de su examen físico, las pruebas de laboratorio (si hubieren), el tratamiento, los procedimientos a ser utilizados así como sus riesgos y beneficios, la necesidad de referirla a otros centros, la fecha de seguimiento y control.

5.3. Consulta de control

- Realizar evaluación del estado general de la paciente.
- Realizar test de embarazo si el caso amerita.
- Informar sobre las opciones que tiene la víctima en caso de test de embarazo positivo (Ver Orientación Psicológica en caso de Embarazo).
- Informar que la Ley contempla la Interrupción Legal del Embarazo, cuando la víctima lo solicita.
- Evaluar los resultados de las pruebas laboratoriales y proveer tratamiento si el caso amerita.
- Referencia a servicios jurídicos, legales o psicosociales de acuerdo a demanda.

6. Interrupción legal del Embarazo

Según el Código Penal, artículo 266, cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso.

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) debe ser realizada con calidad técnica y sobre todo en un servicio humanizado que no juzgue a la víctima de violencia sexual y su determinación de interrumpir el embarazo. Los servicios de ILE pueden ser brindados por establecimiento de referencia que cumplen con condiciones de equipamiento, capacitación y bioseguridad.

Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo

6.1. Asesoría

Para que un servicio de interrupción legal del embarazo sea de calidad, es imprescindible brindar información veraz, fácil de entender, con un lenguaje sencillo y que responda a las necesidades de la víctima. El/la proveedor/a debe:

- Recibir la orden judicial para proceder a la interrupción legal del embarazo.
- Explicar cualquier requerimiento legal necesario para poder realizar la ILE.

- Asegurar que la víctima considere sus opciones y haya tomado una decisión libre de presión.
- Asegurar que la víctima tenga un tiempo prudencial para tomar una decisión, y explicar la seguridad y efectividad de una interrupción temprana del embarazo.
- Considerar que las adolescentes solteras pueden estar siendo presionadas para tomar una decisión con respecto a su embarazo.
- Informar a la víctima sobre los resultados del examen médico con respecto a su embarazo y las opciones respecto a la continuación o no del mismo.
- Informar sobre los diferentes métodos de interrupción disponibles, tanto quirúrgicos como farmacológicos.
- Una vez que sea elegido el método explicar: cómo es el procedimiento, las posibles molestias, riesgos y complicaciones que se podrían presentar, los cuidados post procedimiento, signos de alarma, retorno de la fertilidad, anticoncepción y fecha de control.
- Brindar todo el apoyo emocional necesario.

6.2. Manejo clínico de la Interrupción Legal del Embarazo

Los métodos que se utilizan para interrumpir la gestación producto de violencia sexual son:

Métodos Farmacológicos

- Prostaglandinas más antimetabolitos (metotrexate)
Este método tiene 95% de eficacia hasta las 8 semanas de embarazo.

Métodos Quirúrgicos

- Aspiración Manual Endouterina (AMEU)
- Aspiración Eléctrica Endouterina
- Dilatación y Legrado (D&L)

6.3. Procedimientos

Para aplicar cualquier método elegido el/la proveedor/a debe:

- Realizar historia clínica completa.
- Realizar examen físico completo.

- Realizar examen ginecológico para identificar los signos de embarazo: reblandecimiento del cervix y aumento del tamaño uterino que permite determinar la edad gestacional.
- Establecer la presencia de embarazo.
- Realizar un diagnóstico temprano de la edad gestacional, de vital importancia para la elección del método y para minimizar el riesgo de complicaciones. Recordar que mientras más avanzada es la edad gestacional existe mayor riesgo de complicaciones.
- Realizar hemograma completo y determinar el grupo sanguíneo.
- Realizar ecografía, cuando se cuente con este servicio, para determinar la edad gestacional, o establecer otro tipo de diagnósticos como embarazo molar, huevo muerto retenido, huevo anembrionado y, sobre todo, embarazo ectópico mayor a 6 semanas.
- Utilizar la vacuna anti Rh negativo, en caso de mujeres con grupo sanguíneo con factor negativo. Esta vacuna debe ser utilizada durante el procedimiento quirúrgico o durante el uso de medicamentos (OMS, 2003).
- Realizar valoración para elegir el método de manejo del dolor para los procedimientos quirúrgicos como el AMEU o LUI. Puede ser anestesia general, local, o manejo conductual del dolor. En caso de utilizar el bloqueo para cervical, es aconsejable utilizar premedicación antes del procedimiento para coadyuvar a un buen manejo del dolor, sin embargo, dependiendo del caso también se puede utilizar anestesia general. En caso de LUI utilizar anestesia general.
- Realizar el método elegido para la evacuación de acuerdo al Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo del Ministerio de Salud y Deportes).
- Informar sobre la anticoncepción postaborto.
- Aplicar el método elegido previo consentimiento informado.
- Dar cita de control.

7. Referencia

La referencia de las víctimas de violencia sexual debe ser realizada de acuerdo a las necesidades de la víctima, hacia las instituciones con que cuentan los diferentes municipios. Los siguientes pasos y ruta alternativa pueden servir para este propósito, recordando que las mismas deben ser adecuadas a la realidad y al contexto de cada lugar y, en especial, tomando en cuenta que el centro de salud puede o no ser el primer lugar de atención al que recurrió la víctima.

Paso 1. La víctima ingresa a los servicios de salud y recibe:

- Anticoncepción de emergencia (AE).
- Profilaxis de ITS, VIH, Hepatitis B.
- Tratamiento de ITS, VIH/SIDA.
- Tratamiento de traumatismos.
- Apoyo psicológico.
- Recolección de Evidencia Médico Legal (en ausencia de Médico Forense).
- Elaboración de Historia Clínica.
- Elaboración de Informe.

Paso 2. Se la remite a Servicio Social:

- Denuncia a la Policía, a la Brigada de Protección a la Familia de la Policía o a la Policía Técnica Judicial.
- Solicitud de asesoramiento legal a los Servicios Legales Integrales (SLIM) del Gobierno Municipal.

Paso 3. Se la remite a servicios psicológicos:

- Se toma en cuenta la situación emocional, condición de vida familiar, económica y social remitida por trabajo social.
- Recibe contención emocional o tratamiento post stress traumático

Paso 4. Acciones de la Policía

- Elevar el caso a la Fiscal de Familia

Paso 5. Acciones de la Fiscal de Familia

- Solicita examen del/la médico/a forense.
- Presenta informe al/la juez/jueza.

Paso 6. Acciones del/la juez/jueza

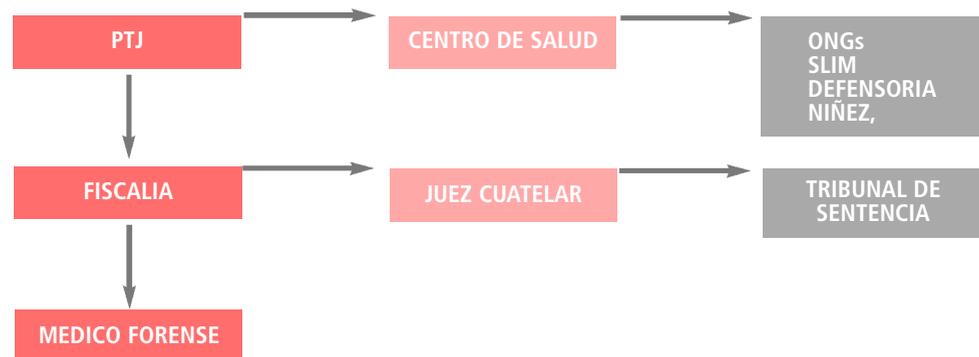
- Emitir la orden judicial en caso de ser necesaria la Interrupción Legal del Embarazo.
- Remitir a la víctima a un servicio de salud con personal capacitado para la ILE.

8. Ruta Alternativa para Víctimas de Violencia Sexual

El flujo propuesto a continuación constituye una alternativa que puede ser aplicada o modificada de acuerdo al primer servicio al que acuda la víctima para solicitar ayuda.

Es importante considerar que esta ruta debe ser acondicionada en cada región de acuerdo a los recursos disponibles.

Cuadro 3 Ruta Alternativa Víctimas de Violencia Sexual



III. Marco referencial para la atención de víctimas de violencia sexual

1. Anticoncepción de emergencia

Las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE), pueden ser usadas para prevenir un embarazo no deseado dentro de las primeras 72 horas (3 días) posteriores a una relación sexual sin protección (MSD, 2003). En casos de violencia sexual, es de vital importancia que los/as proveedores/as de salud brinden la anticoncepción emergencia para evitar embarazos no deseados.

Tiene una efectividad que varía entre 75 al 99% y que es mayor cuanto más precoz sea la toma de las píldoras.

1.1. Indicaciones de la Anticoncepción de Emergencia (AE)

- Violación sexual.
- Relación sexual no protegida.
- Falla o error en el uso de un método anticonceptivo (condón, pastillas, inyecciones, ritmo etc.) (MSD,2003).

1.2. Criterios médicos de elegibilidad

- No existe ninguna contraindicación médica para la administración de las píldoras de anticoncepción de emergencia.
- En caso de antecedentes de accidentes vasculares cerebrales, tromboembolismos, diabetes con complicaciones vasculares, debe optarse necesariamente por el levonorgestrel.

1.3. Esquemas de administración de la anticoncepción de emergencia hormonal

La anticoncepción de emergencia debe ser administrada dentro de los tres días posteriores al hecho de violencia sexual. Es importante recordar que mientras más temprana es la administración, existen más probabilidades de éxito en la prevención de un embarazo producto de una violación sexual.

Primera opción: Se utiliza exclusivamente un progestágeno, el levonorgestrel, en una dosis total de 1.5 mg. La administración es de 1 comprimido de 0.75 mg cada 12 horas o 2 comprimidos de 0.75 mg juntos (1.5 mg.) .

Segunda opción: Método de Yuzpe, es decir, anticonceptivos orales combinados de uso rutinario en anticoncepción o planificación familiar. Combinación de 350 ug de etinil-estradiol y 1 mg. de levonorgestrel, divididas en dos dosis iguales, cada 12 horas (Cuadro N°2), dentro de los tres días posteriores al hecho de violencia sexual.

De preferencia, el/la proveedor/a de salud deberá ofertar y/o administrar la primera opción, por su mayor eficacia y tolerancia y porque no presenta interacción farmacocinética con los antiretrovirales utilizados en la profilaxis de VIH.

Cuadro 4: Anticoncepción de Emergencia Hormonal

LEVONORGESTREL	MÉTODO DE YUZPE
<p>Primera opción 0.75 mg de levonorgestrel</p> <p>1 comprimido VO cada 12 horas (2 dosis)</p>	<p>Segunda opción AOC de 30 ug de etinil estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel por comprimido:</p> <p>4 comprimidos VO cada 12 horas (2 dosis)</p>

En casos especiales, por ejemplo cuando la víctima está inconsciente por causa de traumatismos severos, se puede administrar los comprimidos de la Anticoncepción de Emergencia por vía vaginal, ya que la absorción del epitelio vaginal tiene los mismos niveles que la vía oral.

1.4. Manejo de Efectos Colaterales

- Náusea
- Vómito
- Cefalea, mareos, etc.

Las náuseas y los vómitos pueden ser controlados mediante la administración previa de antieméticos 1 hora antes de la ingesta de la AE. En cuanto a la cefalea y los mareos generalmente ceden pasadas las 24 horas, pero también se puede indicar analgésicos.

En caso de que la víctima hubiese vomitado dentro de la 1ra o 2da hora de administrada la AE, se deberá repetir la dosis. Si se vuelve a repetir el vómito en este mismo período, se puede utilizar la misma dosis aplicándola por la vía vaginal.

1.5. Mecanismo de Acción

- En fase folicular temprana y media, interfiere el desarrollo folicular, impidiendo la ovulación o retardándola por varios días.
- En fase folicular tardía o preovulatoria, previene o retrasa el pico ovulatorio de gonadotropinas.
- En fase post-ovulatoria inmediata, modifica el moco cervical volviéndolo más espeso y hostil, impidiendo o dificultando la migración y/o la capacitación de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio.

2. Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)

La adquisición de una infección de transmisión sexual (ITS) como consecuencia de la violencia sexual, puede provocar severas secuelas físicas y emocionales. Se estima que entre un 28% a 68% de las víctimas de violencia sexual serán afectadas por una infección de transmisión sexual: gonorrea (0.8% -9.6%), clamidia (1.5% - 26%), tricomoniasis (3,1% - 22%), vaginosis bacteriana (12% - 50%), sífilis (1.6%-40%), HPV (2% - 40%).

Una gran parte de las ITS como la hepatitis B, gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y chancroide. podrían ser evitadas con la administración adecuada de medicamentos específicos de reconocida eficacia .

2.1. Profilaxis para la Hepatitis B

La administración de la profilaxis de la Hepatitis B no debe estar condicionada a exámenes de laboratorio complementarios, incluso cuando se tiene duda de la administración de la vacuna la profilaxis debe ser instaurada.

2.1.1. Indicaciones

- Las mujeres y adolescentes que desconocen el historial de vacunas recibidas, deben recibir una primera dosis de vacuna inmediatamente y completar el esquema entre 1 a 6 meses después.
- Las víctimas de violencia sexual que tienen un esquema de vacunas contra la hepatitis completo, no necesitan de refuerzo o uso de la inmunoglobulina humana anti-hepatitis B.

2.1.2 Efectos secundarios

- Fiebre.
- Dolor en el sitio de aplicación.
- Reacciones alérgicas (excepcional).

En general la inmunoglobulina y la vacuna son bien toleradas a cualquier edad. El seguimiento es importante, por tanto, se debe realizar controles de laboratorio a los 3 a 6 meses y en casos positivos referir a un especialista infectólogo.

Cuadro 5 Esquema de Administración de la Profilaxis para la Hepatitis B

Inmunización pasiva:

- Inmunoglobulina hiperinmune para hepatitis B 0,06 a 0,08 ml/kg/IM en glúteo, dosis única
- Inmunización activa Vacuna contra hepatitis B 1 ampolla / IM en deltoide, admisión, 3 meses y 6 meses

Adaptado normas del SBS / MSD Bolivia 2001

2.2. Profilaxis de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El uso de esquemas profilácticos puede ayudar a prevenir muchas enfermedades sexualmente transmisibles como la sífilis, gonorrea, donovanosis, clamidia, micoplasma, urea plasma, chancroide, linfogranuloma venéreo, tricomonas y vaginosis bacteriana y ayudar a disminuir el impacto de la violencia sexual. Existen diferentes esquemas que pueden ser adecuados en función de los medicamentos disponibles en los servicios de salud, pero en base a la experiencia desarrollada en otros países se recomienda los esquemas de tratamiento detallados a continuación.

Cuadro 6 Profilaxis de ITS NO VIRALES para Mujeres Adultas y Adolescentes no Gestantes y con más de 45 Kg. de peso(Esquema tetrasociado)

Penicilina Benzatínica: 2.4 millones de UI-IM dosis única ó				
1.2 millones de UI en cada glúteo				
Además:				
Ciprofloxacina	500 mg.	VO	dosis única	
Azitromicina	1 g		VO	dosis única
Metronidazol	2 g		VO	dosis única

Adaptado normas del SBS / MSD Bolivia 2001

Cuadro 7 Profilaxis de ITS NO VIRALES para mujeres gestantes durante el primer trimestre

Penicilina Benzatínica	2.4 millones de UI	IM	dosis única ó
	1.2 millones de UI en cada		glúteo
En caso de alergia a penicilina			
Estearato de Eritromicina:	500 mg	V.O.	cada 6 horas durante 15 días

La profilaxis para tricominiasis puede ser brindada a partir del segundo trimestre el embarazo

Adaptado normas del SBS / MSD Bolivia 2001

Cuando existe signos de infección de transmisión sexual, se recomienda tratamiento de acuerdo al esquema siguiente

Cuadro 8 Manejo sindrómico de las ITS

SINDROME	TRATAMIENTO
<p>Flujo Vaginal Cuando se considera la cervicitis. Tratar la cervicitis. El tratamiento para la cervicitis incluye medicamentos contra la gonorrea y la clamidia.</p>	<p>Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única además de Azitromicina 1 g dosis única ó Doxicilina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días; más Metronidazol 2 g vía oral, dosis única y adicionalmente, si existe picazón vaginal, tratar contra candidiasis. Fluconazol 150 mg vía oral dosis única ó Clotrimazol 100 mg vía vaginal, una vez al día antes de dormir, durante 7 días.</p>
<p>Flujo Vaginal Cuando no se considera cervicitis. Tratar la vaginitis. El tratamiento para la vaginitis incluye medicamentos contra la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana. Metronidazol 2 g vía oral, dosis única</p>	<p>Metronidazol 2 g vía oral, dosis única Además, si existe picazón vaginal, tratar contra la candidiasis. Fluconazol 150 mg única vía oral ó Clotrimazol 100 mg vía vagina, una vez al día antes de dormir, durante 7 días.</p>
<p>Flujo Uretral Tratar contra gonorrea y clamidia.</p>	<p>Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única; más Azitromicina 1 gr. Vía oral dosis única ó Doxicilina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días.</p>
<p>Úlcera Genital Tratar contra la sífilis y chancroide.</p>	<p>Penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía intramuscular, dosis única; más Eritromicina 500 mg vía oral, cuatro veces al día cada 6 horas durante 7 días.</p>
<p>Edema de Escroto Edema de escroto confirmado sin cuadro de emergencia. Tratar contra gonorrea y clamidia.</p>	<p>Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; además Azitromicina 1 gr, vía oral dosis única ó Doxicilina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas, durante 7 días.</p>
<p>Bubón Inguinal Tratar contra linfogranuloma venéreo.</p>	<p>Azitromicina 1 gr, vía oral dosis única ó Doxicilina 100 mg vía oral, dos veces al día, cada 12 horas durante 7 días.</p>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Normas Técnicas del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

2.3. Profilaxis del VIH

La eficacia de los antirretrovirales para la profilaxis del VIH depende de su inicio precoz, de la rigurosidad en su administración y del tiempo adecuado de utilización. Los antirretrovirales pueden ser ofrecidos a mujeres adultas, adolescentes, embarazadas expuestas al semen, sangre y/u otros fluidos por penetración anal, oral o vaginal. Los medicamentos deben ser suministrados en el menor plazo posible, sin interrupción durante 28 días, máximo dentro de las 72 horas de sucedida la violencia sexual.

Resultados preliminares estadísticamente consistentes del estudio multicéntrico comparativo conducido en Sao Paulo, Brasil, en 8 instituciones y más de 1600 víctimas de violencia sexual, demuestran la eficacia de la profilaxis del VIH. La respuesta de las víctimas de violencia sexual al uso de los antirretrovirales es apropiada, mostrándose que hasta el 77% hizo uso completo y adecuado de la medicación.

El estudio muestra que ninguna paciente a la que se le administró profilaxis para el VIH, presentó un examen de control positivo. En cambio, en el grupo de mujeres víctimas de violencia sexual que no recibieron medicación alguna, se identificó cuatro casos de conversión sérica (2.7%), porcentaje estadísticamente significativo en el test de Fisher. Se evidencia, por tanto, la eficacia de administrar los antiretrovirales en forma profiláctica.

2.3.1. Indicaciones

- Si no se conoce el estado serológico del agresor, la profilaxis debe ser indicada cuando hubo penetración vaginal, anal, asociada o no a coito oral.
- En caso de sexo oral exclusivo, inclusive habiendo ocurrido la eyaculación, se debe valorar los riesgos y beneficios de la profilaxis.
- En caso de exposición al mismo agresor durante varias oportunidades, no se debe indicar profilaxis.
- Si durante la violación el agresor utilizó condón, no se debe dar profilaxis de HIV.
- Siempre que sea posible, se debe realizar al agresor estudios de serología para VIH, para suspender la profilaxis en caso de serología negativa.

2.3.2. Efectos secundarios

- Efectos gastrointestinales (diarrea)
- Cefalea
- Fatiga
- Alteraciones laboratoriales (poco frecuentes)

En general los efectos secundarios de los antiretrovirales son inespecíficos, de carácter leve y transitorio. Cuando la víctima presenta intolerancia a la medicación, debe ser reformulado el esquema terapéutico y, en algunas ocasiones, se puede utilizar antieméticos o antidiarreicos.

2.3.3. Esquemas de Administración

**Cuadro 9 Prevención Para Adultas, Adolescentes y Gestantes:
Tratamiento por cuatro semanas**

Zidovudine(AZT)	300 mg. VO por la mañana y 300 mg. VO en el almuerzo
Lamivudine(3TC)	150 mg. VO por la mañana y 150 mg. VO en el almuerzo
Nelfinavir(NFV)	800 mg. VO cada 8 horas
Ritonavir (RTV)	30 mg/kg/VO cada 8 horas

Fuente: Normas técnicas de Ministerio de Salud y Deportes Programa Nacional ITS/VIH-SIDA

Como alternativa se puede utilizar el siguiente:

**Cuadro N° 8 Prevención Para Adultas, Adolescentes y Gestantes:
Tratamiento por cuatro semanas**

Zidovudine (AZT)	300 mg. VO por la mañana y 300 mg. VO en el almuerzo
Lamivudine(3TC)	150 mg. VO por la mañana y 150 mg. VO en el almuerzo
Nelfinavir(NFV)	800 mg. VO cada 8 horas

Fuente: Normas técnicas de Ministerio de Salud y Deportes Programa Nacional ITS/VIH-SIDA

2.3.4. Orientación

- Informar a la víctima, o algún adulto/a en caso de adolescentes la importancia de la profilaxis del VIH, sus beneficios, sus efectos secundarios, el esquema de administración, eficacia y duración del tratamiento.
- Verificar la comprensión de la información y el consentimiento de uso.

- Es importante que se identifique, conjuntamente con la víctima, las rutinas diarias de la misma, para adecuar el esquema de administración de los antirretrovirales y prevenir el abandono de la medicación.
- Sugerir que se utilicen recordatorios, como letreros, señales, alarmas, etc., para cumplir el horario establecido.
- Orientar a la mujer o adolescente que en caso de reanudar su actividad sexual, debe utilizar condón masculino o femenino hasta 6 meses después del hecho de violencia sexual. Este tiempo estará condicionado a los resultados laboratoriales de seguimiento.
- Considerar el impacto que podría tener un resultado positivo de VIH.
- En caso de que la mujer estuviese dando de lactar, es importante, informar sobre la posibilidad de la transmisión vertical y de los efectos secundarios de los antiretrovirales en el niño/a.
- Informar sobre la importancia de recurrir a la consulta en caso de reacciones adversas a la medicación.

3. RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS MÉDICO LEGALES

3.1. Toma de muestras y colecta de evidencias biológicas en víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

El marco teórico presentado a continuación (ROCABADO, et al, 2004) servirá de apoyo al/el médico/a del servicio de salud que, previa solicitud judicial, deberá recolectar evidencias médico legales y elaborar un certificado médico, siempre y cuando no se cuente con un médico forense, como ocurre en ciudades intermedias y en el área rural.

Las agresiones sexuales constituyen un tipo de delito que exige una información muy particular tanto de los hechos como de la víctima, y una colección de muestras muy estandarizada. A continuación se detalla la información requerida y las muestras que son imprescindibles para llevar a cabo una investigación adecuada sobre este tipo de agresión a través del análisis de ADN.

3.1.1. Documentación Requerida

Para poder realizar una selección adecuada de las muestras que se deben analizar y valorar (que suele ser bastante complejo en este tipo de casos), es imprescindible conocer una serie de datos sobre los hechos y la víctima. El médico/a debe obtener esa información y remitirla junto con las muestras, en un formulario en el que deben constar los siguientes datos:

FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS PARA AGRESIONES SEXUALES**Datos de la víctima:**

- Edad:
- Sexo:
- Grupo poblacional:
- Relaciones sexuales próximas a la agresión:
- Uso de productos vaginales (lubricantes, desodorantes, etc):
- Si se ha lavado antes del reconocimiento:
- Si lleva la ropa de la agresión:

Datos de la agresión

- Lugar de los hechos.
- Fecha y hora de los hechos:
- Tiempo aproximado transcurrido entre los hechos y la toma de muestras:
- Tipo de agresión:
 - Penetración vaginal, anal y/o bucal.
 - Introducción de objetos, vaginal o anal.
 - Otros: cunnilingus, fellatio, tocamientos, etc.
- Relación de parentesco víctima-agresor
- Si hubo preservativos
- Si hubo eyaculación y si fue interior o exterior

Un listado de las muestras de referencia y de los indicios biológicos remitidos, donde deben especificarse los siguientes datos:

- Número de referencia de la muestra:
- Tipo de muestra (sangre, saliva, pelos):

- Nombre de la persona a la que se realiza la toma:
- Relación con el caso (víctima, sospechoso):

Datos de la cadena de custodia

En todos los formularios debe aparecer un apartado dedicado a la cadena de custodia donde debe constar:

- Nombre o identificación y firma de la/s persona/s responsable/s del recojo de muestras:
- Fecha y hora del recojo:
- Condiciones de almacenaje de las muestras hasta su envío al laboratorio:

Este formulario ha sido diseñado según el modelo propuesto por la comisión de trabajo de ADN de la GEP-ISFG (Grupo Español y Portugués de la Sociedad Internacional de Genética Forense) el año 2000.

3.2. Examen ginecológico**3.2.1. En una mujer virgen**

En las primeras relaciones sexuales, lo más común es que el himen (formación membranosa que ocluye parcialmente el orificio externo de la vagina) se desgarre, provocando sangrado generalmente escaso, con inflamación y tumefacción de la zona.

Para realizar el examen del himen de manera adecuada, se recurre a dos maniobras:

- 1) La maniobra de las riendas, que consiste en tomar los labios mayores con los dedos índice y pulgar traccionándolos simultáneamente hacia delante y a ambos lados de la vagina, con lo que el himen quedará expuesto.
- 2) Otra maniobra, menos recomendable, pero efectiva, es invitar a la víctima a que puje, como si estuviera defecando, el himen es protruido, quedando igualmente expuesto.

Los desgarros himeneales, curan y cicatrizan en un periodo de cinco a siete días después de ocurrido el hecho, siendo más difícil su diagnóstico en los últimos días, ya que una vez cicatrizados, no es posible determinar la data del hecho, o si fue provocado en una primera relación sexual. Se informará como desgarros antiguos.

La ubicación de los desgarros, se los describe tomando en cuenta las manecillas del reloj. La literatura médica especializada, describe la ubicación de los desgarros de acuerdo al tipo de himen: desgarros en horas 5 y 7 en el himen semilunar, desgarros en horas 2, 4, 8 y 10 en el himen anular y desgarros en horas 3 y 9 en el bilabiado.

En la práctica diaria se observa que la ubicación de los desgarros es impredecible. No se puede hacer una afirmación, en el sentido que ante un tipo de himen, se produzcan desgarros en determinadas horas.

3.2.2. En una mujer desflorada

Cuando la mujer, víctima de violencia sexual, tiene vida sexual activa o tuvo relaciones sexuales anteriores y/o partos ya no se producen desgarros, los ya existentes se encuentran totalmente cicatrizados, y no brindan información acerca del hecho. En estos casos es imprescindible y valioso el examen de laboratorio que reporte presencia de líquido seminal en cavidad vaginal, única prueba que demuestra un hecho de agresión sexual.

En ambos casos, tanto en la mujer virgen como en la mujer desflorada, pueden ocurrir desgarros en las paredes de la vagina, fondos de saco y especialmente en la horquilla posterior, pudiendo comprometer además el tabique recto vaginal, cuando hay desproporción entre el pene y la cavidad vaginal, especialmente en niñas, o cuando se ejerce violencia extrema, más aún si hay multiplicidad de agresores, o cuando se introduce un objeto, e incluso la mano.

En un caso de muerte de persona por complicaciones secundarias a agresión sexual en una persona menor de 17 años de edad, a la autopsia observamos desgarros de grandes dimensiones en paredes de la vagina con compromiso de fondos de saco y tabique recto vaginal. El agresor, novio de la muchacha, en un ataque de celos al sorprenderla manteniendo relaciones sexuales con otra persona, le introdujo la mano en el conducto vaginal, para luego retirarla violentamente en puño.

Asimismo, es recomendable no realizar tacto vaginal, especialmente si al examen, se observa himen indemne. En otro caso, ante la denuncia de un hecho de violencia sexual en el área rural, con el médico inexperto en este campo, se procedió a realizar tacto vaginal en una menor de seis años, virgen, provocándole desgarros, no porque existió el hecho, sino por la maniobra del médico.

En casos muy puntuales realizamos tacto vaginal, ante la sospecha de himen complaciente. También es recomendable usar un espéculo cuando se observa presencia de sangrado transvaginal, para determinar origen y causa; puede tratarse de desgarros en genitales internos.

3.2.3. Exploración anorectal

Parece ser que el 95% de las mujeres que han sufrido un coito anal forzado niega su existencia y que el 65% de las víctimas de agresiones sexuales, ha sido penetrada por esta vía. Por ello, aunque la persona lo niegue, bien por vergüenza, bien por no haberse dado cuenta debido a las circunstancias, es necesario examinar esta región anatómica.

A diferencia de la penetración vaginal, toda penetración anal no consentida deja inevitablemente lesiones de mayor o menor intensidad, debidas a la contracción esfinteriana.

Para la exploración, la persona debe colocarse en "posición de plegaria mahometana" OJO!!o genu - pectoral. La intensidad de las lesiones dependerá de la desproporción del volumen entre las partes anatómicas, consisten en excoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas de la mucosa y de los pliegues radiados de la piel, si bien tales señales suelen desaparecer sin dejar rastros. Pueden haber alteraciones funcionales concomitantes, consistentes en parálisis del esfínter anal con dilatación y disposición del embudo del ano, consecuencia de una contractura refleja del músculo elevador.

3.3. Recolección de Indicios Biológicos en el Cuerpo de la Víctima

- a) **Manchas de sangre, semen u otros fluidos biológicos:** Se debe recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada. Limpiar todo el área presionando suavemente y si es posible con un solo hisopo.
- b) **Saliva en marcas de mordeduras:** Este tipo de evidencias es importante considerarlas. Una vez que se ha localizado esta región se deberá recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada, limpiando de forma circular la marca dejada por los dientes y toda el área interior.
- c) **Uñas:** Para tomar estas tipo de evidencias es muy importante examinar las manos y uñas de la víctima, recogiendo con una pinzas los pelos o fibras que puedan existir y posteriormente cortar el borde superior de las uñas para analizar en el laboratorio la posible presencia de restos de sangre y piel.
- d) **Pelos dubitados:** Deben ser recogidos con unas pinzas con punta protegida de polietileno, colocando cada pelo o grupo de pelos (diez) en un papel pequeño blanco que será doblado con cuidado e introducido en una bolsa de papel para su posterior remisión al laboratorio.
- e) **Recogida de indicios biológicos:** La selección de indicios biológicos, se realizará teniendo en cuenta los antecedentes y datos aportados por la víctima. En este tipo de tomas es fundamental numerar los hisopos, para comenzar los análisis por el que haya sido recogido en primer lugar.

3.4. Recogida de Muestras Indubitadas en Personas Vivas

Sangre: Es la muestra indubitada clásica utilizada para el análisis de ADN, y se puede obtener por:

- **Punción venosa:** muestra de unos 5 ml de sangre que debe introducirse en un tubo que contenga un anticoagulante tipo EDTA. Si se requiere sangre para la realización de otro tipo de análisis (toxicológico, serológico) deberán recogerse muestras adicionales de sangre.
- **Punción dactilar:** con una aguja o lanceta quirúrgica nueva, se pincha la cara anterior de algún dedo de la mano y se depositan las gotas de sangre sobre un papel secante. Lo normal es depositar 3-4 gotas de sangre y dejarlas secar a temperatura ambiente en un lugar protegido.
- En la actualidad existen kits estandarizados para este tipo de tomas. Se destaca entre estos las tarjetas de papel FTA, material especialmente tratado en el que se seca la sangre, se lisan las células y se extrae sus componentes, quedando fijado exclusivamente el ADN. Estas tarjetas poseen la ventaja de su fácil transporte y conservación.
 - **Células epiteliales bucales (Saliva):** obtenidas frotando la parte interna de los carrillos con hisopos estériles en seco. Se realizan dos tomas: con un hisopo se frota la cara interna del carrillo derecho y con el otro, la cara interna del carrillo izquierdo. Los hisopos, correctamente identificados, deben dejarse secar a temperatura ambiente en un lugar protegido.
 - **Pelos:** siempre y cuando estos sean arrancados de su implantación ya sea del cuero cabelludo, de la región púbica o de la piel.
 - **Forma de Empaque:** todas las muestras deben ser empacadas en forma individual y, luego en conjunto, en sobres, cajas de papel, tubos y frascos de vidrio. No debe usarse material plástico porque descompone las muestras.

3.5. Informe Médico Legal

3.5.1. Certificado Médico

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el/la médico/a ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la

enfermedad. A diferencia del informe de una consulta, se lo escribe en fórmulas impresas por el Colegio Médico Nacional.

- En el Certificado Médico debe constar:
 - **Lugar y la fecha** de emisión del certificado médico.
 - **Nombre completo del profesional** quien realiza el certificado.
 - **Número de la matrícula profesional**, otorgada por el Ministerio de Salud y Deportes
 - **Matrícula del Colegio Médico Departamental** donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.
- El texto se puede iniciar en el embarazamiento. Certifica que:
 - Continuar con el inicio del certificado, redactando por ejemplo: *Haber realizado el examen físico al Sr. (a) <nombre completo del/la paciente>, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora de realizado el examen clínico.*
 - 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 a máquina de escribir o computadora, de lo contrario, a mano con letra legible y clara (de preferencia en letra de imprenta).
- Se concluye con la firma y sello del profesional que otorga el certificado médico.

3.5.2. Dictamen, Diagnóstico o Informe de una Consulta

Se conoce también como una opinión que da constancia escrita de un hecho o hechos que el/la médico/a ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad. Es un informe breve y 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, impone que dichos informes no puedan ser públicos salvo autorización expresa del mismo paciente o bajo requerimiento fiscal u orden judicial.

Todos estos documentos estarán firmados por un médico con matrícula profesional, excepto en los casos de violencia intrafamiliar, que de acuerdo a la Ley 1674, de 15 de diciembre de 1995, pueden ser emitidos también por el personal de salud (no médicos) y sanitarios.

“Art. 37, (Certificados Médicos).- Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.”

De acuerdo al 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 que los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada serán pasibles a multa y amonestación, sanciones que se registrarán en 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 consecuencia 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.”

3.5.3. Historia Clínica

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

Debe instruirse a personal involucrado - médicos/as, enfermeras/os, auxiliares y otro personal - actualizar sus nombres y apellidos completos para la elaboración del archivo clínico.

El archivo clínico debe estar bien organizado, sin manchas o borrones. El/la médico/a debe firmar todas las actuaciones, requerimientos, órdenes, solicitudes de exámenes de laboratorio y los tratamientos prescritos.

3.5.3.1. Aspectos Legales

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

En consecuencia, el hospital puede expedir **copias o resúmenes (epícrisis) 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, con autorización del interesado.
- 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.

3.5.3.2. 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, constituye una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo. En la medida en 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 originalmente no se elabora como elemento probatorio, asume este carácter cuando surge un conflicto médico legal. En ocasiones constituye prueba por sí misma cuando a través de ella se evidencia daño al paciente

por impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico. En casos donde no se observa, deduce o denota error alguno, solamente tiene carácter de indicio.

Por ser un instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión de los operadores de justicia, la historia clínica requiere una interpretación o “traducción” por parte del médico forense o del médico legista, para que pueda ser entendible y para que adquiera valor probatorio.

3.6 Informe pericial

El informe pericial, experticia o pericia, sea el oficial o de las partes, debe ser elaborado a requerimiento fiscal, orden judicial o tras autorización judicial a solicitud de los/as interesados/as. Consta de las siguientes partes:

- Parte inicial
- Parte expositiva
- Parte reflexiva
- Parte conclusiva

5.6.1. Modelo de informe pericial

El informe pericial contendrá la información del peritaje que se ha llevado a cabo previamente y, por tanto, es el instrumento de comunicación entre la Medicina Forense y el Derecho. Responde las cuestiones sobre las que se pregunta al perito, por lo que debe estar configurado y confeccionado de manera que proporcione información suficiente, precisa y objetiva para las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho (NUÑEZ DEL ARCO, 2004).

Parte Inicial

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

Contiene asimismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que ha solicitado dicho informe, así como referencias administrativas (numeración, fecha, etc.) del expediente o bien de los datos de archivo del Juzgado. Citando en ese caso textualmente lo que se solicita de la pericia del profesional médico.

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

Parte Expositiva

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde ha sido explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas. Asimismo, se incluye información sobre:

- **Antecedentes Personales:**
 - En este apartado se incluye información ordenada cronológicamente:
- **Aspectos Biográficos:**
 - 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/as hijos. etc.
- **Patobiografía:**
 - Incluye el historial patológico del informado y enfermedades padecidas tanto de naturaleza psíquica como orgánica.
 - Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados médicos, informes de médicos de empresa., etc.
 - 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 en la familia.

Parte Reflexiva

Es la evaluación que relaciona todos los datos obtenidos, junto a los resultados de los estudios y de otras pruebas médicas complementarias que se haya considerado oportuno practicar. Incluye comentarios y referencias a experiencias anteriores que justifiquen la parte conclusiva.

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 los cuales se solicita la pericia y es deseable establecer una conclusión en forma de diagnóstico en 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.

Si el dictamen o informe médico legal ha sido mal elaborado, será necesario elaborar otros informes aclaratorios o de ampliación.

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

La **ampliación** tiene por finalidad solicitar al perito profundice aspectos en los que fue omiso o demasiado parco.

4. EMBARAZO COMO RESULTADO DE ABUSO SEXUAL

Una de las consecuencias más complejas de la violencia sexual es un embarazo no deseado. Decidir continuar o no con el embarazo constituye una decisión muy difícil y su consideración suele constituir un segundo acto de violencia. Las connotaciones que surgen alrededor de un embarazo son de carácter psicológico, biológico y social.

El embarazo como resultado de violencia sexual es muy frecuente, la tasa varía entre el 1 y 5% (LATHROPE, 1998), por tanto, es importante aplicar los compromisos internacionales que prevén la interrupción del embarazo cuando las leyes así lo permiten.

En Bolivia la Ley contempla la interrupción del embarazo en las siguientes circunstancias:

Código Penal Boliviano, Artículo N° 266

"Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si éste no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso".

Es necesario destacar que a pesar de la Ley, en la práctica no se garantiza el derecho a un aborto seguro. La realización de abortos autorizados por Ley es dificultosa y se concretó de manera excepcional por los servicios públicos de salud.

Las consecuencias del incumplimiento de la Ley, ponen en riesgo la vida de miles de mujeres y comprometen el futuro reproductivo de tantas otras.

Es fundamental establecer que el aborto en casos de violencia sexual es un derecho de la víctima, quien debe ser informada de sus opciones de continuar o interrumpir el embarazo. Los servicios de salud deben estar capacitados para atender sus requerimientos. La decisión final constituye un derecho de la víctima.

HISTORIA CLÍNICA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Nombre Completo..... Sexo.....
 Edad..... C.I..... Expedido en.....
 Estado Civil..... Ocupación.....
 Fecha de la Historia Clínica.....
 Hora de elaboración de HC.....
 Fecha del Abuso Sexual.....
 Hora del hecho:.....
 Identificación del Agresor.....
 Parentesco con la Sobreviviente.....
 Numero de Agresores: Único..... Dos..... Grupo.....
 Agresiones sexuales anteriores:.....
 Nombre del Acompañante.....
 Parentesco del Acompañante.....
 Anamnesis:.....

 Menarquia.....
 F.U.M.....
 Última Relación Sexual.....
 Posibilidad de Embarazo: Alta Probabilidad.....
 Dudosa Probabilidad.....
 Baja Probabilidad.....
 Método Anticonceptivo.....
 Examen Físico:
 Estado General.....
 Estado de Conciencia.....
 Glasgow.....
Examen Área Extragenital
 Cabeza.....
 Oroscofia.....

 Cuello.....
 Tórax.....

 Aparato Cardiovascular.....
 P.A..... F.C..... F.R..... To.....

Abdomen.....

 Miembros.....

 Manos y Uñas.....

Área Paragenital
 Mamas.....

 Monte de Venus.....
 Muslos y Región Inguinal.....

 Glúteos.....
Área Genital
 Labio Mayores y Menores.....

 Clitoris.....
 Himen.....
 Vagina.....
 Secreciones.....
 Ano.....

 Dilatado..... Desgarros.....
 Plan de Tratamiento.....

 Recibió Anticoncepción de Emergencia:.....

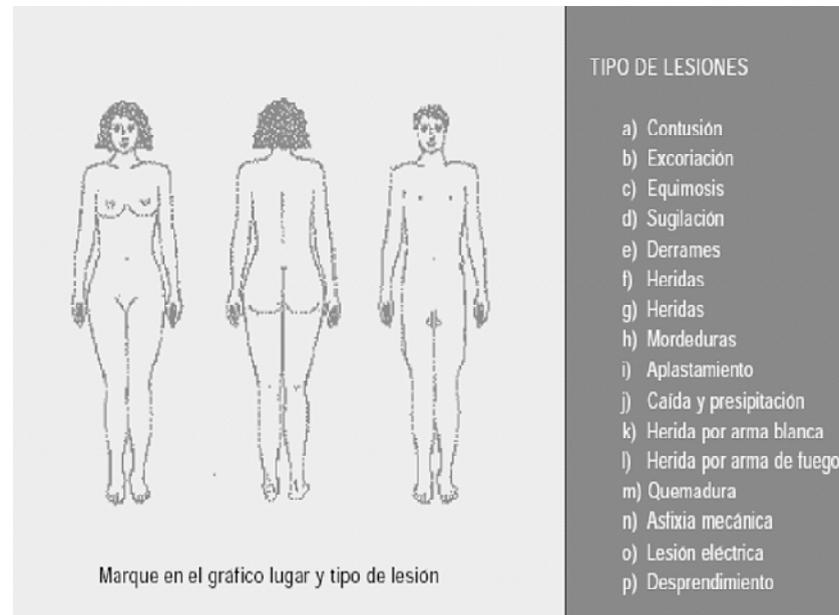
 Recibió Profilaxis de ITS, VIH, Hepatitis B.....
 Laboratorio.....
 Muestras recolectadas.....

 Referencias a otros servicios de salud, psicosociales o legales.....

 Diagnóstico Presuntivo.....

 Nombre y Firma del Médico.....
 Matrícula Profesional.....

Registro gráfico de lesiones



IV. Sistema Municipal de Información en Violencia

La falta de información concreta y real sobre la problemática de la violencia sexual e intrafamiliar, limita las posibilidades de visibilización social contribuyendo a la “naturalización” de estos hechos y posibilitando la reproducción de nociones de encubrimiento y tolerancia sociocultural. Si bien el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) cuenta con instrumentos que registran casos de violencia intrafamiliar, dicho registro no desagrega los tipos de violencia ni considera con la suficiente amplitud y profundidad la violencia sexual. Esta realidad tiende a marginalizar los casos de violencia sexual y, a su vez, frena su tipificación como problema epidemiológico.

1. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE REGISTRO E INFORMACIÓN

El objetivo es mejorar la calidad de los servicios integrales de atención a la violencia sexual, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos y decisiones de las víctimas, fortaleciendo las redes locales de prevención y atención y desarrollando sistemas locales de información efectivos, aportando de esta manera a una mejor toma de decisiones.

La boleta de registro es fruto de la revisión (validaciones y modificaciones) efectuada en los Talleres de Construcción del Sistema Municipal de Registro de Violencia, realizada en cinco municipios (VARGAS, L y GARCÍA, E, 2004).

2. RUTA CRÍTICA Y FORMA DE CONCENTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez que la víctima hace la denuncia, el servicio debe llenar la parte de los datos personales y la que corresponde a su sector y referir a la víctima al siguiente servicio con una copia del bloque de información general. Esto permitirá que la víctima relate sólo una vez su historia evitando su revictimación.

Se debe verificar que la boleta quede llena hasta el punto suficiente o hasta que la víctima abandone la ruta crítica. El abandono del proceso tiene diferentes motivos, pero mayormente se debe a que la víctima no encuentra respuestas efectivas en los sistemas de atención y justicia. La boleta puede detectar estas falencias para luego superarlas.

Es importante señalar que este sistema de información se halla enmarcado en nuestro ordenamiento jurídico y que, además de servir como fuente de información para la toma de decisiones, también es un instrumento para promover mejoras en el ordenamiento jurídico y en las normas de atención.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA DE LA BOLETA

La boleta está estructurada para un rápido llenado, esto es, para efectivizar el tiempo y para no agobiar a la víctima con cuestionamientos proclives a su revictimación; sin embargo, y tomando en cuenta estos criterios, es indispensable registrar la mayor cantidad posible de datos.

La boleta está dividida en diez partes, dos de las cuales deben ser llenados exclusivamente por personal especializado en psicología y salud (parte 5 de Violencia Psicológica y partes 6 y 7 de Violencia Física y Sexual respectivamente). A continuación hacemos una breve descripción de la estructura de la boleta subrayando su importancia como instrumento de registro.

1. **Datos institucionales:** la primera parte de la boleta consigna los datos generales de la institución donde llega o es remitida la víctima. Su importancia radica en que permite realizar el seguimiento y establecer la ruta crítica que sigue la víctima, constituyendo la primera noción de referencia y registro de la atención y los espacios donde la víctima prefiere denunciar. Asimismo permite establecer el ritmo de los ciclos de violencia, el control de las acciones de la víctima, la solidaridad de otras personas con el problema y el nivel de cumplimiento de la ley.
2. **Datos de la persona agredida:** consigna la información general de la persona agredida, su identificación, su situación socioeducativa y la determinación de situaciones de violencia anteriores. Además de evitar un doble registro, las variables consignadas ayudarán a identificar las edades de mayor incidencia de la violencia, la condición civil, ocupacional y el nivel de instrucción de los grupos más afectados, el número de niños y niñas que viven en hogares violentos; permitirán establecer los ciclos de violencia permanente que requieran acciones sostenidas de recuperación y, finalmente, los lugares y las veces en que las víctimas acuden a denunciar.

3. **Datos de la persona agresora:** la tercera parte de la boleta está destinada a consignar la identidad y datos generales de la persona agresora, proporcionando un perfil de la misma. Permite cruzar información con otras denuncias, tener un conocimiento de las edades más frecuentes de personas agresoras, medir la incidencia, porcentaje y edad en que hombres o mujeres ejercen violencia; diferenciar a los/as agresores/as por tipo de ocupación, nivel de instrucción y, finalmente, establecer el parentesco entre el/la agresor/a y la víctima.
4. **Características del hecho:** registro de los detalles más relevantes del hecho de violencia. Su importancia radica en la visualización de los diferentes tipos de violencia y sus diversas combinaciones (p.ej. física y sexual); por otro lado, otorga una visión de la calidad de los servicios al consignar la hora y el día del hecho y medir el tratamiento en el marco del protocolo de atención dentro de las 72 horas (emergencia médica). Las variables consignadas en la boleta ayudan a precisar el lugar de los delitos y a establecer patrones de conducta, definir el perfil y modus operandi del agresor y el estado de la víctima. Asimismo, el registro de testigos además de tener relevancia jurídica también permitirá estimar el nivel y compromiso de la ciudadanía.
5. **Violencia psicológica:** las variables de este acápite de la boleta intentan escrutar el tipo de agresiones psicológicas y el estado psicológico de la víctima al momento de realizar la denuncia. Asimismo, existe un espacio específico para personas menores de 18 años, que jurídicamente tiene otras connotaciones en los procesos judiciales.
6. **Violencia física:** el registro de las lesiones en la boleta se realiza tomando en cuenta partes referenciales del cuerpo: cabeza, rostro y cuello; torso, extremidades superiores, extremidades inferiores. Asimismo, brinda la posibilidad de consignar violencia contra menores vinculados a la desprotección.
7. **Violencia sexual:** la séptima parte de la boleta está orientada a recabar elementos sobre las condiciones y elementos del hecho de violencia sexual. La importancia de recabar esta información radica en reconocer el tipo de violencia sexual para asumir medidas preventivas y coercitivas frente al hecho.

Las variables presentes en esta parte de la boleta también ayudarán a tomar medidas médico preventivas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Anticoncepción de Emergencia (AE). Por otro lado, la variable específica sobre la Interrupción Legal de Embarazo (ILE), conforme al Art. 266 del Código Penal Boliviano, permite conocer la decisión de las víctimas de continuar o no con el embarazo. La boleta comprende también el examen médico extragenital, paragenital y genital (para el llenado exclusivamente por el prestador de servicio en salud).

El registro de las lesiones es importante porque además de mostrar la gravedad de los hechos de violencia, y su emergencia médica, llevará a especializar a mayor número de servicios de salud en el tratamiento integral de la violencia basada en género y sobre todo en violencia sexual.

También cuenta con espacios diferenciados para consignar los tipos de evidencia médico legales y los lugares donde fueron recogidos, en caso de que la víctima desee realizar acciones judiciales.

8. **Referencia y contrarreferencia:** la importancia de la última parte de la boleta estriba en que se ofrecerá una visión precisa del estado de situación del funcionamiento de la red y la calidad de los servicios integrales.

En este momento se cuenta con un sistema informático que permite procesar reportes consolidados de los datos de la boleta, además de cruzar variables de acuerdo a las necesidades institucionales. Esta información es exportada a un sistema municipal que consolida la información de varias instituciones, realiza reportes y consolidados que, a la vez, se exportan a un sistema departamental para luego ser consolidados a un sistema nacional.

Glosario

ABANDONO

Se refiere al incumplimiento de obligaciones por parte de quien está comprometido a proveer cuidados y protección, y se puede manifestar en diferentes aspectos: en la alimentación, control o cuidados rutinarios, en atención emocional, necesidades médicas, vestido, vivienda y otros. Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres (Versión preliminar).

ABORTO

Es la pérdida del producto de la concepción antes de la 22ava semana de gestación o cuando el peso fetal es menor a 500 gramos (OMS/OPS 1999).

ABORTO COMPLETO

Cuando se expulsa la totalidad del contenido uterino, el feto y sus anexos (Ginecología, Pérez Sánchez Alberto, 1997).

ABORTO EN CURSO, INMINENTE O INEVITABLE

Se considera aborto en curso inminente o inevitable cuando alguna de las siguientes condiciones esté presente: ruptura franca de las membranas ovulares con pérdida del líquido amniótico, hemorragia profusa o no, dilatación cervical que puede estar acompañada con dinámica uterina (Ginecología, Pérez Sánchez, Alberto. 1997).

ABORTO IMPUNE

Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro incesto no se aplicara sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso (Art. 266 Código Penal Boliviano)

ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión incompleta del feto o de sus anexos. También se denomina restos de aborto (Ginecología, Pérez Sánchez, Alberto. 1997)

ABORTO SÉPTICO

Es el aborto complicado con un proceso infeccioso que puede ser localizado, propagado o generalizado que compromete severamente el estado de la paciente (Ginecología, Pérez Sánchez, Alberto. 1997)

ABUSO DESHONESTO

Son actos libidinosos que no constituyan acceso carnal, es decir penetración. Comprende tocamientos impúdicos, como el manoseo e incluso el roce o frotamiento con el pene sobre las partes del cuerpo, sin que haya penetración (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACCESO CARNAL

Es la penetración o introducción del pene en la cavidad vaginal o anal (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACCION PENAL

La acción penal será pública o privada (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACCION PENAL PRIVADA

La acción penal privada será ejercida exclusivamente por la víctima, conforme al procedimiento especial regulado en este Código. En este procedimiento especial no será parte de la Fiscalía (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACCION PENAL PUBLICA

Será ejercida por la Fiscalía en todos los delitos perseguibles de oficio sin perjuicio de la participación que el Código reconoce a la víctima.

La acción penal pública será ejercida a instancia de parte sólo en aquellos casos previstos expresamente en este Código.

La acción penal pública no se podrá suspender, interrumpir ni hacer cesar, salvo en los casos expresamente previstos por la ley (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACCION PENAL PUBLICA A INSTANCIA DE PARTE

Cuando el ejercicio de la acción penal pública requiera de instancia de parte, la Fiscalía la ejercerá una vez que ella se produzca, sin perjuicio de realizar los actos imprescindibles para conservar los elementos de prueba, siempre que no afecten el interés de la víctima. La instancia se ha producido cuando se formule la denuncia del hecho.

El fiscal la ejercerá directamente cuando el delito se haya cometido contra:

1. Una persona menor de la pubertad
2. Un menor o incapaz que no tenga representación legal
3. Un menor o incapaz por uno o ambos padres, el representante legal, o el encargado de su custodia, cualquiera sea el grado de su participación

La instancia de parte permitirá procesar al autor y a todos los partícipes sin limitación alguna (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACEPTAR

Actitud positiva de acogida y/o apertura, hacia algo, un hecho, un juicio, una idea, una creencia, o a alguien. La aceptación se manifiesta a través de conductas de acercamiento o aproximación hacia el objeto aceptado y puede originar en el sujeto procesos de asimilación con lo aceptado (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACOSO SEXUAL

Ocurre en cualquier momento donde una persona involuntaria es intimidada a actividades sexuales por otra persona que se encuentra en posición de poder o dominación, la negación de la víctima puede tener consecuencias económicas, profesionales o sociales. (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACTOS OBSEOS

El que en lugar público o expuesto al público realizare actos obscenos o los hiciere ejecutar por otro (Código Penal Boliviano).

ANESTESIA GENERAL

Estado de inconsciencia y pérdida completa de sensibilidad producido por la administración de un anestésico por inhalación o por vía intravenosa o intramuscular; también denominada anestesia quirúrgica. (Diccionario Médico de Dox Melloni Eisner, 1983)

ANESTESIA LOCAL

Abolición parcial de la sensibilidad, realizada en una zona limitada del cuerpo, provocada artificialmente. (Diccionario Médico de Dox Melloni Eisner, 1983)

ANTICONCEPCION

Conjunto de métodos u opciones que permite a las parejas y/o individuos, ejercer sus derechos reproductivos y regular su fecundidad cuando lo deseen. (Norma Boliviana para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, 1998)

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

Es un método anticonceptivo que previene del embarazo no deseado, si se lo toma hasta 72 horas después una relación sexual no protegida y en fechas de peligro de embarazo (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Procedimiento quirúrgico ambulatorio, utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo con úteros compatibles por fondo uterino de hasta 12 semanas de gestación, incluyendo biopsia de endometrio, mediante la aspiración del contenido uterino con jeringa y cánulas flexibles de Karman o cánulas EasyGrip (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

AUTOESTIMA

Es el conocimiento, la aceptación el respeto y la afirmación que cada persona tiene de sí mismo/a a través del análisis de los propios valores y del reconocimiento de sus potencialidades y carencias (CAIA, Manual de Capacitación a Adolescentes).

AUTORITARISMO11

Toda utilización deformada, excesiva de la autoridad por parte de quien la ejerce.

BIOETICA

Es una subdivisión del cuerpo de la ética, se refiere a las relaciones entre proveedores de servicios de salud y quienes los reciben, aborda aspectos clínicos y de atención en salud, la investigación con seres humanos y animales y de las políticas de salud y medio ambiente. (PROFAMILIA, Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho).

CALIDAD DE ATENCION

La calidad de atención es una filosofía de atención integral y humana orientada hacia la satisfacción de las/los usuarios/as. Permite mejorar los niveles del servicio integral para hombres y mujeres mediante cambios en las relaciones personales, así como en las prácticas administrativas y técnicas. La atención con calidad potencia la responsabilidad, conocimiento y autonomía del/la usuario/a, su autoestima, y el ejercicio de su dignidad y sus derechos (CIDEM - FHI, Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva, 1999)

CAPACITACION

La capacitación es un proceso educativo que permite desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas dirigidas a comprender y transformar comportamientos y actitudes en uno/a mismo/a y en su relación con los demás (Componente Educativo, UNFPA).

CERTIFICADO MEDICO

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el profesional ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio u otros realizados al paciente o por haber sido testigo de la enfermedad, se encuentra en un formulario emitido por el Colegio Médico de Bolivia (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

COACCION

Es la acción de intimidación a una persona para que participe de un acto sexual, si hubiere negación puede ser sujeta de represalias económicas, profesionales y/o sociales. La persona que coacciona está en posición de poder o de dominación (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

CODIGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

Establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia (Código de Familia).

COMUNICACIÓN

Es un proceso en constante cambio en el que dos o más personas intercambian ideas, pensamientos, experiencias, deseos, sentimientos e información en condiciones de mutuo respeto. Es un proceso de ida y vuelta de manera intercalada, es decir "alguien que dice algo por medio de algo a alguien" (CAIA, Manual de Comunicación).

CONDUCTAS VIOLENTAS

Todos los seres humanos, como parte de la sexualidad, acumulan tensiones y agresividad en sus actividades cotidianas, lo importante es, cómo los seres humanos manejan esas agresividades y tensiones, es decir cómo las descargan o neutralizan, algunas personas lo hacen, mediante actividades deportivas, religiosas o recreacionales, otras pueden recurrir al llanto como forma natural para descargar tensiones, pero muchas personas, especialmente hombres, lo hacen mediante conductas violentas (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

CONSENTIMIENTO

Cuando la persona está de acuerdo con el ejercicio sexual sin mediar fuerza o coacción (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento de autorización al personal médico para realizar los procedimientos necesarios y convenientes en procura de restablecer la salud de la mujer. Deslindando de toda responsabilidad por cualquier complicación o fallecimiento no controlables o imprevisibles. Autorización firmada por la mujer o un familiar de la misma, o ambos (CICAPA).

CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

Establece el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad de todo ser humano. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de la infancia y defenderá los derechos del niño. Establece derechos y garantías y consagra principios y procedimientos que garantizan la libertad individual (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar)

CORRUPCION DE MENORES

El que mediante actos libidinosos o por cualquier otro medio, corrompiera o contribuyera a corromper a una persona menor de 18 años (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Es competente para conocer la sustanciación y resolución de:

1. Los recursos de casación
2. Los recursos de revisión de sentencia condenatoria ejecutoriada
3. Las solicitudes de extradición

(Nuevo Código de Procedimiento Penal).

CULTURA

Es un instrumento poderoso que modela la personalidad de hombres y mujeres, influyendo en su manera de razonar, en las representaciones sociales, en la escala de valores o principios, prejuicios mitos, costumbres, creencias, tradiciones e ideas que comparte una determinada sociedad y que operan como parámetros de conducta. Estas costumbres recibidas y usadas al interior de un grupo social, adquieren fuerza de derecho al estar ratificadas por el consenso social (Graciela Ferreira).

CULTURA

Sistema de usos, costumbres y relaciones, tradicionalmente enraizadas, que da al individuo el sentido de su existencia en su medio.

CULTURA DEL TERROR

La extorsión, el insulto, la amenaza, la bofetada, la paliza, el azote, el cuarto oscuro, la ducha helada, el ayuno obligatorio, la prohibición de salir, la prohibición de decir lo que se piensa, la prohibición de hacer lo que se siente y la humillación pública son algunos de los métodos de penitencia y tortura tradicionales en la vida de la familia. Para castigo de la desobediencia y el escarmiento de la libertad, la tradición familiar perpetúa una cultura del terror que humilla a la mujer, enseña a los hijos a mentir y contagia la peste del miedo (Eduardo Galeano, El Libro de los Abrazos).

DEBILIDAD

Aspecto en que alguien o algo se muestra débil. Calidad o condición de el/ella que tiene poca fuerza.

DENUNCIA INMEDIATA

Denuncia de un episodio de violencia sexual dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, en estos casos se cuenta con el tiempo suficiente para prevenir embarazos, ITS, VIH y colección de muestras recientes (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

DENUNCIA TARDIA

Denuncias que se interponen después de las 72 horas de ocurrido el episodio de violencia sexual, en estos casos no se cuenta con el tiempo suficiente para prevenir embarazos, ITS, y VIH (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

DERECHOS HUMANOS

Son un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad,

la libertad, y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre los derechos humanos, entre ellos: el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de información, educación y los medios para ello. El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (Plataforma 95; CIPD Principio; CMDX Programa; CED 1.995)

DERECHOS SEXUALES

Incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia (CCMM Plataforma 1996).

DETECCION DE LA VIOLENCIA

Actividades de la política de detección de la violencia, especialmente en el registro e información de la atención para la formulación de políticas (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

DISCIPLINA

Orden y forma de conducta impuestos mediante leyes y normas precedentes de la autoridad competente o autoimpuestas, así como el modo de actuar acorde con tales normas y leyes.

DISCRIMINAR

Marginar a una persona del resto del grupo al que pertenecía. No aceptación, por parte de un grupo, de otros individuos con características diferentes a las suyas.

EDUCACION SEXUAL

Es un proceso a través del cual las personas aprenden a desarrollar actitudes y valores que les permiten asumir y vivir su sexualidad y la de otros en forma sana, placentera y responsable. Brindar educación sexual no es inmiscuirse en la intimidad de las personas, sino darles conocimientos y armas necesarias para que puedan decidir y actuar con libertad y res-

ponsabilidad y no se por instinto. Para la educación sexual el conocimiento es importante y debe ser el punto de partida. La mayor parte de las actitudes inadecuadas se basan en conocimientos equivocados, la privación cultural, la ignorancia de la fisiología sexual, los peligros y cuidados constituyen el fondo de la mayoría de las alteraciones en asuntos sexuales (Master y Jonson, 1967).

ELECCION INFORMADA

Proceso por el cual una persona toma una decisión sobre su atención en salud. Debe estar basada en el acceso a toda la información necesaria y la plena comprensión desde su punto de vista. El proceso debe resultar en una decisión libre e informada de la persona acerca de si desea o no recibir servicios de salud y, si es así, qué método o procedimiento de anticoncepción (planificación familiar) va a ser suministrado, el proveedor tiene la responsabilidad de facilitar el proceso de elección informada (Elección Informada, AVSC Internacional, 1998)

ENSEÑAR

Es comunicar los conocimientos aprendidos y aprender es adquirir nuevos conocimientos o fortalecer los anteriores en la interrelación entre el facilitador/a y los y las participantes, de manera que todos enseñan y aprenden, rescatando las experiencias vividas por cada uno/a (Componente Educativo UNFPA).

ESTUPRO

Es el acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de 14 años y menor de dieciocho, mediante seducción o engaño (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ETICA

No es una disciplina específica, es más bien múltiple al ser constituida por la intervención de varias ciencias y disciplinas, como la filosofía, la biología, las ciencias de la salud, el derecho y otras, se alimenta constantemente con el avance y las nuevas perspectivas que se van desarrollando en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (PROFAMILIA. Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho).

EVALUACION

Actividad sistemática y continua, integrada dentro de un proceso que tiene por objeto proporcionar la máxima información para mejorar este proceso, reajustando sus objetivos, revisando críticamente planes y programas, métodos y recursos.

FACILITADOR

Alguien que hace más fácil conseguir un objetivo. El papel del facilitador/a en el proceso de aprendizaje es muy importante porque además de conocer el tema, debe promover la participación para fomentar la reflexión y conducir a la discusión colectiva en un ambiente permanente de construcción de conocimientos en un intercambio horizontal de saberes acumulados, bajo el supuesto que nadie tiene la verdad absoluta, en el marco del respeto (Componente Educativo, UNFPA).

FORENSE

Médico forense que ejerce sus funciones por delegación judicial o municipal (Diccionario Larousse).

FORTALEZA

Aspecto en que alguien o algo se muestra fuerte. Condición de cualidad necesaria para realizar una acción.

GENERO

El género es una construcción, social, cultural e histórica que asigna ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Las personas nacemos con la diferencia de sexo, la adscripción de características de género es construida socialmente. (CIDEM - FHI, Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva, 1999)

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación manifestada por hemorragia genital, con o sin expulsión del producto de la concepción, que pone en riesgo la vida de la madre (Ipas).

HIMEN

Formación membranosa que ocluye parcialmente el orificio externo de la vagina (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

INFORMACIÓN

Como un proceso de comunicación unidireccional, consiste en la transmisión de ideas, expresiones y conceptos a una persona o un grupo de personas con el objetivo de promover y dar a conocer temas de salud. La información específica sobre anti-concepción implica dar a conocer los métodos anticonceptivos que existen, puede hacerse por diferentes medios y como un proceso individual y grupal, no obstante, la sola información no ayuda a la elección de un método anticonceptivo.

INFORMACIÓN

Es un proceso de transferencia de datos de un emisor a un receptor. La emisión es unilateral, es decir, sólo el emisor transfiere mensajes, siendo el receptor un participante pasivo.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Se orienta a que la víctima y la familia reconozcan la existencia del problema, la necesidad de solucionar la crisis, concretizar la toma de acciones para modificar comportamientos en la víctima y en el entorno.

INVESTIGACIÓN

El Ministerio Público tendrá la responsabilidad de crear, en coordinación con la Policía Nacional equipos interdisciplinarios que colaboren en la investigación de las denuncias de delitos contra la libertad sexual (Código Penal Boliviano).

JUECES CIUDADANOS

Para ser juez ciudadano se requiere:

- Ser mayor de 25 años
- Estar en pleno ejercicio de los derechos ciudadanos
- Tener domicilio conocido
- Tener profesión, ocupación, oficio, arte o industria conocidos (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

JUICIO ORAL Y PÚBLICO

El juicio es la fase esencial del proceso. Se realizará sobre la base de la acusación, en forma contradictoria, oral, pública y continua, para la comprobación del delito y la responsabilidad del imputado con plenitud de jurisdicción (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

JURISDICCION

Corresponde a la justicia penal el conocimiento exclusivo de todos los delitos, así como la ejecución de sus resoluciones, según lo establecido en el Código. La jurisdicción penal es irrenunciable e indelegable, con las excepciones establecidas en el Código (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

JUSTICIA

Es el principio ético que el derecho y las instituciones legales como los tribunales buscan aplicar (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

Procedimiento quirúrgico hospitalario utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo hasta las 22 semanas de gestación, incluyendo biopsia de endometrio, mediante la extracción del contenido uterino con curetas metálicas (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

LEY DE PROTECCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano (Código Penal Boliviano).

MALTRATO INFANTIL

Es toda forma de perjuicio o abuso físico psicológico, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluida la violencia sexual, mientras la niña niño o adolescente se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Diagnóstico y Abordaje del Maltrato Infantil en Bolivia).

MIEDO

Reacción emocional natural ante amenazas reales o imaginarias que tiene la función adaptativa de preparar fisiológicamente al organismo para una posible huida.

MODELO INTEGRAL DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN A LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Es un proceso de atención, preventivo y curativo para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo como una forma de reducir la morbimortalidad materna y está constituido por cinco elementos: Vinculación entre la comunidad y proveedores de servicios; Orientación, Tratamiento del aborto incompleto y de alto riesgo; Servicios de anticoncepción en el post aborto y anticoncepción de intervalo; Vinculación con servicios de Salud reproductiva y Salud Integral (Ipas).

MORBILIDAD

La morbilidad consta de la incidencia y de la prevalencia. La incidencia trata de los casos nuevos de enfermedad adquiridos durante un determinado período. La prevalencia tiene que ver con la existencia de casos (nuevos y viejos) de enfermedad en un determinado momento o en un determinado período (Fundamentos de Epidemiología, Karl-Martin Colimon, 1990)

MORTALIDAD

Los aspectos de mortalidad se refieren a los sujetos que mueren en un determinado lugar a consecuencia de cualquier patología o por una causa específica, durante un período dado (Fundamentos de Epidemiología, Karl-Martin Colimon, 1990)

NORMA

Documento establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para uso común o repetido, reglas, lineamientos y/o características para actividades o sus resultados, garantizando un óptimo grado de orden en un contexto dado (IBNORCA. Normalización y actividades relacionadas, Guía Boliviana NB/150/IEC 2. 1998)

ORIENTACIÓN

La orientación permite a mujeres, hombres y adolescentes, una elección libre e informada, facilita su participación en el auto-cuidado, mejora la satisfacción con el método (aceptación de los posibles efectos secundarios), mejora el modo de uso del MAC (instrucciones y seguimiento) y mejora la satisfacción con el servicio recibido. Para una orientación efectiva es necesario tener en cuenta los 5 pasos, para su aplicación el/la orientador/a debe desarrollar destrezas y habilidades de comunicación interpersonal. No debe enfocarse solo al uso de métodos anticonceptivos pues es necesario tomar en cuenta otros aspectos fundamentales de la salud sexual y salud reproductiva como ITS, sexualidad, cáncer cérvico uterino y de mama, inmunización con toxoide tetánico y micro nutrientes entre otros. El/la proveedor/a debe conocer y enfocar la orientación en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta las normas establecidas de orientación del Ministerio de Salud y Deportes en el "Texto de Referencia de Salud Sexual y Reproductiva" vigente.

ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

Es una interacción de persona a persona a través de la cual el/la proveedor/a de salud (orientador/a) asiste a la mujer, hombre o pareja a elegir el método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características de la persona y del método. Implica respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de la persona para tomar decisiones. (Díaz, M y Cabral, F, 2001. "Optimizando la Calidad y Humanizando la Atención en Planificación Familiar y Otros Componentes de la Salud Sexual y Reproductiva" Proyecto Reprolatina, Population Council, U. de Michigan).

POLICIA NACIONAL

La Policía Nacional, en la investigación de los delitos, se encargará de la identificación y aprehensión de los presuntos responsables, de la identificación y auxilio de las víctimas, de la acumulación y seguridad de las pruebas y de toda actuación dispuesta por el fiscal que dirige la investigación, diligencias que serán remitidas a los órganos competentes (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

PREVENCIÓN

La prevención entendida como acciones destinadas a evitar que suceda determinado problema o fenómeno. Preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos; Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

La prevención de la violencia es una actividad que adquiere importancia, se le asigna mayor esfuerzo en las acciones a los sectores encargados de la atención a víctimas de violencia sexual (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar)

PROCEDIMIENTO

Método, operación o serie de operaciones con que se pretende obtener un resultado. Modo de ejecutar alguna cosa. Modo de practicar una operación; método; técnica. (Diccionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, 1992)

PROCESO

Evolución de un fenómeno a través de varias etapas conducentes a un determinado resultado.

PROCESO DE REORGANIZACIÓN PSICOLÓGICA

La mayoría de las víctimas experimentan una desorganización en su estilo de vida. El proceso de reorganización depende de tres factores:

- a) La propia resistencia del individuo
- b) El soporte social
- c) El apoyo de las primeras personas que tratan con la víctima

No todas las víctimas experimentan los mismos síntomas ni el mismo período de recuperación, ni siquiera la misma secuencia (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

PROFILAXIS

Preservación de las enfermedades (Diccionario Larousse).

PROTOCOLO

Conjunto de reglas que rigen el intercambio de información entre dos equipos o entre dos sistemas conectados entre sí, redactados como informes que se escriben inmediatamente después de realizado una intervención (Diccionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, 1992)

PROTOCOLO

Es la descripción de los procedimientos establecidos por una institución para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de acuerdo a enfermedades (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

PROXENETISMO

Quien mediante engaño, abuso de una situación de necesidad o de una relación de dependencia o de poder, violencia o amenaza, o por cualquier otro medio de intimidación o coerción, para satisfacer deseos ajenos o con ánimo de lucro promover, facilitar o contribuir a la corrupción o prostitución de persona de uno u otro sexo, o la obligara a permanecer con ella (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

REACCIÓN DEPRESIVA O DEPRESIÓN REACTIVA

Es un trastorno del estado de ánimo, como reacción ante una situación negativa como la violación y se presenta con baja autoestima, angustia, sentimiento de desamparo e indefensión, ideas obsesivas, intentos de suicidio, ideas de incompetencia, desesperación, desconcentración, falta de memoria, llanto frecuente (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

REACCIONES PSÍQUICAS DESPUÉS DE LA VIOLACIÓN

Insomnio, no pueden relajarse para dormir.

Reacciones emocionales: miedo humillación, desconcierto, ideas de venganza y auto reproches

(Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

REACCIONES SOMÁTICAS DESPUÉS DE LA VIOLACIÓN

Trauma físico, dolor por las contusiones. Tensión muscular esquelética, cefaleas. Trastornos gastrointestinales. Trastornos genito urinarios. (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

RED

Es el conjunto de organizaciones de la comunidad e instituciones de diferentes sectores como: salud, educación, policía, jurídico legal y otros, que unen esfuerzos para desarrollar actividades, con el propósito de prevenir y atender la violencia intrafamiliar.

Constituye una estrategia importante en la lucha contra la violencia intrafamiliar, sexual, ya que al unir capacidades aseguran mecanismos de coordinación para enfrentar el problema, planifican participativamente, programan y ejecutan soluciones en forma conjunta.

Tiene relación con el empoderamiento de la comunidad y el ejercicio de los derechos (UNFPA).

ROL

Conjunto de expectativas de comportamiento exigidas a los y las que ocupan una posición social determinada. Es el conjunto de tareas y funciones derivadas de una situación o status de una persona en un grupo social, los táneles tradicionalmente femeninos se han derivado de las funciones relativas a la maternidad: cuidado y protección de hijos/as, y el mantenimiento del mundo domestico, atender el aspecto afectivo familiar y ser el complemento del hombre. Los roles tradicionales masculinos se han derivado del mantenimiento o sostén económico, así como de las relaciones con el trabajo profesión o actividades extrafamiliares: es decir, de lo que se llama el mundo público.

SALUD REPRODUCTIVA

Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad de hacerlo y no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (CCMM Plataforma 94, 97; CIPD 7.2).

SALUD SEXUAL

Es la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexuado, de modo tal que de ello derive el enriquecimiento y el desarrollo de la personalidad humana, la comunicación y el amor (Organización Mundial de la Salud, OMS).

SEXO

Es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales que se diferencian mujeres y hombres.

SEXUALIDAD

Es una dimensión constitutiva del ser humano, hombre y mujer, que cruza todas las experiencias y etapas de la vida. A partir de los estudios de Freud se sabe que el ser humano es sexual desde su nacimiento hasta su muerte. En la especie humana rebasa la esfera de lo meramente biológico y comprende, además de la genitalidad, las dimensiones tanto psíquicas como sociales (amor sentimientos, amistad, etc.) que influyen en el comportamiento (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

SILENCIO DESCUBIERTO

La víctima no denuncia por si, sino que el prestador/a del servicio lo descubre al indagar las causas de determinada patología, por denuncia o por comportamiento que encubre la violencia sexual (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

SIMBOLISMO

Sistema de representación de una realidad por otra.

SINDROME DEL TRAUMA POR VIOLACION

Burgués y Holmstron describieron y detallaron las fases y los síntomas somáticos, emocionales y conductuales de víctimas de violación y de los devastadores efectos psicológicos que produce la violación, estas fases son:

1. Una reacción aguda inmediata o tras horas o días de la violación
2. Una fase de adaptación sin resolver las consecuencias del impacto psicológico de la agresión
3. Una fase final cuando la víctima tiene ganas de hablar de los sucedido y hay una integración y resolución de los conflictos generados por el trauma de la violación.

(Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

SUMI

Seguro Universal Materno Infantil. Es una estrategia nacional del Ministerio de Salud y Deportes que organiza, norma y provee financiamiento público para otorgar a la población boliviana un conjunto esencial de prestaciones de salud de alto impacto y bajo costo, ofertando servicios de salud a la mujer durante el embarazo, el parto y el post parto hasta seis meses

post parto; y al recién nacido, atención de complicaciones obstétricas y neonatales, atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, inmunizaciones, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar (Lineamientos Estratégicos de Comunicación para el Seguro Básico de Salud / MSPS, 1999).

TALLER

Es una modalidad de capacitación caracterizada por el trabajo en grupo, donde se asume como tarea principal la reflexión sistemática a partir de la experiencia y de los saberes acumulados de los/as participantes, este espacio educativo es muy útil para hablar de temas sensible como la violencia sexual (Componente Educativo UNFPA).

TÉCNICA

Sistema, pericia, conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o arte. Habilidad para usar esos procedimientos (Diccionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, 1992) Manera de ejecutar un experimento, un acto mecánico o una intervención quirúrgica (Diccionario Larousse Ilustrado, 1999).

TRAFICO DE PERSONAS

Quien induzca, promueva o favorezca la entrada o salida del país o traslado dentro del mismo, de personas para que ejerzan la prostitución, mediante engaño, violencia, amenaza o las reduzca a estado de inconciencia para este fin (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO

Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, es una situación emocional que queda después de una violación (OMS - CIE 10).

TRIBUNALES DE SENTENCIA

Estarán integrados por dos jueces técnicos y tres jueces ciudadanos y serán competentes para conocer la sustanciación y resolución del juicio en todos los delitos de acción pública.

En ningún caso el número de jueces ciudadanos será elegido de entre los jueces técnicos (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

VIOLACION DE NINO/ NIÑA O ADOLESCENTE

Se refiere a quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de 14 años. Penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos (Código de Familia).

VIOLACION EN ESTADO DE INSCONCIENCIA

Se refiere a quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos a persona de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconciencia (Código de Familia).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Cualquier acción conducta, basada en su genero que causa muerte daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Código de Familia).

VIOLENCIA DOMESTICA

Se consideran hechos de violencia doméstica las agresiones cometidas entre ex cónyuges, ex convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común legalmente reconocidos o no, aunque no hubieran convivido (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

VIOLENCIA EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA

Engloba una serie de comportamientos dirigidos al menoscabo de la autoestima de la mujer. Comprende acciones de menosprecio a su persona o sus ideas, insultos, amenazas, críticas a lo que hace, burlas, comparaciones desfavorables con otras personas, dejar de hablarle, resaltar defectos, poner sobrenombres ofensivos, tratarla como menor de edad, destruir objetos personales, proferir amenazas verbales contra ella y/o sus hijos.

VIOLENCIA EN LA FAMILIA

Es la agresión física, psicológica o sexual cometida por el cónyuge o conviviente, ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, los tutores curadores o encargados de la custodia (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

VIOLENCIA FÍSICA

Comprende un amplio rango de agresiones, desde un empujón o pellizcos, hasta lesiones graves con secuelas físicas permanentes, o la muerte misma. Su rango de gravedad en lo físico va desde hematomas, heridas, fracturas, lesiones en órganos internos, hemorragias, abortos hasta conmoción cerebral y muerte (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

VIOLENCIA SEXUAL

Son conductas que obligan a la mujer, joven, adolescente, niña, niño, a la realización del acto sexual sin su consentimiento.

to ni deseo explícito, hostigamiento sexual, críticas a su comportamiento sexual, comparación denigrante con otras mujeres, introducción de objetos en la vagina y violación. Obligarla a tener relaciones sexuales sin protección contra el embarazo y/o infecciones de transmisión sexual, acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligarla a ver películas o revistas pornográficas o exigirle a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer. Las consecuencias físicas del maltrato sexual son lesiones o infecciones genitales, anales, tracto urinario, bucales y embarazos no deseados (Código de Familia).

VULNERABILIDAD

Persona vulnerable o atacable (Diccionario Larousse).

Bibliografía

ARNEZ, Olga

2002

Salud pública y violencia doméstica e intrafamiliar: Estudio de prevalencia en tres municipios de Bolivia 1997 -1988: Versión resumida. 2° ed. La Paz, OPS/OMS / Ministerio de Salud y Previsión Social / Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

ASO, J

1999

Semiología de los indicios en el cadáver orientados a la recogida de muestras para el laboratorio de biología, en la prueba del ADN en medicina forense. Masson SA.

AYESTARAN, S

1996

El grupo como construcción social. Madrid, Plural.

BASANTA, M

2001

Apuntes de clases teóricas del módulo de sexología y maternoinfantil, de la Maestría de Medicina Forense, La Paz, UMSA mms.

BILLINGS, Deborah y col.

(2004)

Manual operativo: Atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres: Versión final. México, Secretaría de Salud / Ipas.

BILLINGS, Deborah, ROSAS, Francisco y GASMAN, Nadine

2004

En México, sí se puede ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes: Normativa nacional e internacional. México, Ipas / Secretaría de Salud / IMSS / Population Council / MEXFAM / ANDAR / UNISER

BOE

1996

Normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología. Orden de 8 de Noviembre de 1996. s.l., BOE N° 308.

BOLIVIA

2001

Código Penal. La Paz.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2004

Plan Nacional Contra la Violencia Sexual 2004 -2008. La Paz, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva / Programa Nacional de Género y Violencia.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2003

Implementación del modelo de gestión: Redes de salud, DILOS, SUMI y SNUS: Módulo de inducción. La Paz.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2004

Plan Nacional para la salud y el desarrollo integral de los y las adolescentes 2004 - 2008. La Paz.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

1998

Programa nacional de Atención a los y las Adolescentes. La Paz, Unidad Nacional de Salud de la Mujer y el Niño, Departamento del Niño, Escolar y Adolescente.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL.

2000

Norma nacional, reglas y protocolos clínicos para la atención integral a la salud de adolescentes: I - II Nivel de Atención. La Paz, Unidad Nacional de Atención a las Personas.

BOLIVIA. VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO, GENERACIONALES Y FAMILIA.

(2000)

Normas para la atención en Servicios Legales Integrales Municipales, La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia / OPS/OMS.

BOLIVIA. VICEMINISTERIO DE LA JUVENTUD, NIÑEZ Y TERCERA EDAD

2003

Sistema de información de defensorías. La Paz.

BOLIVIA. VICEMINISTERIO DE LA MUJER

1999

Plan Nacional de Políticas para el ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres. La Paz.

BONNET, E.

1978

Medicina Elagal. 2° ed. Buenos Aires, López Libreros Editores.

BRASIL. MINITÉRIO DA SAÚDE.

2004

Norma Técnica: Prevencao e tratamento dos gravos resultantes sa violéncia sexual contra mulheres e adolescentes. 2° ed. Brasilia, Secretaria de políticas de saúde. Área Técnica Saúde da Mulher.

BRASIL. PREFEITURA DE SAO PAULO.

(2001)

Manual de atencao imediata à violéncia sexual para servicos de emergeência. Sao Paulo, Secretaria Municipal de Saúde / Rede de Atencao Integral a Violéncia Sexual e Doméstica Distrito de Saúde Escola de Butanta.

BURGOS, María, coord.

2002

Los derechos de la mujer en los convenios internacionales. La Paz, Viceministerio de la mujer.

CABALLERO, Dora y ARNEZ, Olga.

2002

Organización de redes para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar. 3° ed. La Paz, OPS/OMS / Ministerio de Salud y Previsión Social / Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

CABALLERO, Dora, QUIROGA, Ana y ENRIQUEZ, Cecilia.

2003

Salud y equidad de género: Plan nacional 2004 -2007. La Paz, Ministerio de Salud y Deportes / OPS.

CALIFORNIA COMMISSION ON PEACE OFFICER STANDARDS

1998

Evidence Colletion Guidelines. California, Training's workbook for the "Forensic Technology for Law Enforcement".

CAMARGO, Filiberto

2003

Las víctimas, niñas/os y adolescentes también tienen derechos: Directrices jurídicas internacionales. Cochabamba.

CAMPOS, Gisela, BORRELLES, Mónica y VELA Mónica.

2003

Guía para el facilitador en la educación sexual con buen trato. La Paz, Fundación La Paz.

CAMPOS, Gisela.

2004

Guía para la intervención en situaciones de abuso sexual (propuesta) La Paz, Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad, mss.

CARVAJAL, Hugo

2003

Caracterización de la violencia intrafamiliar - doméstica en víctimas con examen médico - forense en la Brigada de Protección a la Familia. La Paz, UMSA Tesis de maestría forense.

CARVAJAL, Hugo

2003

Abordaje médico de las víctimas sobrevivientes de violencia sexual. EN: Rada, Luisa y García Eduardo. Sistematización del Proceso de construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. La Paz, Ipas.

CASTELLANO, M y col.

1998

Ficha unificada para la recogida de datos de interés médicolegal en las agresiones EN: Revista de Medicina Legal, Vol XXIII, N° 83.

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES, VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO y AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

1999.

Educador/a adolescente, Manual de Capacitación. La Paz.

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES, VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO y AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

1999.

Comunicador Adolescente, Manual de Comunicación. La Paz.

COBO, J.

1998

Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual, formularios y guía de exploración y toma de muestras. Barcelona, Masón.

COOK, Rebecca, DIKENS, Bernardy y FATHA, Mahmoud.

2003

Salud reproductiva y derechos humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá, PROFAMILIA.

CHILE. Ministerio de Salud.

2004

Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual. (Santiago).

DÁVALOS, Guillermo y VERA, Gustavo

2001

Diagnóstico y abordaje del maltrato infantil en Bolivia. La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

DEPARTAMENTO DE INTERIOS DEL GOBIERNO VASCO

1999

Operaciones fundamentales d criminalística. s.l., Unidad de Policía Científica.

DREZETT, Jefersson

2003

Presentaciones sobre violencia sexual preparadas para talleres de Ipas - Bolivia.

DREZZET, Jefferson y DEL POZO, Eliana

2002

El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz, Ipas.

ELU, María y SANTOS, Elsa.

2000

Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México, Secretaría de Salud / OPS/OMS.

ESCOBAR, Liz

2003

Abordaje jurídico de la violencia sexual EN: Rada, Luisa y García Eduardo. Sistematización del Proceso de construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. La Paz, Ipas.

FEDERÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. REGIÓN DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL.

(1992)

Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del maltrato físico y negligencia hacia el menor. México.

FERREIRA, Graciela.

1994

La mujer maltratada: Un estudio sobre mujeres víctimas de la violencia doméstica. Buenos Aires, Sudamericana.

FRANCO, Silvia; LAMMERS, Cristina y LUENGO, Ximena. Redactores.

(2000)

Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, OPS / UNFPA.

GARCÍA, Eduardo.

2004

Ley Marco sobre derechos sexuales y reproductivos y su accionar frente a la violencia basada en género. La Paz, Ipas mss.

GARCÍA, Eduardo.

2005

Manual para el llenado de la boleta de registro municipal de violencia. La Paz, Ipas (en prensa).

GRANDINI, J.

1997

Medicina forense. México D.F., Mexicana.

GRUPO DE BIOLOGÍA FORENSE

1998

Guía para la recolección y manejo de vestigios biológicos susceptibles de análisis genéticos: Laboratorio de DNA. Bogotá.

GRUPO DE TRABAJO EUROPEO DE INTERPOL

1998

Informe del Grupo de Trabajo Europeo de INTERPOL sobre análisis de ADN. El Cairo, s.e.

GUISBERT CALABUIG

1998

Medicina legal y toxicología. 5° ed. Barcelona, Masson.

HOCHMEISTER, M. et al

1997

A foldable cardboard box for drying and storage of by cotton swab collected biological samples. EN: Arch Kriminol, October

HOCHMEISTER, M. et al

1997

Effects of toluidine blue and destaining reagents used in sexual assault examinations on the ability to obtain DNA profiles from post-coital vaginal swabs EN: Forensic Science N° 42.

HUICI, Tatiana.

2003

Abordaje psicológico de la violencia sexual EN: Rada, Luisa y García Eduardo. Sistematización del Proceso de construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. La Paz, Ipas.

IPAS y VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GENERO, GENERACIONALES Y FAMILIA

2002

Memoria del Simposio Nacional "Violencia Sexual Contra las Mujeres: Un problema de Etica y Justicia". La Paz, Ipas.

KAUFMAN, Michael

1989

Hombres, poder, placer y cambio. Santo Domingo, CIPAF.

KNIGHT, B.

1997

Medicina forense de Simpson. México D.F. El Manual Moderno.

LATHROPE, A

1998

J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs., 25

LORENTE, JA y LORENTE, M

1995

Recogida y envío de muestras al laboratorio. EN: El ADN y la identificación en la investigación criminal y en la paternidad biológica. s.l. Comares.

MAP INTERNACIONAL

(2004)

Manual guía para el manejo integrado de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. Cochabamba, Programa una Brisa de Esperanza, mss.

MARQUEZ, Josep-Vincent

1989

Curso Elemental para varones sensibles y machistas rescatables. Barcelona, Papagayo.

MENDOZA, María y URIBE, Rita.

2003

Redes comunitarias para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar y metodologías de intervención. Lima, OPS.

MESA NACIONAL POR LA CULTURA DEL BUEN TRATO

2004

Guía de calidez en la intervención y prevención de la violencia. La Paz, Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad / UNICEF.

MILANO, Flavia

2004

Investigación casos de violencia sexual denunciados durante el año 2002. La Paz, UNICEF / VIJUNTE mss.

MUÑOZ, M.

2000

Personalidad oculta. Sucre, Centro Juana Azurduy de Padilla.

NACIONES UNIDAS. CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER

1995

Informe sobre la Carta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995). Nueva York.

NATIONAL COMMISSION ON THE FUTURE OF DNA EVIDENCE

1999

Identifying DNA Evidence. U.S.A. National Institute of Justice.

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge

2001

El informe pericial en psiquiatría forense. La Paz, MAVA.

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge

2004

La víctima. Sucre, Tupac Katari.

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge

2005

La autopsia: Manual práctico. Sucre, (en prensa).

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge y CARVAJAL, Hugo

2004

Violencia intrafamiliar, abordaje integral a víctimas. Sucre, Tupac Katari.

OMS

2003

Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra.

OPS/OMS

2003

Informe Mundial sobre violencia y salud EN: Publicación Científica y Técnica N° 58. Washington D.C.

OPS/OMS

2003

2002 Las mujeres de Bolivia. La Paz OPS/OMS / Ministerio de Salud y Deportes.

PANTOJA, S; CABALLERO, Dora; CARVAJAL, Hugo; NÚÑEZ DE ARCO, Jorge; ROCABADO, Omar y RIVERO, G.

2004

Aspectos de la medicina legal en la práctica diaria: Guía para profesionales de servicios públicos de salud. La Paz, MSD/IDIF/OPS/OMS.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

P.O.S.T. Domestic violence for crisis negotiators: San Diego, Regional Training Center.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

Sexual assault for first responders course. San Diego, Regional Training Center.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

Stalking elements check list. Fresno Police Department Reference Guide.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

Domestic violence for field training officers. San Diego, Regional Training Center.

POPULATION COUNCIL

1999

Mensaje sobre Salud Sexual y Reproductiva. Tomo I. s.l. Oficina Regional para América y el Caribe.

PUERTO RICO. SECRETARÍA DE SALUD.

1997

Protocolo de intervención con sobrevivientes de agresión sexual. 2° ed. (San Juan), Departamento de Salud. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación.

QUIROZ, A.

1996

Medicina forense, 8° ed. México D.F., Porrúa.

RADA, Luisa y GARCÍA, Eduardo

2002

Investigación sobre conductas de riesgo en la difusión del vih y sida en la ciudad de El Alto. La Paz, OPS/OMS / CISTAC.

RADA, Luisa y GARCÍA, Eduardo

2002

Sistematización nacional de experiencias de educación para la sexualidad. La Paz, UNFPA.

RADA, Luisa y GARCÍA, Eduardo.

2003

Sistematización del proceso de construcción de un modelo de atención integral para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. La Paz, Ipas - Bolivia

REYES, Teresita y VELASCO, Wilma.

2002

Manual de competencias y procedimientos: Defensoría Municipal de la Niñez y Adolescencia. La Paz, Viceministerio de los Asuntos del Niño, Niña y Adolescente / UNICEF.

ROCABADO, Omar; CARVAJAL, Hugo; NÚÑEZ DE ARCO, Jorge y CORAH, D.

2004

Hacia la normatización de criterios de obtención de evidencias en víctimas sobrevivientes de agresión sexual, tendiente a la identificación molecular por análisis de ADN. EN: Revista, Órgano Oficial del Colegio Médico de La Paz. La Paz, N° 10 (2).

ROCHA, Maritza y CABALLERO, Dora.

2002

Vigilancia epidemiológica para el control de la violencia intrafamiliar. 2° ed. La Paz, Ministerio de Salud y Previsión Social / Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia / OPS/OMS.

ROJAS, N

1976

Medicina legal, 11° ed. Buenos Aires, El Ateneo.

ROSENAUER, Cecilia

2003

Código de Procedimiento penal: Materiales y experiencias de talleres de capacitación. La Paz, GTZ.

SALINAS, Laura

2002

Derecho, género y violencia: Mujeres, niños, niñas y adolescentes en los Códigos Penales de América Latina y el Caribe hispano. Bogotá, Programa Infancia / Universidad Nacional de Colombia / Universidad Autónoma Metropolitana / UNIFEM.

SALINAS, Silvia

1998

Identidad, poder y sexualidad: En adolescentes de zonas peri-urbanas de La Paz y El Alto. La Paz, Educación en Población.

SAUMA, Lucía

2002

Bolivia Diagnóstico de Violencia Sexual en Bolivia. La Paz, Ipas mss.

SCHIRO, G.

1998

Special consideration for sexual assault evidence. Luisiana, Luisiana State Police Crime Laboratory.

SHIRO, G.

1998

Collection and preservation of evidence. Luisiana, Police Crime Laboratory

SHIRO, G.

1999

Collection, packaging, storage and shipment of evidence foe DNA tests at cellmark diagnostics. s.l., Cellmark Diagnóstics.

SNYDER, L.

1980

Investigación de homicidios. México D.F., Limusa Wiley.

TEKE, A.

1993

Medicina legal. Santiago, Mediterraneo.

UNFPA COMPONENTE EDUCATIVO y MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES

2000

Sistematización de los procesos de capacitación y multiplicación en educación para la sexualidad. La Paz, Componente Educativo / Viceministerio de Educación Alternativa.

UNFPA COMPONENTE EDUCATIVO y MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES

2000

Guía para el manejo de grupos en el taller de educación para la sexualidad. La Paz, Componente Educativo / Viceministerio de Educación Alternativa.

UNFPA COMPONENTE EDUCATIVO y MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES

2000

Cuaderno de Capacitación en Educación para la Sexualidad. La Paz.

UNFPA, Ipas y UNIFEM

2003

Estrategia de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual en América Latina: Hacia el enlace de servicios de salud e iniciativas comunitarias. México, mss.

VANEGAS, A.

2000

Huellas forenses: Manual de pautas y procedimientos en medicina forense. Medellín, Biblioteca Jurídica DIKE.

VARGAS ALVARADO, E.

1999

Medicina legal. 2° ed. México, Trillas.

VARGAS, Luis y GARCÍA, Eduardo.

2004

Sistematización: Construcción de un sistema municipal de información en violencia. La Paz, Ipas.

VEIZAGA, Beatriz y CABALLERO, Dora.

2002

Prevención y atención de la violencia intrafamiliar y doméstica: Módulos de capacitación para formar promotoras y promotores comunitarios. La Paz, Viceministerio de la Mujer / OPS/OMS.

VILLEGAS, Samuel

2004

Sistema de información para la vigilancia ciudadana desde una perspectiva de género: Participación y representación política, violencia familiar o doméstica, feminicidio, La Paz, CIDEM.



República de Bolivia

MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE



República de Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Viceministerio
de la mujer

VICEMINISTERIO DE SALUD