

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
PROGRAMA NACIONAL DE GÉNERO Y VIOLENCIA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

**MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL
EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD**
(DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL SUBSISTEMA PÚBLICO)

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

BOLIVIA 2005

**MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD
(DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL SUBSISTEMA PÚBLICO)**

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Coordinación institucional: Lic. Ruth Barral - MSD
Dra. Dora Caballero - OPS/OMS

Elaborado: Dra. Azucena Zubieta - UMSA

Sistematización y edición: Dra. Dora Caballero – OPS/OMS

Depósito legal:

Ficha Bibliográfica.

MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD (DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL SUBSISTEMA PÚBLICO)

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Contenidos

Presentación

PRIMERA PARTE

I. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	5
1. La Violencia como problema de salud pública	5
1.1. Magnitud y gravedad de la violencia.....	5
1.2. Consecuencias de la violencia.....	8
1.3. Factores de riesgo.....	8
1.4. Intervenciones desde la salud pública.....	9
2. La Violencia sexual como delito.....	11
3. Violencia sexual y género.....	12
II. MARCO LEGAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.....	12
1. La Constitución Política del Estado	
2. El Código penal	
3. La Ley 1674 Contra la Violencia en la familia o doméstica,	
4. El Reglamento de la Ley 1674,	
5. El Código del Niño, Niña y Adolescente y	
6. La Ley 2033 de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual del 29 de octubre de 1999.	
7. Marco legal del sector salud	

SEGUNDA PARTE

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE MANEJO DE VIOLENCIA SEXUAL EN SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD.....	16
I. NORMAS GENERALES	16
1. Definición.....	16
2. Objetivo.....	16
3. Normas.....	16
3.1. Atención integral.....	16
3.2. Coordinación y articulación	16
3.3. Denuncia de casos de violencia sexual.....	17
3.4. Certificado médico.....	17
3.5. Control de la violencia sexual.....	19
II. NORMAS DE ESTRUCTURA.....	20
1. Objetivo.....	20
2. Definición.....	20
3. Normas.....	21
3.1. Nivel Nacional.....	21
3.2. Nivel Departamental.....	21
3.3. Nivel Local.....	21
III. NORMAS DE PROCEDIMIENTOS.....	23

1. Objetivo.....	23
2. Definición	23
3. Normas de Prevención Primaria.....	23
3.1. Objetivo.....	23
3.2. Definición.....	23
3.3. Acciones	
a. Promoción de la participación de la comunidad.....	24
b. Capacitación al personal de salud y a la población.....	25
c. Información, comunicación y educación a la población.....	26
d. Identificación de personas en riesgo y situaciones de riesgo de violencia sexual.....	26
4. Normas de Prevención Secundaria.....	27
4.1. Objetivo.....	27
4.2. Definición.....	27
4.3. Acciones	27
A. Búsqueda activa de casos.....	28
B. Recepción de la víctima.....	29
C. Realizar la Historia Clínica.....	30
D. Solicitar exámenes auxiliares.....	34
E. Solicitar interconsultas con especialistas médicos.....	34
F. Tomar muestras y preservar pruebas.....	34
G. Formular el diagnóstico.....	36
H. Dar tratamiento integral.....	38
I. Extender el Certificado Médico.....	41
J. Registrar, notificar.....	41
K. Denunciar el hecho.....	41
L. Análisis de la información y toma de decisiones.....	41
M. Referencia, contrarreferencia y seguimiento.....	41
4.4. Prevención secundaria de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes.....	42
5. Normas de Prevención Terciaria.....	44
5.1. Objetivo.....	44
5.2. Definición.....	44
5.3. Acciones.....	44
a. Valoración de riesgo para la salud y la vida.....	44
b. Interconsultas, referencia y contrarreferencia.....	44
c. Coordinar y articular acciones con redes institucionales y comunitarias.....	44
d. Contactar al paciente con grupos comunitarios de autoayuda.....	44
e. Promover Servicios radiales y telefónicos de información, orientación y apoyo a las víctimas.....	44
f. Proporcionar al paciente una lista de recursos de la comunidad donde acudir.....	44
g. Realizar el seguimiento o acompañamiento emocional de la víctima.....	44
h. Puede proporcionarse información y orientación sobre el problema.....	44
i. Elaborar un plan de acción o intervención.....	44
j. Evaluar conjuntamente los avances en los planes trazados.....	45

ANEXOS

1. Violencia sexual como delito
2. Normas legales generales sobre violencia
3. Guía de Historia Clínica
4. Tratamiento de trastornos mentales para Médicos generales
5. Prevención de Embarazo no deseado
6. Prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual
7. Flujograma de prevención secundaria y terciaria de víctimas de violencia sexual en servicios de salud

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD (DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL SUBSISTEMA PÚBLICO)

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Presentación

Cómo respuesta al problema de salud pública de la violencia sexual en nuestro país, el Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de Género y Violencia y con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, ha elaborado el presente Manual de “Normas de manejo de la violencia sexual en servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad” con el objetivo de proporcionar al personal de salud de un instrumento útil para mejorar la prevención y atención de este problema en los servicios públicos de salud.

Estas normas tienen el enfoque de la salud pública y su riqueza se sustenta en que fue construido con la participación de actores institucionales afines al tema y especialmente del ámbito de la salud, a través de reuniones y talleres en las diferentes regiones del país.

El manual está formado por dos partes, la primera en la que se presentan elementos conceptuales y antecedentes para entender la violencia sexual como un problema de salud pública y la segunda parte en que se describen las Normas y los Procedimientos de manejo divididas en Normas generales, Normas de estructura y Normas de procedimientos.

Esperamos que este documento contribuya a atender adecuadamente y controlar la violencia sexual en grupos vulnerables de la población boliviana y atender en forma integral y con calidad humana y técnica a las víctimas de este problema que acudan a los servicios de salud.

PRIMERA PARTE

I. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. La violencia como problema de salud pública

La violencia es un fenómeno que por su magnitud, gravedad y trascendencia es reconocida a nivel mundial como un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social que daña la salud y la vida de las personas, las familias y la sociedad. Desde 1993 los Ministros de salud de la región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que la violencia es un problema de salud pública grave y urgente que afecta a la salud y al desarrollo social y económico de las poblaciones. En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró que la violencia es un grave problema de salud que causa el 4% de todas las muertes de personas en el mundo.^a

Se entiende por violencia al uso de amenazas o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder (físico, psicológico o sexual), contra otra persona, grupo o comunidad o contra si mismo, con alta probabilidad de producir daño en la salud y en la libertad de movimiento de la víctima.^b La violencia puede ser: Física, psicológica o sexual. **La violencia sexual es una forma de violencia y se define como conductas que obligan a las personas de cualquier sexo u edad a realizar actos sexuales sin su consentimiento o deseo explícito, generalmente se acompaña de violencia física y/o psicológica. Es todo acto sexual forzado, la tentativa de hacerlo, los comentarios e insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de otro modo la sexualidad de otra persona independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito incluido el hogar y el lugar de trabajo”.**^c

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas/os y adolescentes, y son perpetrados por hombres y adolescentes. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres, es un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales.

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión, tanto en problemas reproductivos como sexuales. En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por VIH o al homicidio^d.

Las formas más conocidas^e

La violencia sexual comprende una gran variedad de actos, entre los que se reconocen:

1. Relaciones bajo coacción en el matrimonio

^a OMS. Reunión Consultiva Andina, 2001.

^b Plan de prevención y atención de violencias 2004-2007 – MSD, Bolivia.

^c Flavio Milano. UNICEF. Viceministerio de Juventud, niñez y tercera edad. Informe final: Investigación de Casos de violencia sexual denunciados

^d OMS. Informe Mundial sobre violencia y salud, 2003.

^e Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, componente de Plan nacional: Violencia sexual 2004-2008. Bolivia.

2. Relaciones bajo coacción en citas de novios o enamorados
3. Violaciones por parte de extraños
4. Violaciones durante conflictos sociales y armados
5. Acoso sexual (insinuaciones no deseadas de carácter sexual con inclusión de mantener relaciones sexuales a cambio de favores)
6. Abusos sexuales en menores
7. Abuso sexual en personas física o mentalmente discapacitadas
8. Prostitución forzada
9. Aborto forzado
10. Denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o de adoptar otras medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual
11. Matrimonios precoces o cohabitación forzadas
12. Actos violentos contra la integridad sexual (ej.: inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad)
13. Violaciones en recintos penitenciarios y otros lugares de concentración

1.1. Magnitud y gravedad de la violencia

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000:

- 1 millón y medio de personas murieron como consecuencia de la violencia
- Hubo 1 muerte por cada 3.500 personas.
- 1 de cada 4 mujeres fue víctima de violencia sexual.
- 1 de cada 3 adolescentes tuvo iniciación sexual violenta.
- 79% de las víctimas de violencia sexual fueron mujeres.
- 81% fueron agredidas por familiares o conocidos.
- 1/3 víctimas fueron menores de 16 años.

La violencia es una de las principales causas de muerte y de traumatismos no mortales en el mundo, así como un problema fundamental de salud pública en todos los países. Diariamente fallecen en el mundo más de 4000 personas de forma violenta. Casi la mitad de estas muertes son por suicidios, prácticamente una tercera por homicidios y la quinta parte por conflictos armados. Un número aún mayor de personas sobrevive a los actos de violencia, y a menudo quedan discapacitadas y emocionalmente traumatizadas. Por cada joven que pierde la vida víctima de homicidio, al menos entre 20 y 40 jóvenes más reciben tratamiento hospitalario como resultado de traumatismos ocasionados por actos violentos. Según estudios realizados, aproximadamente una de cada cinco mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres afirma haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia. En 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres notificaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas.^f

^f Informe mundial sobre la violencia y la salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Según datos procedentes de ocho lugares en cinco países que han participado en el *Estudio multipaís sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres* recientemente realizado por la OMS, entre el 13% y el 61% de las mujeres afirman haber sufrido agresiones físicas y entre el 6% y el 47% haber sido víctimas de agresiones sexuales por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas^g.

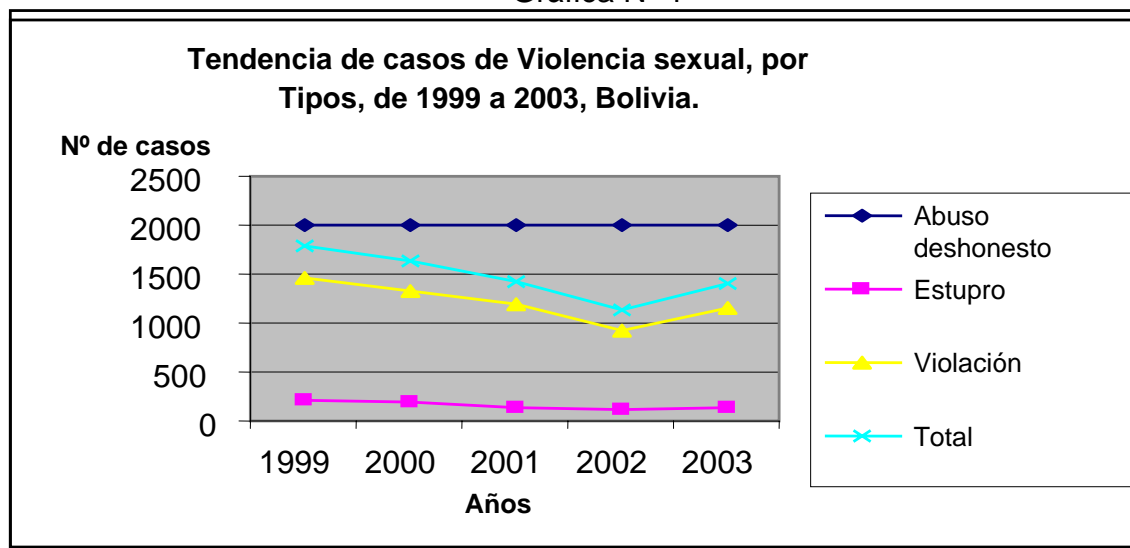
En Bolivia de 1999 a 2003 se atendieron 7400 casos de violencia sexual, más del 50 % en los departamentos de La Paz y Santa Cruz^h, ver tabla N° 1 y Gráfica N° 1.

Tabla N° 1: Casos de violencia sexual por tipos en Bolivia de 1999 a 2003

Tipos	Años					Total
	1999	2000	2001	2002	2003	
Violación	1,462	1,331	1,198	926	1,151	6,072
Estupro	214	189	131	118	137	789
Abuso deshonesto	121	121	91	97	109	539
Total	1,797	1,641	1,420	1,141	1,397	7,400

Fuente: Plan de Violencia sexual 2004-2008. Datos de la Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial (PTJ).

Gráfica N° 1



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Plan de Violencia Sexual 2004-2008 del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

El Bolivia el año 2003:

- Se estimó una tasa de homicidios de 9.4 por 100.00 y se encontró una prevalencia de violencia física del 55%.ⁱ

^g Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS, 2003.

^h Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial de Bolivia.

- Las Brigadas de Atención a la Familia de la Policía Nacional atendieron 31,650 casos de violencia intrafamiliar, de estos 126 fueron agresiones sexuales.
- Según datos de la Policía Técnica Judicial ese mismo año se atendieron 1397 casos de violación, estupro y abuso deshonesto a nivel nacional

Según el Estudio de prevalencia de violencia doméstica del año 2003, realizado por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, la prevalencia total de violencia sexual fue de 11% en mujeres casadas o unidas y por sus propias parejas.

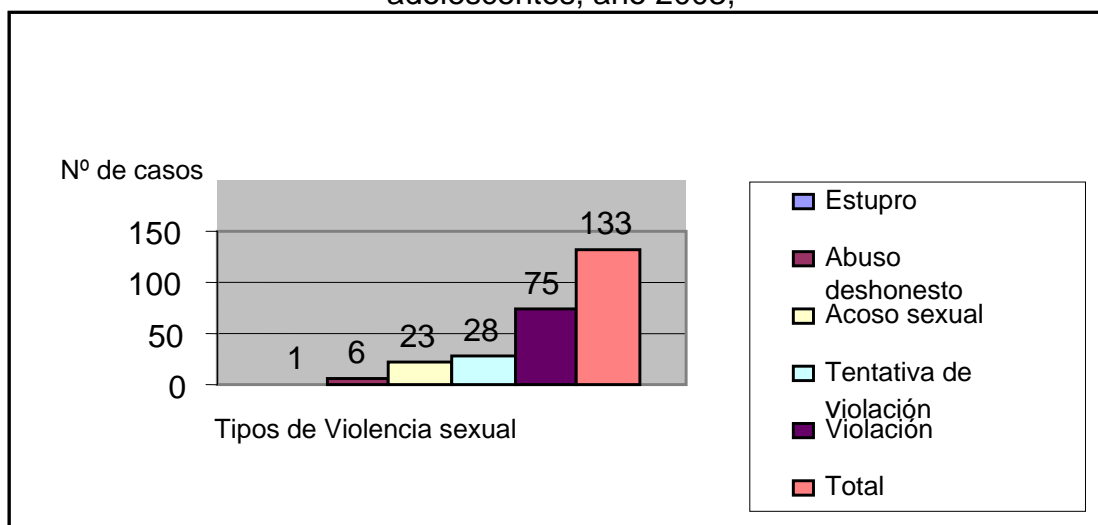
El año 2003 se presentaron 133 denuncias de abuso sexual en niños y niñas (Defensorías de la niñez y la adolescencia). Ver Tabla N° 2 y Gráfica N° 2

Tabla N° 2: Casos de violencia sexual por tipos en niños, niñas y adolescentes el año 2003. Bolivia.

Tipos	Nº de casos	Porcentaje
Estupro	1	1
Abuso deshonesto	6	5
Acoso sexual	23	17
Tentativa de violación	28	21
Violación	75	56
Total	133	100

Fuente: Plan Contra la violencia sexual 2004-2008, datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad

Gráfica N° 2
Bolivia. Número de casos de violencia sexual por tipos, en niños, niñas y adolescentes, año 2003,



Fuente: Plan Contra la violencia sexual 2004-2008, datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad

ⁱ Prevención y Atención de Violencias. Plan nacional 2004-2007. Programa Nacional de Género y Violencia. MSD de Bolivia.

1.2. Consecuencias de la violencia sexual^j

Entre las consecuencias de la violencia sexual están los efectos negativos en la salud física y mental de las personas y los altos costos de la asistencia sanitaria.

Efectos en la salud física y mental:

La violencia provoca lesiones y discapacidades, físicas y mentales, temporales y permanentes en las víctimas y en los testigos de la misma. La violencia es una de las principales causas de muertes en población entre 15 y 44 años, es la principal causa de muerte y discapacidad en adolescentes y jóvenes. Entre los daños físicos y mentales producidos por la violencia están los siguientes:

- Lesiones físicas diversas: Heridas, fracturas, contusiones, hematomas y otras.
- En la salud sexual y reproductiva: Infecciones de transmisión sexual, disfunciones sexuales, infertilidad, dolor crónico pélvico, enfermedades inflamatorias pélvicas, Infecciones del tracto urinario, hemorragias o infecciones vaginales, amenaza de aborto, aborto, embarazos no deseados.
- En la salud mental: Suicidios o intentos, trastornos mentales diversos, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, baja autoestima.
- Muerte por la agresión sexual: Homicidio, suicidio, mortalidad materna, VIH/SIDA
- Discapacidad física y/o mental

Efectos en los costos expresados en miles de millones de dólares por^k:

- La asistencia sanitaria,
- Los días laborales perdidos,
- Los años de vida saludable perdidos,
- Las medidas para hacer cumplir las leyes,
- Las inversiones malogradas.

1.3. Factores de riesgo de violencia sexual

La violencia como proceso salud-enfermedad resulta de una serie de factores causales biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que interactúan entre sí. Según el modelo ecológico de explicación de la OPS/OMS tenemos que la violencia resulta principalmente de la interacción entre factores individuales y sociales.

1.3.1. Factores individuales

En este nivel tenemos características biológicas, de estilos de vida y de historia personal de las personas que aumentan la probabilidad de ser víctimas o agresores de violencia.

Biológicos: El sexo (mujer), edad (niñez, adolescencia, ser anciana (o)). También el tener discapacidad física o mental.

Historia personal: Antecedente de maltrato de la víctima y el agresor, prostitución o promiscuidad sexual de madres, padres o personas cercanas a la víctima.

Los estilos de vida: Son comportamientos de los individuos o hábitos de los individuos, transmitidos culturalmente. Los de riesgo para violencia sexual son: Inicio sexual temprano, abuso de sustancias, prostitución, múltiples compañeros sexuales, problemas de conducta y otros.

1.3.2. Factores sociales

El ambiente social es muy importante: Incluye las relaciones cercanas, comunitarias y sociales.

^j Ministerio de Salud y Deportes. Plan de control de la violencia sexual 2004-2008.

^k OMS. Informe Mundial sobre violencia y salud. 2003.

a) Nivel de relaciones cercanas

Se refiere a las características de la familia, pareja, amigos, compañeros. Por ejemplo que fomenten o toleren la violencia.

A nivel de la familia y la pareja: Prioridad de derechos de padres sobre hijos, de hombres sobre mujeres, de mayores de edad sobre menores.

b) Nivel de contextos comunitario

Comprende la escuela (educación deficiente), el vecindario, el trabajo, la ocupación (desempleo), el ingreso (pobreza), la vivienda (hacinamiento), la densidad poblacional, tráfico de drogas, nivel de delincuencia, prostitución.

c) Nivel social

Se refiere a la estructura de la sociedad, construcciones sociales basadas en la desigualdad entre hombres y mujeres (identificables a través del enfoque de género), características culturales y religiosas, debilitamiento de órganos estatales Judiciales y Policiales:

- Prioridad de derechos de padres sobre hijos, de hombres sobre mujeres, de mayores de edad sobre menores.
- Violencia policial
- El suicidio como opción personal
- Valoración social de la violencia
- Tolerancia social a la violencia (matrimonio con el agresor, transacción económica de la "honra").
- Limitación del ejercicio de los derechos humanos.
- Limitación de oportunidades de desarrollo personal y social.

Dentro del nivel social podemos incluir a la organización del Sistema de salud, que es la "respuesta social organizada" para enfrentar y resolver los problemas de salud de la población. Comprende la participación de toda la sociedad y sus instituciones estatales y organizaciones comunitarias. En relación sólo a los servicios de salud, legales y policiales está su accesibilidad geográfica, económica y cultural, su la equidad, su calidad, la eficiencia y otros.

1.3.3. Perfiles de agresores y de víctimas de violencia

A partir de la identificación de los factores de riesgo para violencia podemos definir características de las personas vulnerables como agresores o como víctimas. La importancia de esto radica en que al identificar a la población en riesgo podemos actuar previniendo la violencia en este grupo poblacional. Algunas características de los agresores y de las víctimas pueden ser las siguientes: Del agresor: Hombre, con aprendizaje social machista, con trastornos mentales y patologías que producen descontrol de impulsos, abuso de sustancias como alcohol y drogas, antecedente de maltrato y/o de abuso sexual. De las víctimas: Mujeres, niñas, bajo nivel de ejercicio de derechos, personas con marcado rol de subordinación, niños, adolescentes, ancianos (as), discapacitados(as), baja autoestima, antecedente de maltrato y/o abuso sexual.

En abuso sexual en niños o niñas la mayoría de los agresores son hombres, allegados a la víctima y de cualquier nivel socioeconómico.

1.4. Intervenciones desde la salud pública sobre el problema de la violencia sexual

Desde la perspectiva de la salud pública podemos intervenir eficaz y efectivamente sobre el problema de la violencia sexual a través de los siguientes aspectos:¹

¹ MSPS, OPS/OMS. Salud y violencia intrafamiliar. Manual de Normas y procedimientos para la atención. Bolivia, 2002.

1. Enfatizando la prevención del problema sobre su tratamiento.
2. Utilizando un enfoque multidisciplinario y multisectorial
3. Utilizando el método epidemiológico:
 - a. Definiendo y recolectando información sobre el problema de salud.
 - b. Identificando los factores de riesgo del problema de salud.
 - c. Desarrollando intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para resolver el problema de salud.
 - d. Analizando y evaluando la efectividad de las acciones preventivas para el problema de salud.

La prevención en salud es un instrumento de trabajo en salud, que puede ser aplicada antes de que ocurra el problema, durante su ocurrencia y después, según esto la prevención puede ser primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria: Es la que se realiza antes de que ocurra el problema de salud, evitando su ocurrencia a través de acciones sobre los factores de riesgo y la población vulnerable (niños, niñas, adolescentes y mujeres).

Prevención secundaria: Se efectúa durante la ocurrencia del problema de salud, consiste en el diagnóstico precoz y tratamiento temprano.

Prevención terciaria: Se realiza después de ocurrido el problema de salud y consiste en la rehabilitación física mental y social de secuelas del problema de salud.

De estas, la intervención más importante, por su impacto en la salud, es la prevención que se produce antes que la enfermedad o problema aparezca y está dirigida a proteger a la población vulnerable de los factores de riesgo

La prevención primaria de la violencia sexual comprende aquellas acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo biológico, ambiental, sociales y de estilos de vida, para esto debemos fortalecer las condiciones personales de las personas (educación, mejora de autoestima), evitar el desarrollo de las prácticas agresivas que ocasionan lesiones y/o muertes y proteger a las personas vulnerables.

Por ser la violencia sexual un problema multifactorial requiere un enfoque multisectorial e interdisciplinario que integre conocimientos y experiencias diversas de promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables.

Si nos referimos a influir en los factores de riesgo de la violencia sexual, el papel del personal de salud en la prevención primaria es limitado, ya que fundamentalmente se trata de promover actuaciones educativas orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no-violencia en el seno de la familia y la sociedad y la promoción de una cultura igualitaria entre grupos de edades, géneros y clases.

La escuela y la sociedad deben generar un clima de no-tolerancia hacia los agresores, mejorar el status de la mujer, niños y adolescentes en la sociedad y exigir cambios en las normas sociales.

Como sociedad podemos contribuir a prevenir la violencia sexual a través de la información, comunicación y educación dirigida a la población, sobre las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

Las estrategias de prevención primaria más importantes para reducir y eliminar la violencia sexual son:

- El reconocimiento y la protección de los derechos de todas las personas por la sociedad
- La promoción de relaciones interpersonales y sociales equitativas y pacíficas, y
- La promoción de la salud sexual,

Para poder intervenir a través de la prevención primaria sobre la violencia sexual debemos partir de la identificación de los factores de riesgo de este problema de salud.

2. La violencia sexual, un delito^m

La violencia sexual no sólo es un problema de salud pública también es un problema de derechos humanos y un delito contra la libertad sexual. (Ver anexo N° 1).

Delitos contra la libertad sexual, son aquellas acciones tipificadas por la ley que atacan la libre disposición del individuo sobre su sexualidad. Cuando en los diversos países se va admitiendo una pluralidad de concepciones sociales diversas sobre la moral sexual, adquiere importancia el concepto de libertad sexual (frente al anterior de moral sexual), a la que se impone ciertos límites para su ejercicio. Los principales límites al ejercicio de la libertad sexual tienen su fundamento en el respeto a la libertad sexual de otros, en las situaciones de inmadurez (niñas, niños y adolescentes) o incapacidad mental que impide a ciertas personas tener suficiente autonomía en su decisión y conocimientos para orientar y regir sus comportamientos sexuales (casos en los que se habla de indemnidad o intangibilidad sexual) y otras conductas que sin afectar de forma directa a la libertad e indemnidades sexuales encuentran una gran reprobación social, como son el fomento o explotación comercial de actividades como la prostitución, para evitar que el tráfico carnal se convierta en fuente de ganancias para personas ajenas (los proxenetas). Bajo la denominación 'contra la libertad sexual' se suelen encontrar tipificados, en consonancia con lo ya indicado, delitos como la violación, las agresiones sexuales, el exhibicionismo, la provocación sexual, el estupro y el rapto. El bien jurídico protegido es por tanto la libertad sexual, el ejercicio libre de la propia sexualidad, y no la deshonestidad considerada en sí misma.ⁿ

3. Violencia sexual y género

La violencia es un fenómeno histórico relacionado con el enfoque de género (construcciones sociales, que definen y articulan los ámbitos de lo masculino y lo femenino) que generan relaciones de poder, discriminación y subordinación de un sexo sobre otro.

En nuestra sociedad se educa a las mujeres a ser dependientes y sumisas y se estimula a los hombres a ser agresivos y violentos, creándose pautas de conducta aceptadas socialmente que contribuyen a generar y perpetuar situaciones de violencia y la solución violenta de los conflictos. La organización social está basada en la desigualdad de grupos poblacionales por sexo, edades, étnia, nivel socioeconómico, y otros y es ejercida por los que tienen más poder de intimidar y controlar.

La violencia que experimentan hombres y mujeres difiere cualitativa y cuantitativamente en sus causas, naturaleza y consecuencias. Los hombres son agredidos por extraños o conocidos casuales y las mujeres, las mujeres son atacadas en el hogar y por sus parejas. La violencia contra hombres generalmente es aguda y con fines de aniquilación, se registra y documenta rutinariamente en las entidades públicas y se castiga legalmente. La violencia contra las mujeres tiende a ser crónica y prolongada, tiene como objetivo el control, se asocia con frecuencia con abuso sexual, se reporta y registra con menor frecuencia, y generalmente es tolerada por las leyes y la sociedad.^o

^m Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2004

ⁿ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004.

^o OPS/OMS. Unidad de Género y Salud. Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del siglo XXI. Sección 3. Washington D.C. 2004.

La violencia sexual afecta más a las mujeres de todos los grupos de edad y es ejercida generalmente por hombres. La violencia física afecta más a hombres en espacios públicos y la violencia sexual e intrafamiliar afecta más a mujeres en espacios privados.

II. MARCO LEGAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Para la prevención y atención de la violencia sexual tenemos en Bolivia Normas generales y específicas del sector salud.

1. Normas generales

Las principales normas generales vigentes en nuestro país en relación al tema de la violencia en general y de la violencia sexual son las siguientes:

1. La Constitución Política del Estado
2. El Código penal
3. La Ley 1674 Contra la Violencia en la familia o doméstica, y su Decreto Reglamentario.
4. El Código del Niño, Niña y Adolescente y
5. La Ley 2033 de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual del 29 de octubre de 1999.

1.1. La Constitución Política del Estado

Ley N° 1615 del 6 de febrero de 1995, es la ley suprema del ordenamiento jurídico nacional. Los tribunales, jueces y autoridades la aplicarán con preferencia a las leyes, y éstas con preferencia a cualesquiera otras resoluciones. (Art. 228°). Los principios, garantías y derechos reconocidos por la Constitución no pueden ser alterados por las leyes que regulen su ejercicio ni necesitan de reglamentación previa para su cumplimiento. (Art.229°).

1.2. El Código Penal

Código penal según ley n° 1768 de modificaciones al código penal. Donde la violencia sexual es tipificada como delito contra la libertad sexual (violación, abuso deshonesto, estupro) y como delito contra la moral sexual (corrupción de menores).

1.3. La Ley Contra la violencia en la familia o doméstica

Ley 1674/95, promulgada el 15 de diciembre de 1995, establece la política del Estado contra la violencia en la Familia o doméstica, los hechos que constituyen violencia en la familia, las sanciones que corresponden al autor y las medidas de prevención y protección inmediata a la víctima. Los bienes jurídicamente protegidos por la presente ley son la integridad física, psicológica, moral y sexual de cada uno de los integrantes del núcleo familiar. La erradicación de la violencia en la familia se constituye en una estrategia nacional, por lo tanto, el Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia:

1.4. Reglamento de la Ley Contra la Violencia en la familia o doméstica

Decreto supremo N° 25087 de julio de 1998, reglamenta la ley 1674 contra la violencia en la familia o doméstica, bajo los principios de equidad, oralidad, celeridad y gratuidad.

1.5. El Código Niño, Niña y adolescente

Decreto el 14 de octubre de 1999, 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.

1.6. Ley de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual

La Ley 2033, del 29 de octubre de 1999, tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano.

En estas Leyes, Códigos y Reglamentos tenemos los siguientes aspectos relativos a los derechos y deberes de las personas y el Estado en relación a la salud y la violencia.(Ver Anexo 2)

1. Los derechos y deberes constitucionales relativos a la salud de las personas
2. La difusión de los derechos y la protección de la población contra la violencia
3. El buen trato y atención integral de las víctimas de violencia en los servicios de salud
4. La Coordinación y articulación interinstitucional para la prevención y la atención de víctimas de violencia sexual
5. La denuncia de casos de violencia sexual
6. La extensión del Certificado médico
7. La Prevención de la violencia
8. La Capacitación a profesionales
9. La designación de un Organismo rector de programas de prevención y atención de violencia.
10. La coordinación para la prevención y atención de la violencia
11. El registro, información y notificación de casos de violencia.
12. La Prevención, protección y atención integral al niño, niña y adolescentes

2. Marco normativo en el sector salud

2.1. La política de salud

La Política de salud de Bolivia establecida por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) se sintetiza en la siguiente declaración:

“En Bolivia, la salud del tercer milenio debe estar basada en la aplicación de la atención primaria de salud y sus componentes la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en un marco de igualdad, equidad y justicia económica y social”.^P

La Misión del MSD es “lograr que la población tenga atención integral eliminando toda forma de exclusión”.

La Visión del MSD es: Un pueblo que ejerce sus derechos participando activamente en la defensa de su salud con un Estado solidario, es parte de la garantía para un desarrollo sostenible.

2.2. Los Niveles de complejidad de atención en servicios de salud

Los establecimientos de salud del sistema público de salud están organizados en tres niveles, de acuerdo al nivel de resolución de los problemas de salud.

Primer Nivel: Su nivel de resolución es de medicina general. Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por: La medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con o sin camas, policlínicas y policlincos; constituyéndose en la puerta de entrada al sistema de atención en salud.

Segundo Nivel: Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología. La unidad operativa de este nivel es el Hospital Básico de Apoyo.

Tercer Nivel. Corresponde a la consulta ambulatoria de otras especialidades médicas; internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

2.3. El Programa Nacional de Género y Violencias

En agosto de 2002 el Ministerio de salud y Previsión Social crea la Unidad Nacional de Género y Violencia (Resolución Ministerial N° 0422 de agosto de 2002). Por la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (Ley N° 2442, del 19 de marzo de 2003) y su Decreto Reglamentario N° 26973, se crea el Ministerio de salud y Deportes y la UGV se constituye en el Programa Nacional de Género y Violencia, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud.

^P Declaración del Dr. Fernando Antezana, Ministro de Salud y Deportes de Bolivia.
<http://www.sns.gov.bo>

Misión del Programa Nacional de Género y Violencias

La Misión del Programa Nacional de Género y Violencias es generar políticas, normas y estrategias que contribuyan a disminuir las incidencias de todos los tipos de violencia e inequidades de género, difusión, aplicación y su adecuado control con eficiencia, responsabilidad y convicción. Todo esto orientado a mejorar la salud de la población en general y grupos vulnerables de la comunidad.

Visión del Programa Nacional de Género y Violencias

La visión del Programa Nacional de Género y Violencias es: “Somos la institución que fiscaliza, regula y facilita la aplicación de estrategias que contribuyan a la equidad de género y la disminución de la violencia en todas sus formas, basados en el trabajo de equipo, calidad científica, técnica y mentalidad preactiva en función de resultados con equidad en beneficio de la familia y al comunidad”.

2.4. El Plan de Prevención y Atención de las violencias y el componente de Violencia Sexual, 2004-2007.

Elaborado por el Programa Nacional de Género y Violencias, su propósito es contribuir al desarrollo de la política nacional de salud, generando y aplicando mecanismos para la prevención y control de violencias intencionales, que permitan – con enfoque multisectorial y con la participación social – atacar aquellas condiciones que afectan a la salud y bienestar de la población boliviana.

Entre los objetivos del plan está: Fortalecer la respuesta del sector salud, especialmente a través de la Atención Primaria de Salud y en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación basada en la comunidad. Y entre las acciones prioritarias de este objetivo tenemos: La implementación de Normas y protocolos para el desarrollo de servicios de emergencia en el primer y segundo nivel de complejidad y la detección precoz de signos de incidentes violentos y la referencia oportuna.

SEGUNDA PARTE

NORMAS DE MANEJO PARA LA VIOLENCIA SEXUAL EN SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD.

Para el manejo integral de las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud se deben aplicar las siguientes Normas generales, Normas de estructura y Normas de procedimientos.

I. NORMAS GENERALES PARA EL MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. Objetivo

Establecer normas generales para el personal de salud del Sistema público de salud, para la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

2. Definición

Las normas generales están basadas en el marco legal general vigente. Entre ellos, la Constitución Política del Estado, el Código Penal, La Ley Contra la Violencia en la familia o Doméstica y su Decreto Reglamentario, el Código Niño, Niña, adolescente, la Ley de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual y la política del sector salud.

3. Normas generales

Las Normas generales para el personal de salud para el manejo de la violencia sexual en servicios de salud son las siguientes: Atención integral, Coordinación y articulación intrasectorial, intersectorial y con actores de la sociedad civil, Denuncia de casos a la policía, Extensión de certificado médico y Control de la violencia sexual.

3.1. Atención integral

Norma 1: Atención integral

El personal de salud proporcionará atención integral a la población, personas vulnerables y a las víctimas de violencia sexual a través de acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

3.2. Coordinación y articulación intersectorial y con la comunidad organizada.

Para proporcionar atención integral al problema de la violencia sexual el personal de salud debe coordinar y articular acciones intrasectoriales, intersectoriales y con la comunidad.

Norma 2: Coordinación y articulación

El personal de salud directivo y operativo a nivel nacional, departamental y local coordinará y articulará acciones integrales para promover la salud sexual y prevenir la violencia sexual⁹ intrasectorialmente, intersectorialmente y con la sociedad civil.

A nivel intersectorial el personal de salud coordinará acciones de promoción de la salud sexual y de prevención de la violencia sexual con otros niveles de atención en salud, con otras redes de salud, con otros establecimientos de salud públicos, privados, seguros de salud, organizaciones no gubernamentales, iglesias o de medicina tradicional.

A nivel intersectorial coordinará y articulará acciones de promoción de la salud sexual y de prevención de la violencia con otros sectores como: El Ministerio de Desarrollo Sostenible y

⁹ Art. 3: Ley 1674/95.

Planificación, El Viceministro de la Mujer, El Ministerio de Educación, el Ministerio de Gobierno, Justicia y Derechos Humanos, y el Ministerio de la Presidencia.^f

El personal de salud desarrollará acciones integrales con los Servicios Legales Integrales, las Defensorías de la Niñez y la Adolescencia, con las Brigadas de Protección a la Familia y otras. Los Servicios Legales Integrales (SLIs) son organismos de apoyo para la lucha contra la violencia en la familia, que deben funcionar en los diferentes municipios del país, como parte integrante de los programas municipales de la mujer (PMM), siendo un servicio municipal permanente de defensa psico-socio-legal en favor de las mujeres, para brindar un tratamiento adecuado a las denuncias de violencia y discriminación.^s Las Defensorías de la Niñez y Adolescencia son un servicio municipal gratuito de protección y defensa socio-jurídica dependiente de cada Gobierno Municipal, constituyen la instancia promotora que vela por la protección y el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.^t Las Brigadas de Protección a la Familia dependen de la policía y se encargan de practicar las diligencias orientadas a la individualización de los autores partícipes, reunir o asegurar los elementos de prueba y prestar auxilio necesario e inmediato a la víctima.

El personal de salud también desarrollará acciones coordinadas y articuladas con ong's y otras instituciones locales afines al tema, con redes comunitarias.

3.3. Denuncia de casos

Norma 3: Obligatoriedad de Denunciar casos de violencia sexual^u

El personal de salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a víctimas de violencia sexual menores de 18 años, o mayores, y discapacitados están obligados a denunciar institucionalmente (la denuncia la debe realizar la Dirección del Servicio de Salud) esos hechos a la policía por tratarse de un DELITO contra la ley.

El personal de salud debe informar a las personas afectadas sobre sus derechos humanos y sexuales, el riesgo de la violencia para su salud y vida; y que la violencia es un delito penado por ley por lo que se debe proceder a la denuncia correspondiente.

3.4. Certificado médico

Norma 4: Expedición de Certificado médico gratuito^v

Los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, bioquímicos) expedirán certificados médicos sin requerirse la especialidad o la intervención de un médico/a forense. Los auxiliares de enfermería que atiendan a las víctimas en centros de salud periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que conste los datos sobre la situación de la víctima que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales. Los certificados médicos o informes, serán gratuitos, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional. Ninguna petición que haga la víctima requiere uso de papel sellado ni timbres.

^f Art. 3: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674.

^s Art. 20: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674.

^t Art. 194: Código Niño, Niña y adolescente.

^u Arts. 21 y 23: Ley 1674/95 y Ley 1403/93 Código del Niño, Niña y Adolescente y Art. 24: Ley 1674/95.

^v Art. 37: Ley 1674 y Art. 16: Decreto Supremo N° 25087 y. Art. 17: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674.

Se admitirá como prueba documental (de violencia) cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud.^w

El médico, a solicitud del paciente, familiares de la víctima o requerimiento fiscal deberá extender el Certificado Médico, sin requerir la intervención del médico forense, en forma gratuita, pudiendo otorgarse en papel corriente con el sello y la firma del profesional médico, bioquímico u odontólogo.

El informe, de los auxiliares o paramédicos que atiendan a las víctimas de violencia sexual denominado también consulta o constancia es un informe breve que puede ser oral o escrito, se extiende a solicitud de la parte interesada (paciente), su objetivo es valorar o estimar algún aspecto referente a la situación de salud de una persona. En el caso de violencia intrafamiliar puede ser expedida por personal de salud no médico, en ausencia de este, se le asigna valor de prueba legal.^x

El Certificado médico (CM) es un documento que otorga constancia escrita de un hecho o hechos que el médico(a) ha comprobado basado en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros exámenes complementarios realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad. Es solicitado por al parte interesada (el paciente) y la por la autoridad judicial. Cualquier profesional médico puede extender un certificado sin requerirse especialidad específica. El CM tiene dos características: No va dirigido a nadie en particular y el médico(a) está relevado del secreto profesional al ser solicitado por la parte interesada. En nuestro país el CM se extiende en un formulario del Colegio Médico Nacional, (en casos de violencia puede ser extendido en cualquier tipo de papel) y debe contener los siguientes aspectos:^y

- 1). Lugar y fecha de emisión del CM.
- 2) Nombre completo del profesional que realiza el certificado.
- 3) Número de matrícula profesional del Ministerio de Salud y N° de matrícula del Colegio Médico Departamental donde ejerce el profesional que emite el CM.
- 4) El texto puede iniciarse así. Certifica que: Haber realizado el examen clínico al Sr. (a) (nombre completo del paciente), la edad según cedula de identidad, la fecha y hora de realizado el examen clínico. En el cuerpo del certificado: incluir los signos y síntomas por orden anatómico y establecer uno o más diagnósticos (presuntivos y/o de certeza si se cuenta con la evidencia y de acuerdo al Código Internacional de Enfermedades (CIE -10).
- 5) Firma y sello del profesional que otorga el certificado Médico.

El CM debe ser escrito con letra legible o con medios como máquina de escribir o computadora. El Certificado Médico, es otra responsabilidad del sector salud. Cualquier CM expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud se admite como prueba documental, facilitando de esta manera los procedimientos legales consecuentes sin la necesidad de intervención de médicos forenses, evitando la revictimización de la víctima de violencia, especialmente cuando se trata de violencia sexual, y favoreciendo la oportunidad en el reconocimiento de las lesiones. Antes de la promulgación de la Ley 1674 y su Decreto reglamentario N° 25087, los certificados médicos solo eran emitidos por médicos forenses pertenecientes al poder judicial. Estos se ubicaban en ciudades capitales de departamentos, por lo que la cobertura de atención era limitada a estas ciudades, asociada a una gran demanda; por lo que muchas veces las víctimas de violencia debían esperar turnos para ser examinadas y

^w Art. 37: Ley 1674/95.

^x MSD, OPS/OMS. Aspectos de Medicina Legal en la Práctica Diaria. Guía para profesionales de servicios públicos de salud, Bolivia, 2004.

^y MSD, OPS/OMS. Aspectos de Medicina Legal en la Práctica Diaria. Guía para profesionales de servicios públicos de salud, Bolivia, 2004.

conseguir un certificado, o en definitiva desistir de la denuncia. Cuando lo conseguían, estos no siempre reflejaban la magnitud de las lesiones, por el tiempo transcurrido.^z

3.5. Control de la violencia sexual

Norma 5: Control de la violencia sexual^{aa}:

El personal de salud deberá realizar acciones de control de la violencia sexual como: Registro, notificación de casos de violencia sexual y análisis de la información.

Los casos se registraran y notificaran especificando el tipo de violencia (física, psicológica, sexual) por edad, por sexo, por residencia rural o urbana y por grupo indígena).

El Sistema Nacional de Información en Salud registrará e informará sobre los casos de violencia en los servicios de salud por forma (física, psicológica, sexual) por edad, por sexo, por residencia rural o urbana y por grupo indígena. En base a la información que deben remitir todos los sectores que conozcan de ella (médicos y demás trabajadores en salud, policía, fiscalía y jueces).^{bb}

Las instituciones y otros sectores que identificaran casos de violencia intrafamiliar/doméstica deben remitir la información al SNIS, para realizar la vigilancia epidemiológica de este problema de salud pública.

a) Registro de casos

Todo personal de salud que preste atención a toda persona víctima de violencia sexual, debe registrar y mantener información vigente sobre el problema.

Para el Registro de los casos de violencia sexual el personal de salud deberá:

Captar los datos en las Historias Clínicas y cuadernos, libros u hojas de registro propias del servicio.

Consignar en la Historia Clínica las lesiones físicas y emocionales, su ubicación topográfica y sus características, así como su evolución para controles posteriores y de diagnóstico.

La Historia Clínica puede convertirse en un documento legal en caso de procesos Legales/judiciales, por lo tanto debe elaborarse una historia clínica completa, si es posible con mapas corporales de localización topográfica de las lesiones, si es posible y el o la paciente lo consiente puede incluir fotografías de las lesiones .

b) Notificación

La notificación permite obtener información a fin de identificar la frecuencia de aparición de un problema de salud, sus variaciones, sus características, las zonas de mayor incidencia y las características de las personas afectadas. Estos son aspectos muy importantes para la atención individual y poblacional del problema de salud notificado.

^z Simposio 2001“Violencia de género, salud y derechos en las Américas ”Cancún, Q.R., México, Junio 4 al 7, 2001.VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, LEGISLACIÓN Y SALUD EN BOLIVIA. Jarmila Moravek de Cerruto. Viceministra de Asuntos de Género, Generacionales y Familia de Bolivia.

^{aa} Decreto Supremo N° 25087/98 que reglamenta la Ley 1675.

^{bb} Art. 3: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674.

La notificación debe realizarse al Sistema Nacional de Información en salud (SNIS) a través de los formularios establecidos.

Notificar el caso utilizando la hoja "Informe mensual de vigilancia epidemiológica del SNIS" y una ficha de investigación epidemiológica, donde deben considerarse

Los casos "probables" y "confirmados" de violencia sexual (según instructivos propios).

Se notificará como "caso probable" a toda persona de sexo masculino o femenino que presente lesiones físicas, psicológicas o sexuales compatibles con violencia sexual: Abusos sexual, reacciones a estrés agudo, desorden de estrés postraumático. Estos casos deberán investigarse epidemiológicamente dentro de las 24 horas.

Se notificará como "caso confirmado" a toda persona que presentando las características antes mencionadas, sea referida o portadora de una contrarreferencia policial o legal/judicial confirmando la situación de violencia sexual. Una vez realizada la investigación del caso, la confirmación, no debe exceder el lapso de 48 a 72 horas.

Caso de defunción por violencia sexual, es la muerte de una persona por causa directa o asociada a violencia sexual.

c) Análisis de la información y toma de decisiones

El personal de salud participará activamente en los Comités de Análisis de Información (CAI), analizando la situación de violencia sexual en el Municipio o Red de salud y tomando decisiones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. El personal de salud compartirá el análisis, la información y las decisiones sobre violencia sexual con otros sectores y recursos comunitarios locales (Con la policía, el sector judicial, organizaciones de base y otras) para abordar el problema de manera integral.

II. NORMAS DE ESTRUCTURA

1. Objetivo

Identificar actividades específicas de prevención y atención de la violencia sexual a desarrollarse en los ámbitos estructurales definidos en el actual Modelo de Gestión de salud.⁹

2. Definición

Son las normas para los ámbitos de gestión del Sistema Nacional de salud: Nacional, Departamental, Municipal y Local. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social. Involucra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.^{cc}

^{cc} Modelo de Gestión del Dilos (Decreto Supremo N° 26875 del 21 de diciembre de 2002).

3. Normas

3.1. Nivel Nacional

Norma 6: A nivel Nacional^{dd}

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el órgano rector, normativo de la gestión de salud a nivel nacional, que a través del Programa Nacional de Género y Violencia es responsable de formular la estrategia, políticas, normas, planes y programas nacionales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la violencia sexual, así como de dictar las normas para la prevención y atención de este problema de salud pública para el Sistema Nacional de Salud.

3.2. Nivel departamental

Norma 7: A nivel Departamental

El Servicio Departamental de Salud - SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y las normas de orden público sobre prevención y atención de la violencia sexual en su jurisdicción territorial en el sector público, el Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Servicios de salud privados con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.

El SEDES es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado.

3.3. Nivel local

Norma 8: Nivel local: Directorio Local de Salud y Gerencias de redes locales de salud

Los Directorios Locales de Salud y los Gerentes de Redes de Salud realizarán actividades de coordinación y articulación en el ámbito municipal (con la SEDES y la comunidad organizada) para asegurar la integralidad de las acciones de salud de prevención y atención de la violencia sexual.

El Directorio Local de salud (DILOS) es responsable de la gestión compartida con participación popular en salud y al mismo tiempo de la administración de las cuentas municipales en salud. El DILOS está conformado por el Alcalde, alcaldesa municipal o su representante, el Directorio Técnico del SEDES o su representante y el representante del Comité de Vigilancia (Juntas vecinales, o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus disposiciones estatutarias.

Norma 9: Nivel Local: Redes de servicios de Salud^{ee}

Es responsabilidad de las Redes de servicios de salud, la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las víctimas de violencia sexual en defensa de la salud integral de la comunidad en su ámbito territorial.

Las Redes de servicios de salud⁹ están formadas por Servicios de salud del Sistema Público de Salud y del Seguro Social de corto plazo. Los establecimientos de salud de la iglesia, privados con o sin fines de lucro y de medicina tradicional, forman parte de las Redes de Salud según convenio, donde corresponda y de acuerdo a su nivel de atención.

Se reconocen dos tipos de Redes de Salud:

a) La Red Municipal de Salud conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de Municipios. El responsable operativo de la red, es el Gerente de Red.

^{dd} Art. 3 Decreto Supremo N° 26875 Modelo de Gestión DILOS.

^{ee} Modelo de Gestión. Decreto Supremo N° 26875, del 21 de diciembre de 2002.

b) La Red Departamental de Salud, conformada por redes municipales y por los establecimiento de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales de departamento. Es responsable de su organización el Director Técnico del SEDES.

Norma 10: Garantizar recursos para la prevención y atención de la violencia sexual en los servicios de salud

El personal de salud a nivel directivo del nivel nacional, departamental y local garantizará las condiciones estructurales mínimas de recursos, organización y capacitación en los servicios de salud para la promoción de la salud sexual y la prevención de la violencia sexual.

Para la atención integral de las víctimas de violencia sexual los servicios de salud deben disponer de recursos humanos, recursos materiales y financieros mínimos.

Recursos humanos capacitados y especialistas:

Los servicios de salud de primer nivel requieren de médicos generales, enfermeras, auxiliares y otro personal de salud capacitados en promoción de la salud sexual, prevención primaria y secundaria de la violencia sexual.

Los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención necesitan Personal de salud, psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadoras sociales capacitados en atención de víctimas de violencia sexual

Los servicios de salud de segundo nivel (centros de referencia) deben disponer por lo menos de un/una trabajador/a social, un/una residente de psiquiatría o un/a psicólogo/a clínico/a para realizar acciones de prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento de las víctimas de violencia sexual) y prevención terciaria (para apoyar en la rehabilitación mental y social de los pacientes).

Para disponer de este personal en segundo nivel de atención podrían hacerse convenios con universidades, postgrados y residencia médica, para contar con estudiantes de último curso de trabajo social, postgrado en psicología clínica, roles de residencia de psiquiatría y otros. Este personal profesional podría además capacitar y actualizar al personal de los servicios de salud.

También el nivel nacional, departamental y local del sector salud en coordinación con las escuelas de formación de recursos humanos en salud deberá promover la inclusión en los currículos de pregrado y en los programas de postgrado de los profesionales de salud la enseñanza de la Violencia y sus tipos (violencia sexual) como problema de salud pública.

Recursos materiales para la promoción y prevención de la violencia sexual en los servicios de salud.

Para realizar actividades de promoción de la salud sexual y de prevención de la violencia sexual el personal de salud requiere de recursos materiales diversos entre estos: Materiales de información, educación y comunicación (afiches, trípticos, folletos, boletines y otros) dirigidos a pacientes, población vulnerable, población en general y personal de salud. Estos recursos deben incluirlos en los POA a nivel nacional, departamental y local.

Lista de instituciones para coordinar

Todos los servicios de salud deben disponer de un registro de instituciones y/o organizaciones para coordinar acciones integrales de atención en salud (promoción, prevención, atención, rehabilitación) y acciones legales: Policías, Brigadas de protección a la Familia, servicios legales, grupos de autoayuda, redes sociales, y otros. La dirección del Servicio de salud debe asegurar que se mantenga un registro actualizado de Servicios de salud para referencia, organizaciones locales de apoyo y seguimiento en aspectos: Legales, de salud mental, de autoayuda, Ministerio

Público y establecer contacto periódico con ellos para coordinar acciones de atención integral a víctimas de violencia sexual.

III. NORMAS DE PROCEDIMIENTOS

1. Objetivo

Promover la salud, prevenir la violencia sexual, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las víctimas de violencia sexual, a través de servicios de salud integrales y articulados con otros actores institucionales presentes en el área geográfica de influencia.

Para lograr este objetivo el personal de salud de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención debe desarrollar acciones de prevención primaria, de prevención secundaria y dentro de la prevención terciaria referir pacientes para su rehabilitación.

2. Definición

Se denominan procedimientos a la sucesión de tareas que se ejecutan o cumplen en cada una de las fases de un proceso. Las normas de procedimientos son aquellas que el personal de salud debe realizar para cumplir cada una de las fases del proceso de atención integral a las personas vulnerables y a las víctimas de violencia sexual.

Para la atención integral del problema de la violencia sexual el personal de salud debe realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Las Normas de procedimientos para el manejo de la violencia sexual en establecimientos de salud de primer nivel y de segundo nivel de complejidad son las siguientes:

Normas de procedimientos de prevención primaria
Normas de procedimientos de prevención secundaria
Normas de procedimientos de prevención terciaria

3. Normas de procedimientos de prevención primaria

3.1. Objetivo:

Reducir el riesgo^{ff} de sufrir violencia sexual interviniendo sobre los factores de riesgo ambientales (naturales y sociales), de estilos de vida y biológicos humanos.

3.2. Definición

La prevención primaria es la intervención en salud pública que se produce antes de que la enfermedad o el problema de salud aparezcan y está encaminada a proteger a las personas y poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad o problema de salud. La prevención primaria más importante es la dirigida a mejorar las condiciones económicas y sociales de vida de las personas y las poblaciones y a ofrecerles los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus derechos e intereses, así como desarrollar su potencial político. Las intervenciones más eficaces para mejorar la salud de la población son las de prevención primaria, a las que se atribuye las mayores disminuciones en la mortalidad y morbilidad de las poblaciones en los siglos XIX y XX.⁹⁹

^{ff} La probabilidad de ocurrencia de un suceso (sufrir violencia sexual) en un periodo de tiempo determinado.

⁹⁹ F. Martinez, J.M. Anto, P.L. Castellanos. Salud Pública. McGRAW –HILL. INTERAMERICANA. México, 1997.

Norma 11: Prevención primaria contra la violencia sexual.

El personal de salud realizará acciones de prevención primaria para disminuir la aparición de casos de violencia sexual.

3.3. Acciones de prevención primaria

Dentro del sector salud podemos hacer prevención primaria a través de las siguientes acciones:

- a) Promoción de la participación de la comunidad.
- b) Capacitación al personal de salud y a la población.
- c) Información, comunicación y educación a la población.
- d) Identificación de personas en riesgo y situaciones de riesgo de violencia sexual

a) Promoción de la participación de la comunidad, buscando apoyo y coordinación con actores y organizaciones comunitarias: Juntas vecinales, Sindicatos y otros. Con otros sectores como: Sector policial, judicial, educativo, ONGs, medios de comunicación.

Realizando eventos de sensibilización e información sobre el problema de la violencia sexual, para analizar la situación local y planificar intervenciones en forma conjunta y organizada a través de la formación redes sociales de prevención y atención de la violencia sexual.

Norma 12: Promoción de la participación de la comunidad para la prevención de la violencia

El personal de salud promoverá la participación de la comunidad para la prevención de la violencia sexual a través de la coordinación y articulación de acciones con redes institucionales y de organizaciones comunitarias contra la violencia, como las Redes de Prevención y Atención de la violencia, las Unidades Comunitarias de Orientación (UCO), y otras.

Una red de prevención y atención es el conjunto de organizaciones de la comunidad e instituciones de diferentes sectores: Salud, educación, policía, jurídico legal, ONGs, iglesias, medios de comunicación, organizaciones comunitarias, alcaldía, prefectura y otras, que unen esfuerzos para desarrollar actividades para prevenir y atender los casos de violencia. Es una estrategia importante para disminuir y tratar la violencia. Al unir los esfuerzos y capacidades de instituciones y organizaciones se aseguran mecanismos de coordinación para enfrentar el problema, planificar participativamente programando y ejecutando soluciones conjuntas. Los objetivos de las redes son reducir la violencia a nivel local (municipios), con la participación activa de la comunidad organizada, e institucionalizando el tema de la violencia como problema en sectores involucrados como salud, educación, policía, sector judicial y otros.^{hh}

Las redes deben organizarse a nivel local en los municipios porque los municipios están en condiciones de priorizar, asignar, y programar recursos para la reducción de la violencia y la promoción de estilos de vida saludables.

Cada red comunitaria planifica, ejecuta y vigila sus propios esfuerzos según los siguientes componentes:

1- Los servicios de salud frecuentemente son el punto de detección inicial para las personas que sufren violencia. Los proveedores son capacitados para identificar a este tipo de personas.

^{hh} Ministerio de Salud y previsión Social, OPS/OMS. Organización de redes para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, 2002, Bolivia.

2- En la comunidad se lleva a cabo un análisis de la situación para evaluar la prevalencia de la violencia e identificar organizaciones y personas que ayudan a las personas víctimas de violencia.

3- Las organizaciones y líderes comunitarios se movilizan para formar redes de apoyo y servicio.

4- Las redes se reúnen para planificar, ejecutar y vigilar actividades que abordan la violencia.

5- Las replicaciones de las redes comunitarias a los niveles regionales y nacionales abogan por políticas (adiestramiento, normas y sistemas de información), legislación y recursos para abordar la violencia a los niveles nacionales, regionales y locales.

Las **Unidades Comunitarias de Orientación (UCO)** son una estrategia basada en la participación efectiva de la comunidad para luchar contra la violencia. Las UCO son instancias de la comunidad organizada que tienen por objetivo: Contribuir a la disminución de la violencia en el barrio o comunidad, prevenir las formas más frecuentes de violencia en el vecindario y articularse efectivamente con las instituciones que prestan servicio contra la violencia. Están conformadas por representantes de la comunidad (Juntas vecinales) elegidas democráticamente.

Deben coordinar y ser reconocidas por las bases a las que representan y las instituciones relacionadas con la atención de la violencia. Como: La alcaldía, Servicios públicos de salud, la Brigada de protección a la familia, los Servicios legales integrales y la Defensoría del Niño, niña y adolescentes, más cercanas a la sede de la Junta vecinal donde se localiza la UCO.

Las UCO funcionan como mediadoras entre la comunidad y las instituciones competentes. Sus principales funciones son la orientación, información, referencia y conciliación de casos de violencia cuando éstos no constituyen delitos tipificados.

Los miembros de las UCO reciben capacitación en temas como formas de violencia y factores de riesgo, derechos humanos, autoestima, resolución de conflictos, comunicación efectiva, técnicas de conciliación y aspectos relacionados con organización.

Las UCO establecen sistemas de vigilancia comunitaria, que consisten en la elaboración de mapas de riesgo, buzones de sugerencias y denuncias, registro de datos elementales y reuniones mensuales "para la acción"; instrumentos con los cuales se consigue una articulación con las instituciones encargadas de responder al problema de violencia (salud, policial y legal).

En la actualidad funcionan 37 UCO's en los departamentos de Santa Cruz, Tarija, Cochabamba y La Paz. La meta es organizar 18 nuevas unidades por departamentos a lo largo del país para finales de 2005.ⁱⁱ

b) Capacitación al personal de salud y a la población, para fortalecer destrezas y habilidades en la prevención y atención de la violencia sexual de personal de salud y de colaboradores de la comunidad: promotores de salud, brigadistas y otros, para el desarrollo de actividades específicas como la búsqueda de casos, seguimiento e información a la población.

Norma 13: Desarrollar acciones de capacitación

El personal de salud con funciones directivas a nivel nacional, departamental, municipal y del establecimiento de salud tiene la responsabilidad de promover y desarrollar acciones de capacitación y actualización en prevención y atención de violencia (física, psicológica y sexual) dirigidas al personal de salud, al personal de instituciones y organizaciones relacionadas con el problema (policía, sector legal, comunidad) y la población en general. También deberá desarrollar acciones de seguimiento del desempeño del personal capacitado en prevención y atención de violencia.

ⁱⁱ El boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud.

Según el Art. 2 del Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674: Serán capacitados en la prevención de la violencia los profesionales encargados de la atención, defensa, tratamiento y orientación a las víctimas de violencia

La capacitación del personal de los servicios de salud puede hacerse a través de convenios con sociedades científicas de profesionales (Sociedad de Ginecología y obstetricia, Sociedad de Psiquiatría, Sociedad de Psicólogos clínicos, Sociedad de Salud Pública y otros), también a través de convenios con Universidades, postgrados y Residencia Médica.

Norma 14: Obligación de capacitarse

El personal de salud tiene la obligación de participar de las actividades de capacitación y actualización en prevención y atención de violencia en todas sus formas, promovidas por el nivel nacional, departamental, municipal o por la Dirección del servicio de salud.

c) Información, comunicación y educación a la población sobre la violencia sexual como problema de salud pública y la necesidad de su prevención y atención.

Norma 15: Promover y desarrollar acciones de Información, educación y comunicación

El personal de salud tiene la responsabilidad de promover y desarrollar acciones de Información, educación y comunicación (IEC) sobre violencia (física, psicológica y sexual) para su prevención, atención y rehabilitación dirigidas a la población y los pacientes.

Como parte de la información, comunicación y educación en salud a la población el personal de salud debe:

Difundir los derechos a la salud sexual y protección de las personas: Mujeres, hombres, niños, niñas, adolescentes, ancianos/as, discapacitados/as de la violencia sexual.

Explicar en forma resumida, sencilla, básica y clara que es "la violencia sexual", cómo prevenirla y cómo tratarla.

Explicar el proceso de atención de la violencia sexual que se puede realizar en el servicio de salud.

Informar dónde buscar ayuda: Institucional (policial, judicial y de organizaciones sociales (redes de ayuda, ONG y otras).

d) Identificación de personas en riesgo y situaciones de riesgo de violencia sexual:

Otras actividades de prevención primaria que el personal de salud puede realizar son: Identificar personas y situaciones de mayor riesgo de sufrir violencia sexual.

1. Personas en riesgo de sufrir violencia

Las personas vulnerables a violencia sexual pueden presentar diferentes perfiles algunos podrían ser los siguientes: sexo femenino, dependencia económica, baja autoestima, historia de maltrato y/o abuso en la familia de origen, experiencia previa de abuso sexual, menores de edad con hogares sustitutos, anciano (a), discapacidad, personas en prisión, personas involucradas en prostitución, personas que abusan de sustancias (alcohol y drogas), víctimas de guerras, personas en pobreza extrema, etc.

Las personas con perfil de riesgo de maltratadores pueden ser: Hombre, agresivo, violento, controlador, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos y/o violencia sexual en familia de origen, con trastornos psicológicos y patologías que favorecen el descontrol de impulsos, que abusan de sustancias alcohol y drogas.

2. Las situaciones de riesgo que el personal de salud puede identificar son: Abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, embarazo, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar.

Norma 16: Identificar personas y situaciones de riesgo

El personal de salud debe identificar personas con mayor riesgo de sufrir violencia sexual y situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad para la aparición de este problema de salud, para intervenir con acciones de prevención primaria (disminuyendo el riesgo) y de prevención secundaria (diagnosticando precozmente el problema de salud).

Actuando en este nivel de prevención rompemos también el círculo de la violencia transgeneracional. Generalmente el adulto agresor o víctima de violencia sufrió violencia intrafamiliar en su niñez o adolescencia.

4. Normas de procedimientos de prevención secundaria

4.1. Objetivo

El objetivo principal de la prevención secundaria es diagnosticar y tratar adecuadamente las lesiones, daños o patologías, derivados de la violencia sexual, de manera integral, considerando los aspectos físicos, mentales y sociales de la persona afectada.

La prevención secundaria pretende diagnosticar y tratar precozmente las lesiones físicas y mentales derivadas de la violencia sexual, evaluar la magnitud del problema y el riesgo de nueva violencia sexual y vincular a la víctima con recursos y redes de ayuda institucional y comunitaria

4.2. Definición

La prevención secundaria es el diagnóstico precoz y tratamiento temprano de la persona víctima de violencia sexual. Es la intervención en salud pública dirigida a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad, deteniendo su desarrollo en las etapas iniciales. Las campañas de detección precoz son los ejemplos más característicos de este tipo de intervención.^{jj}

Norma 17: Realizar prevención secundaria

El personal de salud debe: Diagnosticar y tratar precozmente las lesiones físicas y mentales derivadas de la violencia sexual, evaluar la magnitud del problema y el riesgo de nueva violencia y vincular a la víctima con recursos y redes de ayuda institucional y comunitaria. De acuerdo a la legislación en vigencia y las normas específicas del sector salud.

4.3. Acciones de prevención secundaria

Para realizar la prevención secundaria el personal de salud debe realizar las siguientes actividades:

- a) Búsqueda activa de casos
- b) Recepción de la víctima
- c) Realizar la Historia Clínica
- d) Tomar muestras como pruebas y preservarlas
- e) Solicitar exámenes complementarios e interconsultas
- f) Formular el diagnóstico
- g) Dar tratamiento
- h) Extender el Certificado Médico

^{jj} F. Martínez, J.M. Anto, P.L. Castellanos. Salud Pública. McGRAW –HILL. INTERAMERICANA. México, 1997.

- i) Registrar, notificar y denunciar el hecho
- j) Referir y contrarreferir.

A. Búsqueda activa de casos

Para diagnosticar precozmente lesiones físicas y/o mentales por violencia sexual el personal de salud debe realizar una búsqueda activa de casos a través de preguntas y signos de alerta..

Norma 18: Búsqueda de casos de violencia

El personal de salud debe realizar una búsqueda activa de síntomas, signos y señales de alerta de violencia sexual para diagnóstico precoz y tratamiento temprano, a través de preguntas simples y directas a toda persona que acuda aun servicio de salud por cualquier patología o necesidad. Estas preguntas deben realizarse en un ambiente privado y confidencial.

El personal de salud debe preguntar a toda persona que acude a consultar a un servicio de salud (con o sin sintomatología de violencia) si sufre violencia, con un lenguaje adecuado y buscar signos físicos y mentales de alerta.

Las personas víctimas de violencia están dispuestas a comunicar esta situación al personal de salud si se les pregunta sobre estos hechos y si el personal de salud se muestra dispuesto a ayudarlas a enfrentar la situación.

Aunque el motivo de consulta no sea por violencia sexual hay síntomas y signos que permiten su detección médica.

Las preguntas pueden ser las siguientes.^{kk}

1. ¿Se ha sentido alguna vez maltratada (o) emocional o psicológicamente por alguna persona (familiar o no). Ejemplo: Insultos constantes, humillaciones delante de la gente o en privado, destrucción de objetos preciados, ridiculización, rechazo, amenazas, aislamiento de amigas (os) o familiares?.
2. ¿Alguna vez (familiares u otras personas) le han causado daño físico (golpes, heridas, quemaduras, patadas, pellizcos, empujones)?.
3. ¿En algún momento de su vida a sido forzada a tener contacto o relación sexual? (Incluye tentativas, comentarios, insinuaciones sexuales no deseados por familiares u otras personas).
4. ¿Se siente segura(o) volviendo a su casa o encontrándose con su pareja o familiares?

Si la persona responde que no a las tres primeras preguntas es necesario respetar su silencio, ofrecerle material informativo sobre el problema de violencia sexual y en la siguiente consulta volver a preguntarle.

Los signos de alerta de Violencia sexual son los siguientes:

1. Físicos: Heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del hecho, localización, demora en la solicitud de atención.
2. Psíquicos: Ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.

^{kk} Guía rápida para la intervención en casos de violencia intrafamiliar/doméstica para proveedores de servicios de salud. OPS/OMS, 2004.

3. Actitudes y estado emocional de la víctima y los acompañantes:

Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones. Estado emocional: tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema.

Actitudes de los acompañantes: Excesiva preocupación y control, o excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos;

Norma 19: Informar, educar y comunicar para diagnóstico y tratamiento precoz

El personal de salud debe informar, a todo paciente que acude al servicio de salud por diversas causas, lo siguiente:

- En forma resumida, sencilla, básica y clara que es “la violencia sexual”, cómo prevenirla y cómo tratarla.
- El proceso de atención de la violencia sexual que se puede realizar en el servicio de salud.
- Dónde buscar ayuda: Institucional (policial, judicial y de organizaciones sociales (redes de ayuda, ONG y otras).

B. La recepción de las personas víctimas de violencia sexual

Norma 20: La recepción de la persona víctima de violencia sexual

Todo el personal del establecimiento de salud debe proporcionar a la persona que acude al servicio de salud por violencia sexual un trato digno, respetuoso, sensible, neutral, empático, sin juicios de valor o comentarios sobre lo sucedido, expresando su comprensión por la magnitud y trascendencia del daño sufrido por el o la paciente.

Las personas afectadas por violencia sexual han sufrido una experiencia muy traumática y llegan en estado muy vulnerable sobrepasadas por las emociones (angustia, rabia, hostilidad, vergüenza, culpa, miedo) atemorizadas por la posibilidad de ser nuevamente agredidas. Las víctimas pueden estar confundidas, sin dignidad, con dudas (por desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos), sin control de sus emociones, no saben cómo reaccionar, indecisas por temor a las consecuencias de estas para ellas, sus familias (el agresor puede ser familiar o conocido), venganza, rechazo, poca confianza en los servicios de salud, la policía y las leyes.

Una atención de casos de violencia sexual inadecuada por: Trámites excesivos, por no reconocer el estado emocional de la víctima, por discriminación, por culpabilización de la víctima, por desconocimiento o temor del personal de salud y de la víctima de las implicancias de reconocer este hecho como un delito, puede hacer inaccesible la posibilidad de atención física y psicológica de las víctimas y evitar que la violencia continúe

Para que el/la paciente se sienta bien recibido/a en el servicio de salud, el personal de salud debe:

El personal de salud de los servicios de salud debe atender a toda persona víctima de violencia sexual

En condiciones adecuadas, sin discriminación de su nivel socioeconómico, sexo, edad, raza, cultura, procedencia y otros. Respetando sus valores y creencias

Crear un ambiente de aceptación, respeto, confianza para que la persona se sienta escuchada, comprendida y aliviada.

Animar con mucho tacto a la persona a hablar sobre el hecho, escuchando sin juzgar y sin dudar del relato de la víctima.

Hacerle conocer que la persona no esta sola, que hay instancias de apoyo y ayuda en salud, legal, policial y social.

Validar los sentimientos y emociones del o la paciente, nunca restarles importancia, más bien permitir su expresión con frases como: “Es normal que se sienta así”, “Cualquier persona en su lugar se sentiría así”.

Explicar a la persona que es beneficioso para ella expresar sus sentimientos y dolor por la situación vivida.

Fortalecer la autoestima del o la paciente reconociendo, resaltando y valorando sus capacidades personales (habilidades y recursos) para enfrentar la situación de violencia. Valorando que la persona haya buscado ayuda en el servicio de salud.

Utilizar este contacto inicial con el o la paciente para evaluar el riesgo y la magnitud del problema, especialmente si la violencia es intrafamiliar o por un conocido.

Informar a la persona que la violencia sexual es un factor de riesgo de daño severo o muerte, especialmente en casos de violencia intrafamiliar.

Estudiar con la víctima medidas actuales y futuras de protección: Legales, policiales, albergues, acompañantes, denuncias y otras.

C. Realizar la Historia Clínica

Antes de realizar la historia clínica el médico o médica debe seguir los siguientes pasos previos:

Identificarse y explicarle que uno es el médico(a) que le atenderá o acompañará.

Preguntar que necesita y ofrecer ayuda. Si la persona llegó sola(o) al servicio brindarse a llamar a un familiar o conocido.

Explicarle que nadie va juzgarla(o), que está entre personas que quieren ayudarla, que se respetaran sus derechos y principios religiosos o éticos.

Asegurarle que será protegida(o) de la revictimización en el servicio de salud, porque el personal de salud no le pedirá que relate lo sucedido más de una vez, será examinada(o) una sola vez en el servicio, excepto si es necesario atenderle médicamente.

El personal de salud debe ponerse en el lugar de la victima de violencia sexual, sin juzgarla, comprender su estado emocional (vergüenza, culpa, baja autoestima, sufrimiento, angustia, temor y otros).

El personal de los servicios de salud no debe victimizar más a la víctima, haciéndola sentir culpable, dudando de sus palabras, recriminándola, no dándole importancia, juzgándola, por prejuicios o estereotipos sobre las personas que sufren violencia sexual: “Andaba con minifalda”, “andaba tarde en la noche”, etc.

Informarle detalladamente sobre: ¿Qué se le va preguntar?, ¿Qué exámenes físicos se le va hacer, dónde, por quién?, ¿Qué exámenes de laboratorio?, ¿Que procedimientos para tomar muestras? , ¿Qué tratamientos curativos, preventivos? y otros.

Informarle que una vez terminado el examen médico, si lo solicita, se le entregará una descripción de las muestras recogidas y un Certificado Médico gratuito.

Norma 21: Historia Clínica completa

El médico(a) debe realizar una historia clínica completa a la persona sospechosa o víctima de violencia sexual, solicitando los exámenes de laboratorio e interconsultas de especialidad necesarias para llegar a un buen diagnóstico y tratamiento.

Historia clínica completa

Se considera completa cuando contiene suficiente información acerca de los acontecimientos que justifiquen el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final.

(Ver en Anexo N° 3: Guía de Historia Clínica Completa en Víctimas de violencia sexual).

Registro y descripción detallada en la historia clínica

Deben registrarse en la Historia Clínica el estado de salud mental de la persona afectada desde el punto de vista del médico general: Angustia, bloqueo emocional, pánico y otras.

Deben describirse en la Historia Clínica, detalladamente, todas las lesiones físicas de la región cefálica a la caudal del/ de la paciente (heridas, excoriaciones, erosiones, contusiones, equimosis, hematomas, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc.).

Valor legal de la Historia Clínica

La Historia Clínica es un instrumento de valor médico exclusivo, pero en ciertas circunstancias puede adquirir valor legal.

Observar la conducta de los acompañantes

Para el diagnóstico es importante además de realizar una historia clínica completa observar la conducta de los acompañantes de la víctima. Ya que pueden ser los agresores.

Anamnesis o entrevista al paciente

El médico (a) debe realizar una anamnesis completa, utilizando lenguaje sencillo, sin juicios de valor y con la privacidad necesaria.¹¹

El diagnóstico de violencia sexual no siempre es sencillo, es importante realizar una buena anamnesis y observar el comportamiento de los acompañantes del paciente.

El personal de salud debe atender a la/el paciente en un ambiente aislado de ruidos, que mantenga la privacidad e intimidad del paciente durante la entrevista y el examen físico.

Considerar el tiempo de la entrevista, si es muy prolongado puede perderse el rumbo del diálogo, si es muy corto, no se alcanza a romper el silencio inicial de la entrevista.

Tener en cuenta que casi siempre la persona afectada tiene vergüenza y baja autoestima, inseguridad, incertidumbre, tenor, timidez, pasividad, dependencia, carencias afectivas, angustia y otros signos y síntomas relacionados con trastornos del estado de ánimo.

Algunas personas en el momento de la atención lloran, otras no demuestran emociones, o relatan la vivencia como si fuera de otras personas, otras se culpan por los hechos, otras culpan al agresor, otras callan. No todas las personas reaccionan de igual manera ante situaciones parecidas.

¹¹ Ministerio de salud y Deportes, OPS/OMS. Aspectos de Medicina Legal en la práctica diaria. Guía para profesionales de servicios públicos de salud. La Paz: OPS/OMS, 2003

En el caso de sospecha de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes es muy importante que la atención médica no sea percibida como una amenaza para los responsables o cuidadores (posibles agresores) porque podría llevarlos a rechazar el tratamiento o desmotivarlos para llevar nuevamente a las víctimas a los servicios de salud.

Para lograr una comunicación efectiva con el/la paciente, el personal de salud deberá:

Utilizar un lenguaje adecuado al paciente, según sexo, edad, grado de escolaridad, idioma, nivel mental, etc.

Ofrecer y demostrar apoyo y comprensión al paciente escuchando activamente (con paciencia), demostrando interés, siendo amables, comprensivos y profesionales.

El personal de salud debe tener presente y evitar las siguientes barreras que obstaculizan la comunicación con el paciente:

Utilizar un lenguaje técnico inaccesible, inadecuado al paciente.

Atender al paciente en un ambiente ruidoso, con muchas personas circulando.

Tener prejuicios o estereotipos sobre las personas que sufren violencia sexual: "andaba con minifalda por eso la violaron".

Presencia de acompañantes de la víctima que entorpecen el diálogo con la persona afectada, muy solícitos, obedientes que insisten en permanecer al lado de la víctima, u otras personas que piden información sobre la víctima, haciéndose pasar por policías u otras autoridades, pueden ser sospechosos de ser los agresores.

Presencia de acompañantes (como los hijos de la víctima u otros menores), que pueden ser afectados por el diálogo del personal de salud con la víctima.

Entrevista a paciente y acompañantes

En sospecha de violencia de cualquier tipo debe entrevistarse a el/la paciente y a los acompañantes por separado, porque el acompañante puede ser el agresor y obstaculizar la anamnesis.

Examen físico

El objetivo del examen físico está referido a encontrar evidencias para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas de la persona afectada, por lo que debe ser voluntario y no traumático.

Para un realizar un buen examen físico deben observarse los siguientes principios y procedimientos generales:^{mm}

1. Explicar a la paciente todos los procedimientos que se realizarán para el examen físico, su importancia médica, resaltando la posible revelación de la información obtenida por el examen físico a terceros incluyendo la policía y los jueces
2. Obtener el consentimiento informado de la paciente para realizar el examen físico.
3. Si es posible que este presente durante el examen un familiar o persona amiga de la paciente.

^{mm} Reunión de Guatemala de Planificación anual de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud OPS/OMS noviembre 2004.

4. Debe estar presente otro personal de salud profesional o técnico del mismo sexo que el paciente a ser examinado a fin de generar confianza y seguridad. Por ejemplo una enfermera si la paciente es mujer.
5. Durante todo el examen físico informar al paciente sobre lo que estamos haciendo, el siguiente paso del examen a realizar y pedirle permiso. Mostrarle y explicarle los instrumentos a utilizar y los materiales para recolectar muestras. Debemos anticiparnos a una posible incomodidad o vergüenza del paciente
6. El examen debe realizarse en un ambiente tranquilo, con buena iluminación, temperatura agradable, limpio, privado y aislado para respetar la intimidad del paciente.
8. Debe brindarse a la paciente la mayor privacidad posible para quitarse la ropa y proporcionársele una bata limpia.
9. Si la ropa que se quita la paciente para el examen físico es la que utilizó cuando sufrió la violencia sexual, la paciente debe desvestirse en el piso sobre un rectángulo grande de papel (para que pueda colectarse pelos u otras evidencias). La ropa de la paciente debe guardarse como evidencia forense, ésta debe cogerse utilizando guantes y junto con el pedazo de papel, colocarse en una bolsa de papel o plástica; y cerrada cuidadosamente.
10. Al dar indicaciones al paciente ser amable no autoritario: Por ejemplo decirle: ¿Necesito examinar su abdomen, sería tan amable en acostarse?.
11. Deben documentarse todos los hallazgos a medida que se va procediendo al examen físico.
12. Responder siempre a las dudas y preocupaciones del paciente con empatía.
13. Si el estado emocional del o la paciente impide que sea examinado, debe solicitarse apoyo y si tampoco es posible con ayuda debe suspenderse el examen. En ese caso debe internarse y sedarse al paciente. (Ver anexo N° 4). Tratamiento de trastornos de estrés post traumático). Esta dificultad debe ser registrada en la Historia Clínica.

Consentimiento informado

El médico/a para realizar un examen físico completo a el/la paciente víctima de violencia sexual debe obtener su consentimiento informado.

Para obtener el consentimiento informado de la paciente el médico debe explicar al paciente aspectos de la consulta médica, prestando particular énfasis en la revelación de la información a terceros incluyendo la policía y los jueces.

El consentimiento informado es importante en los asuntos médico-legales. El examinar a una persona sin su consentimiento podría resultar en cargos contra el médico por asalto, golpes o invasión de la intimidad. En algunos países, los exámenes resultantes sin consentimiento no tienen validez en procedimientos legales subsecuentes.

Para realizar un examen físico completo el médico debe seguir los siguientes pasos:²¹

1. Observar y anotar la apariencia general del paciente y su comportamiento y funcionamiento mental, si se observa limitaciones de funcionamiento mental evaluar si es reciente (por consumo de alcohol o drogas) o sintomática de una enfermedad o discapacidad como retardo mental.
2. Tomar los signos vitales: Pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura.

3. Examinar minuciosamente al paciente de la cabeza a los pies, terminando con la región genital y anal.
4. Examinar, describir y anotar cualquier lesión física (signos de mordeduras, heridas de arma blanca o de fuego, quemaduras, excoriaciones, signos de presión ungueal, contusiones, excoriaciones, etc.).
5. Utilizar mapas corporales para indicar la ubicación y el tamaño de las lesiones.
6. Si es posible tomar fotografías de las lesiones con la autorización del paciente.
7. Si es necesario, solicitar exámenes complementarios de diagnóstico: Radiografías, ecografías, TAC, hemograma y otros. Con el propósito de confirmar el diagnóstico de fracturas y otro tipo de lesiones de cabeza, cuello, trauma abdominal, etc.

Durante el examen físico deben observarse las siguientes precauciones universales:ⁿⁿ

Usar guantes cuando se este en contacto con fluidos corporales (sangre y otros).

Cambiar guantes cuando cambie de pacientes, a veces será necesario cambiarse los guantes durante el examen para evitar la contaminación.

Lavarse las manos con agua y jabón después de cualquier exposición a fluidos corporales o sangre, entre pacientes, y después de haberse quitado los guantes.

Utilizar dispositivos protectores de ojos, mascarar, barbijos u otro tipo de protección si existe a probabilidad de que salpique sangre y otros fluidos corporales en cara, ojos o boca.

Colocar las agujas utilizadas en contenedores impermeables para basura contaminada.

El médico/a no debe realizar espéculosocopia vaginal en niñas y adolescentes. Solo está indicada en casos muy especiales y con anestesia, en sospecha de desgarros que deben ser suturados quirúrgicamente. En este caso pueden tomarse muestras para identificar Infecciones de transmisión sexual (hongos, tricomonas, gonorrea).

Consideraciones básicas en el examen ginecológico:

En la mujer virgen: Himen aparece desgarrado, con escaso sangrado, inflamación y tumefacción en el área. Para el examen se recomienda utilizar la maniobra de las Rendas: tomas los labios mayores con los dedos índice y pulgar, traccionádoslos hacia delante y a ambos lados de la vagina. Con ello el himen quedará expuesto a la observación.

Los desgarros himeneales cicatrizan entre 5 a 7 días después del hecho, después de este período es imposible determinar la data del hecho. Para la descripción de la ubicación de los desgarros, utilice la técnica de las agujas del reloj.

En la mujer desflorada: Habitualmente no se producen desgarros por lo que debe realizar examen del contenido vaginal para evidenciar presencia de líquido seminal.

ⁿⁿReunión de Guatemala de Planificación anual de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud OPS/OMS noviembre 2004.

En ambos casos, pueden haber desgarros de las paredes vaginales, especialmente cuando hay desproporción entre el pene y la cavidad vaginal, cuando se ejerce violencia física y cuando existieron múltiples agresores.

Exploración anorectal: las lesiones más frecuentes consisten en excoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas de la mucosa y de los pliegues radiados. Adicionalmente, se pueden encontrar alteraciones funcionales (parálisis del esfínter anal con dilatación y disposición en embudo del ano).

D. Solicitar exámenes auxiliares de laboratorio o gabinete

El personal de salud de acuerdo a criterio médico debe solicitar exámenes de laboratorio y gabinete, tomando en cuenta la comorbilidad presente (fracturas, infecciones de transmisión sexual, neumotórax, embarazo, etc.)

Dentro de los exámenes de laboratorio, deben requerirse como prioritarios:

tipo de examen ^{oo}	Al momento de admisión	A las 2 semanas	A las 6 semanas	A los 3 meses	A los 6 meses
VDRL o RPR	✘		✘		
Elisa o Western Blot	✘			✘	✘
Test de embarazo	✘		✘		

E. Solicitar interconsultas con especialistas médicos

Si es necesario el personal de salud solicitará interconsultas con especialistas de otros niveles de complejidad para precisar el diagnóstico y también para iniciar un tratamiento adecuado (gineco-obstetras, psiquiatra, traumatólogo, urología, neurología y otros).

F. Tomar muestras y preservar las pruebas^{pp}

Norma 22: Tomar muestras y preservar pruebas

El personal de salud deberá tomar muestras de la víctima, para su conservación y envío correspondiente a las autoridades judiciales y/o policiales.

El personal de salud debe tomar y preservar probables pruebas físicas de violencia sexual (ropa, cabellos, uñas, sangre y otros líquidos corporales) en bolsa de nylon o en otros materiales que garanticen su aislamiento, debidamente rotuladas. Estas deben entregarse a autoridades legales o policiales competentes en caso de requerimiento.

Las muestras deben incorporar, entre otras, manchas de sangre, semen en vagina, boca, recto y ropas, fibras, tejidos y pelos. En las agresiones sexuales, por ser un tipo de delito en el que se

^{oo} No invalida exámenes de rutina como Hemogramas, eritrosedimentación, orina y otros.

^{pp} Ministerio de salud y Deportes, OPS/OMS. Aspectos de Medicina Legal en la práctica diaria. Guía para profesionales de servicios públicos de salud. La Paz: OPS/OMS, 2003

requiere una información muy particular, habitualmente se utiliza muestras para estudios de genética forense.

Las muestras a tomar para exámenes de laboratorio son

- Muestras de sangre de la víctima y del posible agresor.
- Contenido vulvar, perivulvar y vaginal para la búsqueda de semen y espermatozoides. También del moco cervical.
- Contenido rectal para la búsqueda de semen y espermatozoides.
- Contenido bucal (delante y detrás de incisivos superiores, espacio interincisal superior, cara vestibular y palatina) para la búsqueda de semen y espermatozoides.
- Las muestras de contenido vaginal, rectal u oral deben ser tomadas por separado para estudios de semen o de ADN.
- Flujo vaginal, uretral y /o anal para examen bacteriológico y parasitario (hongos, tricomonas, gonococo, etc.).
- Estudio de manchas en la ropa de la víctima para buscar espermatozoides, semen, sangre, ADN.
- Estudio de ADN en espermatozoides o medios o medios biológicos
- Estudios para diagnóstico de embarazo.
- Ecografía
- Colposcopia

Los estudios de ADN, se realizan en dependencias de los Institutos de Investigaciones Forenses (IDIF) presentes en cada capital de departamento del país, y son requeridos a través de orden judicial.

Conservación y derivación de las muestras

Conservación:

- Para su conservación las muestras deben estar embebidas de suero fisiológico, no sumergidas, en un tubo de ensayo seco y rotulado que debe conservarse refrigerado.
- Puede extenderse la muestra en un portaobjetos y secarlo al aire, para ser envuelto en papel seco y luego colocada en una bolsa de plástico rotulada.

Derivación:

- Las muestras tomadas de la víctima y del posible agresor deben ser derivadas al Servicio Médico Forense (IDIF) correspondiente.
- Deben ir rotuladas, en cajas selladas.
- Debe adjuntarse el informe médico legal (Certificado Médico) y la orden judicial.
- La ropa de la víctima con posibles manchas de sangre o semen deben ser secadas al aire para evitar la humedad y el crecimiento de hongos y otros microorganismos que interfieran en el análisis de laboratorio y guardadas en bolsas o cajas selladas.

Será de gran beneficio para el paciente, si el medico recoge evidencia forense^{qq} importante, durante el examen físico.

Es importante almacenar las muestras por lo menos durante un año antes de desecharlas, en espera de una orden judicial o del fiscal.

Para poder realizar un análisis correcto de las muestras el experto necesita: El contenido a analizar (vaginal, mancha de semen, sangre, etc.), muestra de sangre de la víctima para

^{qq} Un examen forense es un examen medico conducido para aportar pruebas para posibles procedimientos judiciales en el futuro que requieran de una opinión médica.

determinar el patrón de ADN y saber si las manchas de sangre corresponden a la víctima o a otra persona y muestra de sangre de la persona sospechosa para comparación de ADN.

Después de haber terminado la anamnesis, el examen clínico y la toma de muestras el médico debe describir los síntomas y signos propios de la agresión (a nivel urogenital, anal y oral) y todas las lesiones físicas encontradas. El médico debe consignar su apreciación profesional del tipo de agresión sexual, su pronóstico médico y el tiempo de curación de las lesiones. El médico no puede afirmar el delito ni calificarlo.

Aspectos a recordar para la atención de víctimas de violencia sexual (VS)

- Estar alerta ante la posibilidad de VS.
- Descifrar signos de VS a través de indicios.
- Estar alerta ante demandas del/ de la paciente que pueden ser una petición de ayuda no expresa.
- Establecer un diagnóstico lo más pronto posible, con un examen físico y mental.
- Identificar las lesiones corporales.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima y en el posible agresor.
- Evaluar la magnitud de la VS, valorando gravedad de las lesiones, riesgo vital, y el grado de peligrosidad o riesgos de nueva agresión
- Una vez diagnosticado la VS poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el posible agresor.
- Establecer un plan de actuación integral y coordinado.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra (en caso de menores de edad) si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible.

G. Diagnóstico

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), pueden presentarse muchos diagnósticos como resultado de la violencia, entre estos los principales se encuentran en los siguientes capítulos del CIE-10:

Capítulo 1:

A00- B99 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Entre estas varias infecciones de transmisión sexual.

Capítulo 5:

F00-F99 Trastornos mentales y del comportamiento

F43: Reacción al estrés post traumático y trastornos de adaptación

Capítulo 14:

N88-N98 Enfermedades del sistema genitourinario- trastornos inflamatorios de los órganos genitales femeninos.

N93 Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales

Capítulo 15:

O00-999 Embarazo, parto y puerperio.

Capítulo 19:

S00-T98 Traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

T74 Síndrome de maltrato

T74.1 Abuso físico

T74.2 Abuso sexual

T74.3 Abuso psicológico

T74.8 Otros síndromes de maltrato

Capítulo 21

Z00-Z99 Factores que influye en el estado de salud y contactos con los servicios de salud.

T74.9 Síndrome de maltrato no especificado

Z61 *Problemas relacionados con hechos negativos en la infancia:*

Z61.4 P.R. con abuso sexual del niño o niña por persona dentro del grupo de apoyo primario
Z61.5 P.R. con el abuso sexual del niño o de la niña por persona ajena al grupo de apoyo primario
Z61.6 P.R. con abuso físico del niño o de la niña.

Entre los diversos diagnósticos están la Reacción al estrés agudo y el Trastorno de estrés postraumático.

Reacción al estrés agudo

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Trastorno de Estrés Post traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el ser humano, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no

son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

I. Tratamiento integral

Sobre la base de la definición de salud como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez” (OPS/OMS), el tratamiento de las lesiones y trastornos derivados de la violencia sexual debe ser integral: Físico, psicológico y social. Para esto se requiere de la coordinación y articulación de acciones multisectoriales, multidisciplinarias y comunitarias.

Norma 23: Tratamiento integral

El personal de salud debe proporcionar a toda persona víctima de violencia sexual tratamiento integral de los trastornos físicos y mentales derivados de la situación de violencia, de acuerdo al diagnóstico y nivel de resolución del servicio de salud.
--

Norma 24: Hospitalización de menores de edad, ancianos/as o discapacitados

El personal de salud debe hospitalizar a todo niño, niña, adolescente, anciana/o o persona discapacitada con sospecha o diagnóstico médico de sufrir violencia sexual, aunque no presente lesiones físicas o mentales de consideración. La internación es para proteger a la víctima, y valorarla por el ginecólogo, forense y denunciar el hecho al policía.

En todo caso de violencia sexual, el personal de salud debe solicitar la presencia e intervención policial por tratarse de un delito tipificado en la legislación boliviana.

a) Tratamiento de lesiones físicas

Las lesiones físicas que presenta una víctima de violencia pueden ser diversas. El tratamiento médico debe ser lo menos traumático posible, considerando el estado emocional del/de la paciente.

b) Tratamiento de trastornos emocionales

Como consecuencia de la situación de violencia en todas sus formas el paciente puede presentar trastornos como el trastorno de estrés post traumático (en sus formas clínicas de “evación” o de “lucha”) . El tratamiento integral de las víctimas de violencia sexual en primer y segundo nivel de atención debe incluir el tratamiento de emergencia de estos trastornos. El tratamiento a mediano y largo plazo debe realizarse por el especialista en psiquiatría o por el equipo especialista a través de interconsulta o referencia a tercer nivel de atención.

El tratamiento de emergencia de los trastornos de estrés post traumático consiste en la internación del paciente y su sedación y tranquilización con psicofármacos para posteriormente realizar la historia clínica completa y llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Norma 25: Hospitalización en segundo nivel de complejidad de pacientes con trastorno de estrés post traumático agudo

Todo paciente víctima de violencia con trastorno mental agudo debe ser hospitalizado por lo menos 24 horas para observación estrecha, inicio del tratamiento farmacológico de especialidad correspondiente e interconsulta con el médico especialista psiquiatra.

El tratamiento del trastorno mental puede ser: Psicofarmacológico, psicoterapéutico o mixto y debe estar a cargo del equipo de salud del servicio:

Tratamiento psicofarmacológico:^{rr}

Debe ser efectuado por el Médico General o Especialista que atiende el caso. Si se trata de trastornos de estrés post traumático en su forma de "lucha", se puede utilizar alguno de los siguientes fármacos con base base en las características de cada caso:

- a) Medicación ansiolítica: Benzodiazepinas.
- b) Medicación hipnótica: Benzodiazepinas.
- c) Medicación antidepresiva: Antidepresivos tricíclicos e ISRS.^{ss}

El médico/médica debe administrar tratamiento farmacológico en trastornos estrés post traumáticos agudos pero no prescribir psicofármacos por períodos prolongados (no más de 5 días) como único tratamiento de violencia sexual.

Cuando la persona afectada sufra un trastorno por ansiedad o depresión, debemos abordar este problema pero ser muy cautos a la hora de prescribir psicofármacos, como tratamiento exclusivo, sobre todo por periodos prolongados, porque a veces pueden mermar su capacidad de reacción y de autodefensa, que le permita salir de la situación. Aquí no se trata de adaptarse a la situación de violencia; y otra razón para ser cautos es el mayor riesgo de adicción a sustancias, en las que puede ver una ayuda para sobrellevar situaciones límite. Los psicofármacos, sobre todo las benzodiazepinas pueden favorecer un enmascaramiento del problema.

(Ver en Anexo N° 4: Tratamiento de trastornos psicológicos más frecuentes por violencia sexual, para médicos generales).

Tratamiento Psicoterapéutico: Comprende la consejería y la psicoterapia.

- **Consejería**

Forma parte del tratamiento psicoterapéutico y consiste en orientar al paciente informándole sobre su problema de salud, complicaciones, riesgos, formas de solución, recursos institucionales con los que se cuenta y los procedimiento inmediatos a seguir: Hospitalización, medicación, contacto con servicios legales integrales, redes comunitarias de apoyo, grupos de autoayuda, etc.

La Consejería es un diálogo e intercambio dinámico entre dos personas (consejero y paciente) para suministrar apoyo y acompañamiento emocional a las personas víctimas de violencia.

Normas Generales de Consejería

Para dar una adecuada Consejería el personal de salud debe:

Escuchar con atención a la persona afectada, sin juzgarla.

^{rr} Normas Instituto Nacional de Seguros de Salud. La Paz, Bolivia.

^{ss} La medicación antidepresiva debe ser indicada sólo por el médico psiquiatra.

Tomar en cuenta el grado de escolaridad y cultura de la persona para utilizar un lenguaje adecuado.

Ayudar a la persona a expresarse, promoviendo el diálogo y confianza.

Responder las preguntas de la persona afectada, con claridad.

Corregir ideas erradas sobre la violencia (“por ser mujer yo debo aguantar”, “la vida es así”).

Indagar dificultades socioeconómicas del paciente: Dependencia económica del agresor, carencia de servicios sociales en su comunidad, etc.).

Escuchar sin juzgar, para ayudar a liberar a la persona afectada de sentimientos de vergüenza y culpa.

Hacer hincapié en la necesidad de un cambio de conducta del paciente para restablecer la seguridad en si mismo desarrollando su autoestima (para que enfrente el problema y desarrolle estrategias futuras que lo protejan del daño psicológico).

Valorar y reflexionar conjuntamente todos los problemas, familiares, sociales, económicos y de otro tipo que pueden estar relacionados con el problema de salud de la persona.

- **Psicoterapia**

Este tratamiento debe ser realizado por el Psiquiatra y por Psicólogos clínicos o psicoterapeutas, a requerimiento y derivación del Médico tratante.

El psicólogo que apoye al médico en el tratamiento debe ser especialista en psicología clínica o psicoterapia un licenciado en psicología general no tiene la formación adecuada para tratar con pacientes con patología mental, de allí la necesidad de contar con Psicólogos clínicos o psicólogos psicoterapeutas que apoyen en le tratamiento médico.

Las técnicas de psicoterapia utilizadas en estos casos son las siguientes:

Técnicas cognitivas para intervención en crisis.

Terapias cognitivo conductuales para afrontamiento y reestructuración de lo aprendido.

Terapias de familia, especialmente para reforzar mecanismos de afronte.

- **El tratamiento mixto:** Consiste en combinar el tratamiento psicofarmacológico con el psicoterapéutico.

d). Tratamiento preventivo de ITS/SIDA y embarazo no deseado

Como consecuencia de al situación de violencia el/la paciente puede presentar infecciones de transmisión sexual incluyendo el SIDA y embarazos no deseado.

a. Prevención de infecciones de transmisión sexual:

El personal de salud debe informar al/la paciente sobre el riesgo de una infección de transmisión sexual y la necesidad de acudir al servicio de salud dentro de los 10 días siguientes.

Podrá administrarse medicación preventiva según los siguientes esquemas:

Profilaxis ITS's no virales^{tt}: Sífilis, gonorrea y tricomoniasis

Penicilina Benzatínica	2.4 millones de UI IM dosis única 1.2 millones de UI IM en cada gúteo
Cicloflozacina	400mg. VO dosis única
Metronidazol	2 gr. VO dosis única

Profilaxis de ITS's no virales en gestantes, niños/as y adolescentes

Penicilina Benzatínica	Gestantes: 2.4 millones de UI IM dosis única Niños y adolescentes: 50 ml.UI/Kg.
Azitromicina	Gestantes. 1 gr. Dosis única VO Niños/as y adolescentes: 20mg./kg. Dosis única VO
Metronidazol	^{uu} Gestantes. 2 gr. Dosis única VO Niños/as y adolescentes 15mg./kg./día VO por 7 días

Profilaxis del VIH/SIDA

No existen pruebas concluyentes sobre la efectividad del tratamiento profiláctico, sin embargo puede ser usado precozmente durante las 72Hs. de producido el hecho, y se mantendrá durante un mes.

Los medicamentos anti-retrovirales se administrarán a personas adultas, adolescentes y niños/as expuestos a semen, sangre u otros fluidos en contacto con la víctima por penetración anal, oral, o vaginal.

Los esquemas de administración son los siguientes:

- ZIDOVUDINE: 300mg. VO por la mañana y 300 mg. VO en el almuerzo.
- LAMIVUDINE: 150mg. VO por la mañana y 150 mg. VO en el almuerzo.
- INDINAVIR: 400mg. 2 comprimidos cada 8 horas.

Pueden utilizarse los tres medicamentos simultáneamente o la asociación solo de los dos primeros (llamada asociación COMBIVIR)

Cuando se trate de niños/as, la administración será de:

- ZIDOVUDINE:90 a 180 mg/m² VO cada 8 horas.
- LAMIVUDINE:4 mg/Kg. VO cada 8 horas.

Para el cálculo de la superficie corporal, se puede utilizar la siguiente fórmula:

$$SC (m^2) = \frac{(\text{Peso} \times 4) + 7}{\text{Peso} + 90}$$

^{tt} Normas técnicas del Ministerio de Salud del Brasil. 2004.

^{uu} Para embarazadas en el primer trimestre, está contraindicada la administración de Metronidazol.

b. Prevención de embarazo no deseado:

El personal de salud debe informar a adolescentes y mujeres en edad reproductiva que existe la forma de prevenir un embarazo no deseado que resulte de la violencia sexual para que la paciente pueda decidir libremente su utilización antes de las 72hs.,: Anticoncepción de emergencia (ACE) .

El tratamiento de elección es: progestina pura (levonorgestrel)

Dosis: 2 dosis de 750 microgramos de Levonogestrel (LNG), separadas por 12 horas, 1 pastilla por vez.

Si no se dispone de la anterior puede utilizarse Levonogestrel 30 microgramos, administrando 25 pastillas cada vez (750 microgramos).

Debe utilizarse dentro de las 72 horas de la violación. Su efectividad es del 100% si se administra antes de las primeras 24 horas.

Debe administrarse con precaución en embarazo ectópico previo, síndrome de mala absorción severo y hepatitis severa. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómitos, sangrado irregular, mastalgia, dolor abdominal, cefalea, mareos. En caso de vómitos debe repetirse la dosis. Puede darse un antiemético antes de dar el anticonceptivo. Contraindicaciones. Porfiria

(Ver en Anexo N° 5: Prevención de embarazo no deseado)

Para las siguientes acciones de prevención secundaria ver las Normas Generales:

J. Extender el Certificado Médico
K. Registrar, notificar
L. Denunciar el hecho
M. Análisis de la información y toma de decisiones

c. Interrupción legal de un embarazo producto de Violación

Según la legislación en vigencia (Código Penal), se podrá realizar la interrupción del embarazo producto de violación siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

En primer nivel de complejidad: durante el primer trimestre de gestación, la interrupción puede realizarse por métodos farmacológicos o por aspiración manual endouterina (AMEU).

En el segundo y tercer nivel de complejidad, y de acuerdo a desarrollo tecnológico disponible se podrán utilizar otros métodos e intervenir en embarazos de mayor edad gestacional.

Métodos farmacológicos:

- Prostaglandinas
- Antiprogestágenos

Métodos quirúrgicos:

- Aspiración manual endouterina
- Aspiración eléctrica endouterina
- Dilatación y legrado
- Dilatación y evacuación

(Ver Protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, MSD)

N. Referencia, contrarreferencia y seguimiento

La prestación de salud, debe completarse considerando las necesidades de atención integral y la gravedad de las lesiones presentadas mediante el uso de referencias y contrarreferencias a otros actores o instancias institucionales u organizaciones disponibles en la comunidad, como: Policía, Brigadas de protección a la familia, sector judicial, ONGs, grupos comunitarios, grupos de autoayuda.

Norma 26: Referencia, contrarreferencia y seguimiento

El personal de salud para proporcionar al paciente una atención integral deberá referir y contra referir a otros niveles de atención, actores o instancias institucionales u organizaciones disponibles en la comunidad, como: Policía, ONGs, grupos comunitarios, grupos de autoayuda y dar seguimiento a los paciente referidos.

Criterios de referencia y contrarreferencia

Para proporcionar una atención integral al/la paciente víctima de violencia sexual debe referirse a:

- Otro servicio de salud de mayor complejidad.
- Al destacamento policial más próximo
- A Organizaciones no Gubernamentales especializadas
- A actores de la comunidad (Grupos de autoayuda, redes de prevención comunitaria de violencias, etc.)

Referir a otros servicios de salud, en caso de requerirse mayor nivel de complejidad (hospitalización, cirugías, atención gineco-obstétrica y otros) para la atención de lesiones físicas o emocionales según la gravedad y disponibilidad de recursos (profesionales, equipamiento e infraestructura).

Referir a la policía ante la necesidad de precautelar la vida y seguridad de las personas especialmente si se trata de menores de 18 años..

Puede ser necesaria la intervención de atención especializada así como la intervención del forense, dependiendo del tipo y gravedad de las lesiones.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

H. Diagnóstico de violencia sexual en niños y niñas y adolescentes

Violencia sexual en niñas, niños y adolescentes^{wv}

La violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA) se caracteriza por los siguientes aspectos:

- No media jamás una provocación, o un consentimiento de la víctima para el abuso sexual siempre existe una violencia total y propia porque existe una relación dispar de fuerzas (físicas o psicológicas) entre el adulto y la víctima.
- Existe una total indefensión de un NNA ante la violencia sexual de un adulto porque siempre es ejercida con violencia física y/o psicológica.
- El NNA, comienza a vivir como normal la situación de agresión, el adulto al hacerle creer que es normal lo corrompe.
- El 100% de la responsabilidad de la violencia sexual en NNA es del agresor (a).
- La violencia contra NNA nunca es un asunto privado, aunque ocurra en un ámbito privado es un delito público.
- El Estado, por ser la violencia sexual un delito debe intervenir protegiendo al NNA.
- Las principales consecuencias de la violencia sexual en el NNA son en su salud mental (suicidio, abuso de sustancias, drogodependencia) y en su salud física (enfermedades crónicas y agudas).

Según el CIE-10, los diagnósticos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes pueden ser:

T74.2 Abuso sexual

T74.9 Síndrome de maltrato, no especificado

F43: Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación

Norma 27: No descartar el diagnóstico de abuso sexual en la Historia clínica y certificado médico

El personal de salud en la Historia clínica, informe o certificado médico, aunque el examen físico en un niño, niña o adolescente víctima de violencia sexual, sea normal, que es lo más probable, debe acompañar el diagnóstico de las frases siguientes:

- Esto ni confirma ni niega el abuso sexual.
- En muchas formas de abuso sexual no hay hallazgos físicos.
- Los hallazgos normales son consistentes con los actos descritos (descripción en la anamnesis de los hechos de violencia por la víctima) y con el tiempo que ha pasado desde el último incidente de abuso sexual.^{ww}

El examen médico puede ser negativo en consultas que ocurren días o semanas después del hecho. En abuso sexual crónico o en sospecha fundada de abuso sexual en niños, niñas y adolescente, no debe descartarse el diagnóstico de abuso sexual, internar al paciente con cualquier excusa, hacer la denuncia y si es necesario referir a la persona para estudios de mayor especialidad.

^{wv} Flavio Milano. UNICEF. Viceministerio de Juventud, niñez y tercera edad. Informe final: Investigación de Casos de violencia sexual denunciados

^{ww} Dr. Walter Lambert, MD Pediatra. Diagnóstico de abuso sexual. Primer Congreso de ICBF y XI Congreso Colombiano de Prevención y atención de maltrato infantil.

Lo más típico en la violencia sexual es que es cometido por alguien conocido del niño o de la niña y frecuentemente se continúa durante un tiempo prolongado.^{xx}

- El médico/a tiene que estar familiarizado con las variaciones normales de la anatomía de los niños, niñas y adolescentes.
- El proceso criminal depende del testimonio de la víctima
- La retractación es común y normal durante estas investigaciones
- La mayoría de casos de violencia sexual son tocamientos de los genitales y no violaciones (por eso no hay hallazgos físicos)
- Aunque hubo penetración completa en el abuso, el examen físico es normal en la gran mayoría de casos, debido a:
 - Demora en la atención médica
 - Aún cuando existen heridas, estas sanan rápida y completamente

Hallazgos diagnóstico confirmatorios de violencia sexual en niños, niñas adolescentes:

- Presencia de espermatozoides o semen
- Presencia de una enfermedad transmitida sexualmente, sin posibilidad razonable de transmisión no-sexual (Gonorrea o Sífilis)
- Abuso sexual presenciado por un testigo o documentado en fotos / videos con o sin hallazgos físicos.
- Embarazo

Síndrome de maltrato

Conjunto de signos y síntomas físicos, sexuales, psicológicos o mixtos, consecuencia de situaciones de violencia.

Tratamiento de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes:

El tratamiento de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes comprende los siguientes aspectos.^{yy}

1. Tratar los problemas de tipo médico que se presenten como consecuencia del abuso, como el síndrome de maltrato y los trastornos mentales derivados de la situación de violencia. Además, se deben tratar las enfermedades que se hayan transmitido por contacto sexual. A las adolescentes que han sido víctimas de violación se les debe ofrecer consejo respecto al embarazo y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

2. Asegurar el bienestar físico y emocional de los pacientes. En todos los casos de violencia sexual el niño, niña, adolescente éste debe ser hospitalizado, para protegerlo. Si se trata de una agresión aguda, es obligada una intervención para la crisis emocional. Los niños que han sido víctimas de abuso sexual crónico o en pasado, deben de ser enviados a los servicios de especialidad adecuados: Psiquiatras infantiles y/o psicólogos clínicos.

3. Denunciar a la policía, institucionalmente (a través de la Dirección del servicio de salud) el incidente de violencia sexual. El denunciar no obliga al personal de salud a constituirse en parte ni testigo en caso de juicio. Sin embargo, puede pedírsele al médico que testifique en un juicio respecto a determinado hallazgo, y su opinión sobre si se ha producido la violencia sexual. Es útil

^{xx} Journal of the American Medical Association

^{yy} Abuso sexual en niños. Dr. Ricardo Franco Hernández. Colegio de pediatras del Estado de Sonora, a.c. México.

que el médico revise la historia clínica con tiempo y que trate acerca de esta información con el abogado que le cita.

Norma 28: Tratamiento de Violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

El personal de salud siempre que identifique “violencia sexual” en un niño, niña o adolescente debe iniciar tratamiento de los trastornos físicos y mentales, proteger a la víctima hospitalizándola y denunciar el hecho a la policía.

5. Normas de prevención terciaria

5.1. Objetivo:

Rehabilitar física, mental y socialmente a las personas afectadas por violencia sexual.

5.2. Definición:

La prevención terciaria es la Rehabilitación de la persona víctima de violencia sexual.

Norma 29 Prevención terciaria

El personal de salud promoverá y realizará acciones de prevención terciaria, dirigidas a restablecer las funciones físicas, mentales y sociales de las personas afectadas por violencia sexual en forma coordinada y articulada con otros niveles de atención, otros sectores y organizaciones.

5.3. Acciones

Para la rehabilitación de la persona víctima de violencia sexual el personal de salud debe promover y desarrollar actividades dirigidas a reducir el daño, curar y rehabilitar al individuo reintegrándolo a su entorno. Estas actividades deben realizarse en forma coordinada y articulada con otros niveles de atención, otros sectores y con organizaciones comunitarias.

Las actividades de prevención terciaria de la violencia sexual pueden ser las siguientes:

- a. Valoración de riesgo para la salud y la vida
- b. Interconsultas, referencia y contrarreferencia
- c. Coordinar y articular acciones con redes institucionales y comunitarias
- d. Contactar al paciente con grupos comunitarios de autoayuda
- e. Promover Servicios radiales y telefónicos de información, orientación y apoyo a las víctimas. Proporcionar al paciente una lista de recursos de la comunidad donde acudir.
- f. Realizar el seguimiento o acompañamiento emocional de la víctima,
- g. Puede proporcionarse información y orientación sobre el problema utilizando materiales de
- h. Elaborar un plan de acción o intervención
- i. Evaluar conjuntamente los avances en los planes trazados.

A. Valoración de riesgo para la salud y la vida

El/la médico/a si llega al diagnóstico de lesiones físicas y mentales por violencia sexual, debe hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato para el/ la paciente:

- riesgo vital por las lesiones,
- riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y
- riesgo de suicidio.

B. Interconsultas, referencia y contrarreferencia

Proporcionar apoyo médico de especialistas a través de interconsultas o de referencias a otros niveles de atención. Por ejemplo debe referirse al paciente a atención médica psiquiátrica en caso de secuelas emocionales (Estrés agudo o trastorno de estrés postraumático), en instituciones de salud especializadas, si las hubiera en el Municipio o Distrito.

C. Coordinar y articular acciones con redes institucionales y comunitarias

El personal de salud debe coordinar y articular acciones con instituciones y organizaciones sociales para proporcionar rehabilitación social a la persona afectada.

D. Contactar al paciente con grupos comunitarios de autoayuda

Además deberá contactarse al paciente con grupos de autoayuda de la comunidad, de no existir debe promoverse su organización, con el objetivo de proporcionar apoyo psicológico a las víctimas de violencia sexual, estimular el cambio de actitudes, compartir conocimientos y experiencias y fortalecer la autoestima.

E. Promover Servicios radiales y telefónicos de información, orientación y apoyo a las víctimas.

El personal de salud debe promover estos servicios en coordinación con otros sectores y organizaciones de la comunidad que se dedican a atender este problema.

F. Proporcionar al paciente una lista de recursos de la comunidad donde acudir: Teléfonos, direcciones de Brigadas de protección la familia, distrito policial, servicios legales o jurídicos, ONGs o iglesias que dispongan de servicios de rehabilitación y apoyo psicológicos y de orientación.

G. Realizar el seguimiento o acompañamiento emocional de la víctima, en el servicio de salud o a través de consultas y visitas domiciliarias. Estimular los cambios positivos en la autoestima (mayor control y seguridad en si mismo (a) elogiándolos.

H. Puede proporcionarse información y orientación sobre el problema utilizando materiales de información, educación y comunicación (audiovisuales, folletos y otros).

Los profesionales de salud deben orientar a las víctimas de violencia sexual sobre su derecho a denunciar el hecho e iniciar un proceso penal informándoles sobre sus derechos humanos y el marco legal vigente: Código penal, Ley Contra la violencia intrafamiliar o domestica, Código del Niño, Niña y Adolescente y otras.

El personal de salud debe valorar conjuntamente con el/la paciente situaciones de peligro de violencia y elaborar un plan de seguridad personal.

A partir de esta valoración de debe elaborarse un plan de acción conjuntamente con el/la paciente.

I. Elaborar un plan de acción o intervención

El/la médico/a debe valorar si se trata de una situación de violencia sexual aguda o crónica y establecer un plan de intervención (teniendo en cuenta las leyes vigente, la opinión del paciente, su edad, la situación de sus hijos, los apoyos con los que se cuenta el paciente y los recursos de la comunidad).

El personal de salud debe elaborar un "plan de acción", a corto plazo, con la persona afectada para ayudarlo a superar el problema de violencia sexual.

El Plan de acción debe ser elaborado con el consentimiento y conjuntamente con la persona afectada. Por ejemplo:

- El plan de acción debe incluir medidas de seguridad personal. Para esto el personal de salud debe valorar conjuntamente con el/la paciente situaciones de peligro de violencia.
- Buscar apoyo y un lugar seguro para refugio temporal de la víctima con personas amigas, familiares, padrinos, grupos de autoayuda y otros recursos de la comunidad, si persiste el riesgo de violencia de cualquier tipo (física, mental o sexual).
- Iniciar procesos de denuncia a la policía o fiscalía para prevenir nuevos hechos de violencia.
- Buscar servicios de Asesoría legales integrales.
- Identificar otras acciones o actividades que fortalezcan la autoestima como el trabajo remunerado, el estudio, etc.

J Evaluar conjuntamente los avances en los planes trazados.

Es probable que la persona viva con el agresor y no se separe de el, por dependencia económica o emocional, o por los hijos, o por los roles sociales de género. Aún así debe continuarse con el plan.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud, Ginebra: OPS/OMS, 2002.
2. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Prevención y atención de violencias: Plan Nacional 2004-2007. La Paz: OPS/OMS, 2004.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Unidad de Género y Salud. Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del siglo XXI. Sección 3. Washington D.C.:OPS/OMS, 2004.
4. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud y violencia intrafamiliar: Manual de Normas y Procedimientos para la atención. La Paz: OPS/OMS, 2002.
5. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Prevención de maltrato de menores: Manual de Normas y Procedimientos para personal de salud. La Paz: OPS/OMS, 2003.
6. Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2004
7. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, detección y atención a las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual. Plan de violencia sexual 2004-2008. La Paz: MSD, 2004.
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre violencia y salud. OPS/OMS, 2003.
9. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Aspectos de Medicina Legal en la Práctica Diaria: Guía para profesionales de servicios públicos de salud. La Paz: OPS/OMS, 2003.
10. Bolivia. Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud. Decreto Supremo N° 26875 (Dic. 21, 2002).
11. Martínez F, Anto J, Castellanos P, Gili M, Maset P, Navarro V. Salud Pública. México: McGRAW-HILL. INTERAMERICANA, 1997.
12. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Organización de redes para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, 2002, Bolivia.
13. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Informe mundial sobre violencia y salud. Washington: OPS, 2002.
14. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Guía rápida para la intervención en casos de violencia intrafamiliar/doméstica para proveedores de servicios de salud. OPS/OMS, 2004.
15. Resumen de la Guía para la atención médico legal de víctimas de violencia sexual. Reunión de Planificación anual de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud. Guatemala: OPS/OMS, noviembre 2004.
16. Dr. Walter Lambert, MD Pediatra. Diagnóstico de abuso sexual. Primer Congreso de ICBF y XI Congreso Colombiano de Prevención y atención de maltrato infantil.
17. Journal of the American Medical Association
18. Barbara Bates. Propedéutica Médica. 3ª edición, México D.F.: Harla, S.A. de C.V., 1988.
19. Bewley, C. Doping with domestic violence during pregnancy. Nursing Standar, 8: 1994.
20. Heise, L. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 27: 1993.
21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de emergencia. Programa Mujer, salud y Desarrollo. Boletín Informativo. OPS/OMS, 2000.
22. Bolivia. La Constitución Política del Estado. Ley No. 1615 (Feb. 6, 1995).

23. Bolivia. Modificaciones al Código Penal. Ley No. 1768 (1999).
24. Bolivia. Ley Contra la violencia en la familia o doméstica, Ley No. 1674 (Nov. 15, 1995).
25. Bolivia. Reglamento de Ley Contra la Violencia en la familia o domestica. Decreto Supremo No. 25087 (Jul., 1998).
26. Bolivia. Código del Niño, Niña y adolescente. (Oct. 14, 1999).
27. Bolivia. Protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual. Ley No.2033 (Oct. 29, 1999).
28. Bolivia. Organización del Poder Ejecutivo. Ley N° 1788 (Nov. 16,1997).
29. Bolivia. Seguro Universal Materno Infantil. Ley No.2426 (Nov. 21, 2002).
30. México. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar. Norma oficial mexicana nom-190-ssa1-1999.
31. Chile. Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Abril 2004
32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Deportes, Universidad Mayor de San Andrés: Facultad de Medicina. Estudio de prevalencia: Violencia doméstica e intrafamiliar en 6 municipios Bolivia. La Paz: OPS/OMS, 2003.
33. Ministerio de Salud y Previsión Social, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Policía Nacional. De abusos y silencios: Estudio descriptivo sobre el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en las ciudades de la paz, Cochabamba y Santa Cruz. La Paz: MSPS, 1999.
34. Profilaxis posexposición para Prevenir la infección por el VIH. Botiquines para el inicio inmediato del tratamiento. OMS, UNICEF. 2004.

ANEXOS

ANEXO N° 1

VIOLENCIA SEXUAL COMO DELITO

BOLIVIA: CÓDIGO PENAL SEGÚN LEY N° 1768 DE MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL LIBRO SEGUNDO : PARTE ESPECIAL

TÍTULO XI

DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

CAPÍTULO I

VIOLACIÓN, ESTUPRO Y ABUSO DESHONESTO

Art. 308°.- (VIOLACIÓN). El que tuviere acceso carnal con persona de uno u otro sexo, incurrirá en privación de libertad de cuatro a diez años, en los casos siguientes:

- 1) Si se hubiere empleado violencia física o intimidación.
- 2) Si la persona ofendida fuere una enajenada mental o estuviere incapacitada, por cualquier otra causa, para resistir.

Si la violación fuere a persona menor que no ha llegado a la edad de la pubertad, el hecho se sancionará con la pena de diez a veinte años de presidio; y si como consecuencia del hecho se produjere la muerte de la víctima, se aplicará la pena correspondiente al asesinato.

Art. 309°.- (ESTUPRO). El que mediante seducción o engaño tuviere acceso carnal con mujer que hubiere llegado a la pubertad y fuere menor de diez y siete años, incurrirá en la pena de privación de libertad de dos a seis años.

Art. 310°.- (AGRAVACIÓN). La pena será agravada en los casos de los delitos anteriores, con un tercio:

- 1) Si resultare un grave daño en la salud de la víctima.
- 2) Si el autor fuere ascendiente, descendiente, hermano, medio hermano, adoptante o encargado de la educación o custodia de aquella.
- 3) Si en la ejecución del hecho hubieren concurrido dos o más personas.

Si se produjera la muerte de la persona ofendida, la pena será de presidio de diez a veinte años en caso de violación, y de presidio de cuatro a diez años, en caso de estupro.

Art. 311°.- (SUBSTITUCIÓN DE PERSONA). El que tuviere acceso carnal con una mujer por medio de engaño o error acerca de la persona, incurrirá en privación de libertad de seis meses a dos años.

Art. 312°.- (ABUSO DESHONESTO). El que en las mismas circunstancias y por los medios señalados en el artículo 308 realizare actos libidinosos no constitutivos del acceso carnal, será sancionado con privación de libertad de uno a tres años.

La pena será agravada en una mitad, si concurrieren las circunstancias del artículo 310.

LEY N 2.033

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

DEL 29 DE OCTUBRE DE 1999

La presente Ley tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano.

ARTÍCULO 2º. Modifícase el Artículo 308º del Código Penal, en la forma siguiente:

ARTÍCULO 308º (VIOLACION). Quien empleando violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo; penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco (5) a quince (15) años.

El que bajo las mismas circunstancias del párrafo anterior, aunque no mediara violencia física o intimidación, aprovechando de la enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o grave insuficiencia de la inteligencia de la víctima, o que estuviere incapacitada por cualquier otra causa para resistir, incurrirá en privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años.

ARTÍCULO 3º. Inclúyese, como Artículo 308º Bis del Código Penal, el siguiente:

ARTÍCULO 308° Bis (VIOLACION DE NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE). Quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de catorce años, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, será sancionado con privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años, sin derecho a indulto, así no haya uso de la fuerza o intimidación y se alegue consentimiento.

Quedan exentas de esta sanción las relaciones consensuadas entre adolescentes mayores de doce años, siempre que no exista diferencia de edad mayor de tres (3) años, entre ambos, y no se haya producido violencia ni intimidación.

ARTÍCULO 4°. Inclúyese, como Artículo 308° ter. del Código Penal, el siguiente:

ARTÍCULO 308° ter. (VIOLACION EN ESTADO DE INCONSCIENCIA). Quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujere objetos con fines libidinosos, a persona de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconsciencia, será sancionado con pena de privación de libertad de diez (10) a quince (15) años.

ARTÍCULO 5°. Modifícase el Artículo 309° del Código Penal, en la forma siguiente:

ARTICULO 309° (ESTUPRO). Quien, mediante seducción o engaño, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18), será sancionado con privación de libertad de dos (2) a seis (6) años.

ARTÍCULO 7°. Modifícase el Artículo 312° del Código Penal, en la forma siguiente:

ARTICULO 312° (ABUSO DESHONESTO). El que en las mismas circunstancias y por los medios señalados en los Artículos 308°, 308° Bis y 308° Ter., realizara actos libidinosos no constitutivos de acceso carnal, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años. Si la víctima fuere menor de catorce (14) años, la pena será de cinco (5) a veinte (20) años.

ARTÍCULO 15° (DERECHOS Y GARANTÍAS). La víctima de delitos contra la libertad sexual tendrá, además de los derechos y garantías reconocidas en la Constitución Política del Estado, en el Código de Procedimiento Penal y demás leyes, los siguientes derechos:

1. A presentar denuncia, a su elección, en las oficinas del Ministerio Público, del Poder Judicial o la Policía Boliviana especialmente habilitadas para este tipo de delitos o en las asociaciones o fundaciones de protección o ayuda a las víctimas, quienes canalizarán la denuncia conforme a las previsiones del Código de Procedimiento Penal;
2. A la información desde el inicio del procedimiento penal, de todas sus prerrogativas y las consecuencias de cada una de las actuaciones;
3. Al conocimiento de todos los datos que requiera para participar en el desarrollo del procedimiento y a contar con copias certificadas de las actuaciones siempre que lo solicite, sin que importe que se constituya en parte;
4. A no comparecer como testigo, si considera que los elementos de prueba que presenta o que se presentaron, son suficientes para probar los elementos del delito y la responsabilidad del imputado;
5. A emplear, en la etapa del juicio, un nombre sustituto en aquellos casos en los que sea necesaria su participación y no se disponga la reserva de la publicidad;
6. Al anonimato en los medios de comunicación, y a que no se brinde información sobre su familia o su entorno, que permita su identificación;

7. A realizarse el examen médico forense una sola vez, no pudiendo ser presionada u obligada a repetir el examen; en caso de que acceda, a poder estar acompañada de su abogado y personas de su confianza durante la realización del acto. En caso de ser persona menor de catorce (14) años el consentimiento lo darán los padres o responsables y, para el efecto estarán acompañados de un psicólogo, de su abogado y de una persona de su confianza;

8. A recibir atención de urgencia, material y médica por los hospitales estatales y centros médicos;

9. A recibir tratamiento pos-traumático, psicológico y terapia sexual gratuito, para la recuperación de su salud física y mental en los hospitales estatales y centros médicos;

10. A la seguridad, por lo que la autoridad investigadora y la jurisdiccional están obligadas a ordenar las medidas necesarias para la protección de la víctima, sus familiares, dependientes y testigos de cargo, de su domicilio y posesiones cuando se pongan en peligro por el probable responsable o sus cómplices mediante actos de intimidación o represalias;

11. A la renuncia del careo con el imputado. En caso de aceptación de la víctima este debe realizarse en presencia de su defensor; En caso de que la víctima sea menor de edad, además de los anteriores, tendrán los siguientes derechos:

12. A que el juez le designe un tutor ad litem para que le represente, cuando los padres o responsables fueran los imputados, cómplices o encubridores o no tuviera padres o responsables.

13. A que en la etapa de diligencias de policía judicial, los interrogatorios sean realizados bajo la supervisión de un psicólogo o de instituciones de servicio social sin fines de lucro, el fiscal y su abogado defensor. Debiendo realizarse únicamente en el domicilio de la víctima.

OTRAS DEFINICIONES DE VIOLENCIA SEXUAL COMO DELITO

Delito es toda acción u omisión penada por la ley. Desde una perspectiva más técnica se define el delito como acción u omisión típica, antijurídica, culpable y penada por la ley. La acción es un hecho previsto en la ley penal y dependiente de la voluntad humana. La acción delictiva puede consistir en un acto en sentido estricto, cuando hay una realización de un movimiento corporal; en una omisión pura o propia si se trata de un no hacer algo, o una combinación de ambas posibilidades, llamada comisión por omisión u omisión impropia. La acción debe depender de la voluntad de una persona, por lo que se excluyen de las tipificaciones delictivas supuestos tales como los movimientos reflejos, los estados de inconsciencia como el sueño, la narcosis, el sonambulismo, la embriaguez letárgica o los estados hipnóticos, o cuando hay una violencia irresistible que impulsa al actor a ejecutar actos donde la voluntad se halla sometida, anulada o dirigida.^{zz}

La violencia sexual abarca todos los tipos penales de delitos contra la libertad sexual: Violación, abuso sexual, corrupción, estupro, acoso sexual, proxenetismo.

Violación, delito contra la libertad sexual cuya acción consiste en el acceso carnal (penetración vaginal y/o anal) llevado a cabo en circunstancias tipificadas por la ley. Por ejemplo, cuando se usare fuerza o intimidación, cuando la persona violada se hallare privada de sentido, cuando se abusare de su enajenación o bien al tratarse de un menor. La penetración bucal no siempre es tipificada como violación en muchos casos como "abuso deshonesto".(Investigación casos de violencia sexual) Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2004).

Sujeto pasivo del delito de violación puede serlo tanto un hombre como una mujer. Asimismo, la condición de cónyuge tampoco excluye la posible existencia de un delito de violación. El delito de violación concurre con frecuencia unido a otros delitos como el de homicidio o el de lesiones.

Estupro: Debe distinguirse la violación del estupro, pensado para cualquier tipo de acceso carnal, con menor de edad mujer o varón mediante engaño o prevaliéndose el autor del hecho de su situación de superioridad, se caracteriza porque la víctima no se reconoce como tal.

Abuso sexual: No media violencia física, el agresor aprovecha o abusa de la confianza de la víctima.

Acoso sexual: Comportamiento ofensivo que consiste en solicitar favores de tipo carnal o sexual para el autor o para un tercero, prevaliéndose de un contexto de superioridad laboral, docente o análoga, a modo de contrapartida de un trato favorable en el ámbito de esa relación, o con el anuncio expreso o tácito de una conducta desfavorable si no se accede a los mismos.

Proxenetismo: Persona que obtiene beneficios de la prostitución de otra persona.

Anexo

^{zz} Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2004.

ANEXO N° 2

NORMAS LEGALES GENERALES SOBRE VIOLENCIA

1. Derechos y deberes constitucionales relativos a la salud de las personas

Derechos Constitucionales a la salud y la vida:

Toda persona tiene:

Derecho a la vida, la salud, la seguridad e integridad física y moral y el libre desarrollo de la personalidad.

Derecho a la salud pública y a la seguridad social, en la forma determinada por esta Constitución y las Leyes. (Art. 7: Constitución Política de Estado)

Deber de acatar y cumplir Constitución y Leyes:

Toda persona tiene como uno de sus deberes fundamentales: De acatar y cumplir la Constitución y las Leyes de la República. (Art. 8: Constitución Política de Estado).

Prohibición de toda forma de violencia:

Queda prohibida toda especie de tortura, coacción, exacción, amenaza o cualquier forma de violencia física, psicológica y sexual. Queda prohibida toda forma de violencia en la familia. (Art. 8: Constitución Política de Estado).

Obligación del Estado de defender el capital humano protegiendo la salud de la población:

El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.(Art.158).

Derechos de hijos iguales a los de los progenitores

Todos los hijos, sin distinción de origen, tienen iguales derechos y deberes respecto a sus progenitores. (Art. 195: Constitución Política del Estado).

Obligación del Estado de proteger la salud de la infancia

El Estado protegerá la salud física, mental y moral de la infancia, y defenderá los derechos del niño al hogar y a la educación. Un código especial regulará la protección del menor en armonía con la legislación general. (Art. 199: Constitución Política de Estado).

Estado, es la denominación que reciben las entidades políticas soberanas sobre un determinado territorio, su conjunto de organizaciones de gobierno y, por extensión, su propio territorio. La característica distintiva del Estado moderno es la soberanía, reconocimiento efectivo, tanto dentro del propio Estado como por parte de los demás, de que su autoridad gubernativa es suprema. En el plano nacional, el papel del Estado es proporcionar un marco de ley y orden en el que su población pueda vivir de manera segura, y administrar todos los aspectos que considere de su responsabilidad. Todos los estados tienden así a tener ciertas instituciones (legislativas, ejecutivas, judiciales) para uso interno, además de fuerzas armadas para su seguridad externa, funciones que requieren un sistema destinado a recabar ingresos.^{aaa}

^{aaa} Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 1993-2003.

2. Difusión de derechos y protección de la mujer

Según el Art. 3 de la Ley 1674/95, el Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia:

- Difundirá los derechos y la protección de la mujer dentro de la familia así como el acceso a la salud, evitando discriminación o actos de violencia que perjudiquen o alteren su salud.

3. Buen trato y atención integral

Según el Art. 3 de la Ley 1674/95, el Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia:

- Instruirá la personal de los servicios de salud para que proporcionen buen trato y atención integral a las víctimas de violencia en la familia, considerando su intimidad y privacidad, y evitando la repetición de exámenes clínicos que afecten su integridad psicológica.

4. Coordinación y articulación interinstitucional para la prevención y la atención de víctimas de violencia sexual

Según el Art. 3 de la Ley 1674/95, el Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia:

- Coordinará acciones conjuntas de los servicios de salud con los Servicios Legales Integrales para brindar un adecuada atención a las víctimas de violencia en la familia..

En cada Concejo Municipal se conformará una Comisión Municipal de la Niñez y la Adolescencia como instancia propositiva, consultiva y fiscalizadora de las políticas y acciones de protección en favor de niños, niñas y adolescentes. Cada Comisión Municipal contará con la participación de representantes de instituciones de la sociedad civil que estén relacionadas directamente con las actividades de prevención, atención, protección y defensa de la niñez y adolescencia de su jurisdicción. (Art. 192: Código Niño, Niña y adolescente).

Cuando las víctimas de violencia sexual pertenezcan a comunidades indígenas y campesinas, serán las autoridades comunitarias y naturales quienes resuelvan las controversias de violencia en la familia, de conformidad a sus costumbres y usos, siempre que no se opongan a la constitución política del Estado y el espíritu de la presente ley.(Art. 16: Ley 1674/95).

5. Denuncia de casos de violencia sexual

Están legitimados^{bbb} para solicitar protección a favor de la víctima, denunciando hechos de violencia física o psicológica, sus parientes, consanguíneos afines o civiles, o cualquier persona que conozca estos hechos. En los demás casos de violencia sexual sólo la víctima está legitimada para ejercer la acción. (Art. 22: Ley 1674/95).

En los casos de violencia física o cuando la víctima de violencia sexual o psicológica es menor de dieciocho años o mayor incapaz, están legitimados para ejercer la acción la víctima y el Ministerio Público. (Art. 23: Ley 1674/95).

Los trabajadores de salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a víctimas de violencia están obligados a denunciar esos hechos para su respectivo procesamiento. (Art. 24: Ley 1674/95).

^{bbb} Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2004. Aptitud personal para poder actuar como parte activa o pasiva en un proceso, determinada por la relación en que se encuentra la persona con el objeto litigioso.

Si la víctima es menor de 18 años o es mayor e incapacitada, el personal de salud está obligado a denunciar estos hechos (en forma oral o escrita ante el Juez competente, Ministerio Público o la policía), para su respectivo procesamiento. (Arts. 21 y 23: Ley 1674/95 y Ley 1403/93 Código del Niño, Niña y Adolescente).

La denuncia por violencia podrá ser presentada en forma oral o escrita, con la asistencia de abogado patrocinante o sin ella, ante el juez competente, el Ministerio Público, la Policía Nacional, Brigadas de Protección a la Familia o Servicios Legales Integrales ubicados en Alcaldías Municipales. (Art. 22: Ley 1674/95).

6. Certificado médico gratuito o Informe

Los certificados médicos (Art. 37: Ley 1674), serán expedidos por los profesionales médicos (médicos, odontólogos, bioquímicos) sin requerirse la especialidad o la intervención de un médico/a forense. (Art. 37: Ley 1674 y Art. 16: Decreto Supremo N° 25087)

Se admitirá como prueba documental (de violencia) cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en instituciones públicas de salud. (Art. 37: Ley 1674/95).

Los auxiliares de salud o paramédicos, que atiendan a las víctimas en centros de salud urbanos, periurbanos o rurales, donde no existan médicos, otorgarán un informe debidamente firmado, en el que conste los datos sufridos por la víctima que tendrá pleno valor probatorio en los procesos judiciales. (Art. 16: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674)

La expedición del certificado médico o informes de los auxiliares de salud o paramédicos, serán gratuitos, debiendo otorgarse en papel corriente, con sólo la firma y sello del profesional. Ninguna petición que haga la víctima requiere uso de papel sellado ni timbres. (Art. 17: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674).

7. Prevención de la violencia

El Estado asumirá la prevención de la violencia, considerando el concepto humanístico de la familia monoparental y ampliada, en los diferentes programas sectoriales a nivel nacional. (Art. 2: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674).

8. Capacitación a profesionales

Los profesionales encargados de la atención, defensa, tratamiento y orientación a las víctimas de violencia serán capacitados en la prevención de la violencia. (Art. 2: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674).

La capacitación se desarrollará en el marco de las normas jurídicas nacionales y los instrumentos internacionales ratificados por el Congreso, como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, con énfasis en la Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Domestica.

9. Organismo rector de programas de prevención y atención de violencia.

El Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación será el organismo rector que implemente a través del Viceministro de Asuntos de Género Generacionales y Familia, en coordinación con los Ministerios de Salud y Deportes, Educación, Gobierno, Justicia y Derechos Humanos, y el Ministerio de la Presidencia, programas de prevención, detección y atención de la violencia en la familia o doméstica, así como la difusión de la ley 1674 y éste decreto reglamentario. (Art. 3: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674).

10. Registro, información y notificación de casos de violencia.

Registro de casos

De acuerdo al Decreto Supremo N° 25087/98 que reglamenta la Ley 1675: “los proveedores de salud de establecimientos públicos o privados que reciban o presten atención a 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 a la familia, y donde no exista , a la Policía, Fiscalía, Juez de instrucción de la Familia o Servicios Legales Integrales (SLI's), dentro de las 48 horas de producidos los hechos

Los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada en la Norma anterior, serán sancionados con una multa equivalente al diez por ciento (10%) del salario mínimo nacional, independientemente de la amonestación que cursará en sus antecedentes laborales. Esta denuncia no implica constituirse en parte, ni concurrir necesariamente como testigo en el juicio. (Art. 13: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674)

Información

El Sistema Nacional de Información de salud (SNIS) del Ministerio de Salud y Previsión Social, registrará los casos de violencia, en base a la información que deben remitir todos los sectores que conozcan de ella (médicos y demás trabajadores en salud, policía, fiscalía y jueces). (Art. 3: Decreto Supremo N° 25087 que reglamenta la Ley 1674).

11. Prevención, protección y atención integral al niño, niña y adolescentes

El Código Niño, Niña y Adolescente (CNNA) 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. (Art. 1: Código Niño, Niña y adolescente).

Niña y niño es todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años y adolescentes desde los doce a los dieciocho años de edad cumplidos (Art.2: Código del Niño, Niña y Adolescente).

En los casos expresamente señalados por Ley, sus disposiciones se aplicarán excepcionalmente a Personas entre los dieciocho y veintiuno años de edad.

Las disposiciones del CNNA son de orden público y de aplicación preferente. Se aplica a todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el territorio boliviano, sin ninguna forma de discriminación (Art.3).

En caso de duda sobre la edad del sujeto de este Código se presumirá su minoridad, en tanto no se pruebe lo contrario mediante documento público o por otros medios, previa orden judicial. (Código Niño, Niña y adolescente).

Gratuidad en procesos judiciales

Se libera del uso de papel sellado y valores fiscales a todo niño, niña o adolescente que sea sujeto activo o pasivo en procesos judiciales. (Art. 11: Código Niño, Niña y adolescente).

Derecho a la vida y a la salud (Garantía y protección del Estado)

Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a la vida y a la salud. El Estado tiene la obligación de garantizar y proteger estos derechos, implementando políticas sociales, que aseguren condiciones

dignas para su gestación, nacimiento y desarrollo integral. (Art. 13: Código Niño, Niña y adolescente).

Acceso universal a la salud

El Estado a través de los organismos correspondientes, debe asegurar a todo niño, niña y adolescente, el acceso universal e igualitario a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, más el suministro gratuito, para quien no tenga recursos suficientes, de medicinas, prótesis y otros relativos al tratamiento médico, habilitación o rehabilitación que fueran necesarios. (Art. 14: Código Niño, Niña y adolescente).

Derecho al respeto y la dignidad

Derecho al respeto y la dignidad. El derecho al respeto y la dignidad del niño, niña o adolescente, consiste en la inviolabilidad de su integridad física, psíquica y moral, abarcando, además, la preservación de la imagen, la identidad, los valores, las opiniones, los espacios y objetos personales y de trabajo. Art. 105: Código Niño, Niña y adolescente).

Prioridad de Prevención

El Estado y la sociedad en su conjunto están en la obligación de dar prioridad a la prevención de situaciones que pudieran atentar contra la integridad personal de niños, niñas o adolescentes y los derechos reconocidos en el presente Código, quedando responsables de adoptar las medidas que garanticen su desarrollo integral. (Art. 158: Código Niño, Niña y adolescente).

La inobservancia a las normas de prevención, importará responsabilidad a la persona natural o jurídica que incurriera en ella, la obligación de reparar el daño ocasionado ya sea por acción u omisión, sin perjuicio de lo dispuesto por otras leyes. Las obligaciones previstas en el presente Código no excluyen otras formas de prevención. (Código Niño, Niña y adolescente).

Velar por la dignidad

Es deber de todos velar por la dignidad del niño, niña o adolescente, ampararlos y ponerlos a salvo de cualquier tratamiento inhumano, violento, deshumanizante, vejatorio o represivo, así como denunciar ante la autoridad competente los casos de sospecha o confirmación de maltrato. (Art. 106: Código Niño, Niña y adolescente).

Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser amparado y protegido. Este derecho comprende: Ser el primero que reciba protección y socorro en situación de peligro; y ser asistido y defendido en sus intereses y derechos, ante cualquier persona o autoridad y por cualquier causa o motivo. (Art. 107: Código Niño, Niña y adolescente).

Maltrato

Constituye maltrato 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 este 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. (Art. 108: Código Niño, Niña y adolescente).

Se considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando: Se le cause daño físico, psíquico, mental o moral, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas; (Art. 109: Código Niño, Niña y adolescente).

ANEXO N° 3

GUIA DE HISTORIA CLINICA COMPLETA PARA DIAGNOSTICO DE LESIONES POR VIOLENCIA SEXUAL

1. Anamnesis

Una anamnesis completa debe contener los siguientes aspectos, registrados con claridad:^{ccc}

- Fecha de historia clínica
- Datos de identificación del paciente: Nombre y apellidos, n° de cédula de identidad y si es posible o huellas dactilares. Edad, sexo estado civil, nivel de educación, ocupación, domicilio.
- Fecha y hora del examen médico.
- Nombre y n° de registro profesional del profesional que realiza el examen clínico.
- Relato resumido de la agresión y sus características más importantes sin calificarla legalmente y el lugar, el día y la hora en que ocurrió.
- Relación de la víctima con el o los agresores (familiar, conocido, amigo, otro).
- Nombre del acompañante y parentesco: Si el o la paciente es niño, niña o adolescente (menor de 18 años).
- Lugar de referencia del paciente, si existe: Servicio de Salud, Brigada de protección a la familia, policía, etc.
- Fuente de la historia clínica (paciente, familiar, amigo, otro),
- Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.
- Antecedentes familiares
- Antecedentes no patológicos
- Antecedentes gineco-obstetricos
- Antecedentes patológicos
- Interrogatorio por sistemas
- Historia psicosocial y sexual

1.1. Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual

Es la narración clara y cronológica de los problemas de salud que llevan al paciente a buscar ayuda médica. Debe incluir el comienzo de los problemas, su desarrollo, manifestaciones, tratamientos, efectos en la vida del paciente, y el significado que tienen para él.

Pida al paciente afectado por violencia sexual que relate lo ocurrido, documente su relato, sin interrumpir innecesariamente, si necesita aclarar detalles haga preguntas abiertas no dirigidas. Se necesita saber sobre el contacto físico entre la víctima y el agresor.

Es importante preguntar y documentar los siguientes detalles sobre la agresión.^{ddd}

- Fecha, hora, lugar donde ocurrió la agresión
- Describir la superficie del lugar donde ocurrió la violencia
- Nombre, identidad y número de agresores
- Naturaleza de los contactos físicos y relato detallado de la violencia.
- Uso de armas y restricciones físicas
- Uso de medicamentos, drogas, alcohol, inhalantes
- Como se le quito la ropa

^{ccc} Barbara Bates. Propedéutica Médica. 3ª edición, Harla, S.A. de C.V. 1988, México, D.F.

^{ddd} Reunión de Guatemala de Planificación anual de la Unidad de Género, Etnicidad y Salud. OPS/OMS, noviembre 2004.

- Tipo de contacto sexual: Genital, anal, oral con pene, boca o dedos del agresor o con objetos.
- Eyaculación en la vagina de la víctima, en otro lugar de su cuerpo o en el lugar de la agresión.
- Uso de condones o lubricantes
- Si después de la agresión la víctima se limpio, baño o se hizo una ducha vaginal, si uso tampones toallas higiénicas, o si se cambio de ropa.
- Registrar síntomas y signos aparecidos después de la violencia sexual y su evolución hasta la consulta.

1.2. Antecedentes familiares:

Buscar antecedentes de:

- Violencia en la familia
- Maltrato en la niñez en la familia de origen,
- Abuso de sustancias
- Muerte violenta de familiares
- Promiscuidad sexual
- Prostitución.

1.3. Antecedentes no patológicos:

- Hábitos: Alimentación, ejercicio, de consumo de sustancias tabaco, alcohol, drogas, etc. (Abuso de sustancias).
- Bajo rendimiento escolar.
- Ausentismo laboral.

1.4. Antecedentes gineco-obstétricos:

- Abortos provocados o espontáneos,
- Padecimientos ginecológicos crónicos,
- Disfunciones sexuales.
- La paciente puede estar embarazada, los golpes en las embarazadas van dirigidos al abdomen, senos y genitales.^{eee}
- El embarazo puede ser no previsto, no deseado, resultado de abuso sexual, violación (intrafamiliar o no) o por prohibición de la pareja al uso de anticonceptivos. Estas mujeres tienen cuatro veces más probabilidad de sufrir violencia doméstica.^{fff} Este aspecto es muy importante debido a que puede haber daño fetal, contraindicaciones para utilizar algunos medicamentos y aspectos psicológicos y emocionales involucrados.
- Debe indagarse sobre la existencia de violencia sexual en las personas que refieren o presentan lesiones a nivel genital, anal, oral, o enfermedades de transmisión sexual

1.5. Antecedentes patológicos o historia médica pasada:

A toda persona que acude a un servicio de salud debe preguntársele como parte de los antecedentes patológicos de la Historia clínica:

- ¿Tiene conflictos en su familia o con otras personas?,
- ¿A vivido situaciones de violencia?,
- ¿Qué tipo de situaciones de violencia?.

^{eee} Bewley, C. Doping with domestic violence during pregnancy. Nursing Standar, 8 : 1994.

^{fff} Heise, L. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 27: 1993.

Podemos encontrar:

- Antecedentes de mal estado general de salud:
- Enfermedades (antecedentes de violencia, hipertensión arterial, padecimientos crónicos gastrointestinales, trastornos del estado de ánimo como depresión, ansiedad, angustia, ideas suicidas o intentos de suicidio).
- Consultas repetidas sin diagnóstico claro, signos y síntomas inespecíficos (cefaleas), encopresis o enuresis en niños), operaciones, lesiones (fracturas, politraumatismos, quemaduras), hospitalizaciones, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia).
- Abuso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas), consumo frecuente de analgésicos y/o tranquilizantes.
- Los trastornos por somatización son una posible consecuencia de la violencia mantenida.

1. 6. Interrogatorio por sistemas:

General, piel, cabeza, ojos, oídos, nariz y senos, boca y garganta, cuello, mamas, respiratorio, cardíaco, gastrointestinal, urinario, genito reproductor, músculo esquelético, vascular periférico, neurológico, **psiquiátrico (ansiedad, angustia, nerviosismo, tensión, depresión, ideación suicida)**, endocrino, hematológico.

1.7. Historia psicosocial y sexual

Durante la anamnesis el médico debe preguntar al paciente con mucha delicadeza sobre su historia psicosocial y sexual

En la anamnesis la historia psicosocial y la sexual son muy importantes para el diagnóstico de Violencia sexual

Algunas personas no refieren directamente la violencia o abuso sexual. En casos de maltrato físico o psicológico debe preguntarse al o la paciente sobre la existencia de violencia sexual.

a) Historia psicosocial:

La historia psicosocial es una descripción esquemática de la información más relevante acerca de la personalidad del paciente:

Descripción de un día típico de su vida: ¿Cómo pasa el día desde que se levanta hasta que se acuesta?

Preguntar sobre experiencias importantes: ¿Dónde nació?, ¿Dónde se crió?, ¿Cómo fue su niñez? ¿Cómo le va en su hogar, la escuela y el trabajo?, ¿Cómo se lleva con su familia?, ¿Cuál es su situación financiera?, ¿Qué hace para divertirse?, ¿Qué piensa del presente y respecto a su futuro?. Creencias religiosas en relación a la salud, la enfermedad y el tratamiento.

b) Historia sexual:

Debido a los tabues sociales puede ser difícil entrevistar al paciente en relación a su historia sexual. En pacientes mujeres las preguntas pueden realizarse después de los antecedentes gineco-obstétricos y en hombres después de las preguntas del sistema urinario, las preguntas pueden ser las siguientes:

- ¿Lleva actualmente una vida sexual activa?
- ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?
- ¿Tiene dolor o molestias durante las relaciones sexuales?
- ¿Su interés por la vida sexual a cambiado recientemente?
- ¿Está satisfecho con su vida sexual?
- ¿Ha sufrido o sufre violencia sexual?

Las preguntas sobre las funciones sexuales le permitirán al paciente saber que puede dialogar estos problemas con el médico en el futuro. Aunque los pacientes ocasionalmente se resisten a hablar de estos problemas (y no debe obligárseles a hacerlo), la mayor parte de ellos lo harán y se sentirán aliviados. El comportamiento del médico durante toda la anamnesis debe ser calmado, sencillo, con palabras claras para la comprensión del paciente.

2. Examen físico⁹⁹⁹

2.1. Examen físico general:

Durante la anamnesis y el examen físico debe observarse el comportamiento del paciente y de sus acompañantes:

Es importante recordar que las personas afectadas por violencia sexual no sólo sufren lesiones físicas sino también emocionales severas.

La mayoría de los pacientes se someten al examen físico con algún grado de ansiedad, se sienten vulnerables, expuestos, sienten aprensión pensando en un posible dolor, y les atemoriza lo que el médico pueda encontrar, sin embargo aprecian el interés del médico en su problema de salud. El médico debe ser cuidadoso, sistemático y gentil, a examinar al paciente debe considerarlo como un todo, observar sus miradas temerosas, persuadirlo, explicarle lo que va hacer y tranquilizarle.

Aspectos a observar:

- Postura, actitud, modales,
- Grado de actividad motora,
- Reacciones a las personas y cosas que le rodean,
- Marcha,
- Condición de cabello y ropas,
- Higiene personal,
- Olor de cuerpo o aliento,
- Tipo constitucional,
- Fascies, (expresiones faciales)
- Escuchar al paciente y anotar estado de consciencia.
- Estatura,
- Peso,
- Desarrollo músculo-esquelético,
- Desarrollo genital.

El o la paciente puede estar: Incómodo, avergonzado, asustado, no mira a los ojos del personal de salud, ser poco clara y coherente al explicar la causa de las lesiones, indecisa, agotada, confundida, angustiada, ansiosa, deprimida, aplanada afectivamente (en niños comportamiento muy pasivo).

También debe observarse el comportamiento de los acompañantes de la víctima (familiares u otros) que pueden estar: Temerosos, preocupados, indiferentes, dando una versión diferente de los hechos.

Debe examinarse al / o la paciente de la cabeza a los pies terminando con el área genital y anal. Al examen físico pueden encontrarse signos diversos:^{hhh}

⁹⁹⁹ Ministerio de salud y Deportes, OPS/OMS. Aspectos de Medicina Legal en la práctica diaria. Guía para profesionales de servicios públicos de salud. La Paz: OPS/OMS, 2003

^{hhh} Ministerio de salud y Previsión Social, OPS/OMS. Salud y violencia intrafamiliar. Manual de normas y procedimientos para la atención. OPS/OMS, 2002.

2.2. Examen físico segmentario

Resumen de Signos y síntomas de violencia sexual

- Pueden observarse lesiones diversas y múltiples en varias regiones corporales, especialmente: genitales, anales y orales.
- Lesiones diversas y múltiples próximas a regiones genitales, anales y orales, en nalgas, cara interna de muslos y otras.
- Signos y síntomas de amenaza, aborto en curso o parto prematuro.
- Signos y síntomas de suicidio
- Signos y síntomas de abuso de sustancias: Alcohol y drogas.
- Hematomas y equimosis perineal
- Contusiones en diversas partes del cuerpo.
- Cicatrices de lesiones diferentes (quemaduras, heridas).
- Signos de abuso sexual anterior.

La presencia de cualquier tatuaje debe ser documentada en la historia clínica junto con una descripción de su tamaño y forma y también cualquier deformidad física obvia.

Cara y cráneo:

- En la mayoría de los casos de violencia física los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima.ⁱⁱⁱ Describir la presencia de excoriaciones, hematomas de diferente evolución, equimosis, heridas, fracturas, quemaduras, cicatrices y otras. En piel y/o mucosas. En boca buscar lesiones en la cara posterior de los incisivos.

Tórax:

- Examinar mamas, describiendo las lesiones por cuadrantes anatómicos.

Abdomen:

- Inspección: describir lesiones traumáticas, por región anatómica, describir patologías médicas o quirúrgicas, tumores, cicatrices y otros.
- Palpación: Búsqueda y descripción de órganos y lesiones en estómago, vesícula, útero y otros. Si por el tamaño del útero se sospecha embarazo debe confirmarse con ecografía.

Examen ginecológico

Genitales externos:

- Inspección de la región vulvar:
- Describir las características del vello pubiano, labios mayores y menores.
- Descripción de lesiones traumáticas en periné: Clítoris, horquilla vulvar.
- Determinar la presencia de erosiones, excoriaciones, equimosis, heridas cortantes, hemorragia vaginal, contusiones, hematomas, desgarros en genitales externos (de la vulva y horquilla).
- Describir el hímen si se encuentra intacto o sus restos, forma, características de sus bordes, lesiones traumáticas recientes (erosiones, desgarros) o antiguas cicatrizadas, ubicar la lesiones según las agujas del reloj y equimosis. Considerar la presencia de "himen complaciente", con bordes que se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse.

ⁱⁱⁱ Bewley, C. Doping with domestic violence during pregnancy. Nursing Standar, 8 : 1994.

- En los desgarros himeneales sus bordes cicatrizan en forma separada, sin juntarse.

Genitales internos:

- En mujeres con vida sexual activa se realiza el examen con especuloscopia examinando todas las paredes de la vagina y los fondos de saco vaginales, describiendo lesiones traumáticas, erosiones, excoriaciones, desgarros.
- Durante el examen debe tomarse muestra de contenido vaginal mediante torunda estéril humedecida previamente en suero fisiológico que debe ser enviado rápidamente a un laboratorio.
- Además puede tomarse muestra del moco cervical con una jeringa hipodérmica, porque los espermatozoides se conservan mejor en el moco cervical que en el fluido vaginal.
- En el fondo de saco posterior de la vagina se pueden encontrar espermatozoides hasta 5 a 7 días después y mediante especuloscopia y técnica endocervical de Papanicolau es posible la búsqueda hasta 10 días posteriores al acto sexual.
- Deben describirse las características del cervix, si es posible mediante colposcopia.

En caso de sospecha de embarazo, por aumento de tamaño uterino, debe solicitarse ecografía. Si nos se dispone del equipo determinar mediante palpación la altura uterina, buscar latidos cardíacos determinar las características del feto (presentación, movilidad y vitalidad).

Examen genitourinario:

- Deben describirse anatómicamente: El pene, prepucio, escroto y testículos registrando lesiones traumáticas como erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, hemorragias, etc.
- Si se observan papulares o úlceras debe sospecharse infecciones de transmisión sexual como sífilis, condilomas acuminados, herpes genital. Si existe flujo uretral puede ser gonorrea por lo que debe tomarse examen directo y cultivo.

Examen proctológico o anal:

- Debe realizarse tanto en hombres como en mujeres si es posible con un colposcopio.
- Describir la presencia de erosiones, excoriaciones, fisuras, contusiones, hematomas, hemorragia rectal, desgarros del recto (de los pliegues), ano y periné.
- Debe realizarse tacto rectal en sospecha de rotura de recto o presencia de cuerpo extraño que requiera de tratamiento quirúrgico de urgencia.
- Describir también la presencia de cicatrices antiguas.
- Si existen lesiones papulares o ulcerativas solicitar examen de VDRL En tumoración papilomatosa sospechar de condiloma acuminado.
- Debe examinarse la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida con la salida de gases y contenido fecal.
- En caso de dudas sobre la tonicidad del esfínter y si es posible referir al proctólogo para un examen de manometría del esfínter o electromiografía.
- Durante el examen de la región anal tomar muestra del contenido ano-rectal, con una torunda estéril humedecida en suero fisiológico, para buscar semen y espermatozoides si la violación tiene menos de 24 a 48 horas.

Area paragenital:

- Describir la presencia de estigmas ungüeales, equimosis por depresión digital y por golpes, erosiones y excoriaciones en regiones grutas por arrastre. Contusiones y desgarros perineales y vesicales, hematomas pubianos, hematomas y excoriaciones en cara interna de muslos.

Area extragenital:

- Describir la presencia de erosiones y escoraciones por arrastre, equimosis y hematomas producidos por golpes, equimosis por succión (sugilaciones) y por sujeción. Existen signos de lucha, defensa y arrastre, en ocasiones quemaduras por cigarrillo y amputación de pezones y otras lesiones en cara, cuello, mamas, abdomen, muñecas, rodillas y tobillos.

Al preguntar al paciente sobre las lesiones encontradas durante el examen físico y cómo se produjeron, las respuestas del paciente pueden ser: Claras y coherentes o frecuentemente en casos de violencia sexual poco claras y coherente al explicar lesiones en niños o niñas en áreas genitales, anales o próximas a los mismos (cara interna de muslos, nalgas) y la presencia de infecciones de transmisión sexual.

ANEXO N° 4

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS EN LA SALUD MENTAL DERIVADOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Los trastornos de salud mental más frecuentes que puede presentar un paciente víctima de violencia sexual son los siguientes:

1. Trastorno por estrés agudo
2. Trastorno por estrés postraumático.

El tratamiento puede ser realizado por el médico general en primer nivel o por el médico internista en segundo nivel. En caso de falta de respuesta terapéutica del paciente o empeoramiento del trastorno mental debe realizarse interconsulta psiquiátrica o referirse al paciente a tercer nivel de atención para atención por especialista médico psiquiatra.

1. Trastorno por estrés agudo.

Es una respuesta inmediata y breve a estresores intensos que ocurren inesperadamente, puede durar de horas a algunos días. Se presentan síntomas de la ansiedad generalizada e incluso crisis de angustia.

2. Trastorno por estrés postraumático.

Es una alteración subsecuente a una situación excepcionalmente estresante, con riesgo para la vida e integridad física, por ejemplo haber salido librado de un incendio, ser víctima de un asalto, violación, o haber sido testigo, por ejemplo de un grave accidente de tránsito.

3. Los criterios diagnósticos son:

Que la persona haya estado expuesta a un evento traumático frente al cual haya experimentado, la inminencia de la muerte o daño a la integridad física de sí mismo o de otros.

Que su respuesta haya sido de miedo intenso, necesidad de ayuda o terror. Los niños pueden mostrar un comportamiento desorganizado o agitado.

El evento traumático es reexperimentado persistentemente, por reminiscencias recurrentes, a través de imágenes, pensamientos o percepciones, sueños relacionados, sentimientos o comportamientos como si los hechos estuvieran ocurriendo nuevamente, sentimientos de gran malestar y reacciones emocionales ante la exposición a objetos que recuerden los eventos.

Persistente evitación de estímulos asociados con el trauma y varias respuestas (que no las tenía antes del trauma), como necesidad de evitar pensamientos o conversaciones asociadas con el trauma, evitar actividades, lugares o personas que recuerden los hechos, dificultad para mencionar algún aspecto importante del evento, disminución del interés para participar en actividades significativas, sentimientos de extrañeza respecto a otras personas, restricción de vivencias afectivas, sensación de desesperanza en el futuro.

Síntomas persistentes de un estado de alerta incrementado, como dificultad para empezar a dormir, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, sobresaltos.

Los síntomas duran más de un mes y causan deterioro en el funcionamiento psicosocial.

4. Tratamiento médico

Debe asociarse la psicoterapia y la psicofármaco terapia.

Orientación en casos de crisis afectiva o del estado de ánimo

Estas crisis son estados de conducta incontrolada donde se combina el desequilibrio emocional y la excitación motora.

Escuchar, no negar ni desvalorizar ningún juicio de valor de la persona afectada y mostrar rasgos positivos en la persona afectada.

Controlar nuestros propios sentimientos para tolerar y soportar ansiedades y hasta posiciones agresivas del paciente.

Señalar sentimientos y rasgos positivos de la personalidad de la persona afectada, para crear un continente interno que le permita iniciar proceso de respuesta al problema.

Condiciones para la entrevista de urgencia de pacientes con complicaciones agudas mentales

1.- El lugar de la entrevista debe considerar aspectos mínimos para garantizar seguridad, privacidad y la recogida de datos.

2.- El entrevistador deberá sentarse en un ángulo de 45° a 90° en relación al paciente y de ser posible sin una mesa en medio.

3.- Nunca sentar al paciente entre el entrevistador y la salida, ni obstaculizar el paso hacia ella.

4.- Retirar de la vista cualquier objeto que el paciente pueda utilizar como arma.

5.- El entrevistador debe estar enterado de cómo pedir ayuda de afuera del sitio de la valoración clínica, y debe evitar realizarla en áreas aisladas.

6.- Informar al personal de la sala de urgencias acerca de lo que va a hacer, y cuánto tiempo espera que le va a tomar. En caso de que haya más riesgo del habitual, preparar al personal de enfermería y emergencias sobre cómo intervenir en caso de peligro.

La entrevista está limitada generalmente por presiones de tiempo, gravedad y naturaleza de la alteración del paciente.

1.- La aproximación debe ser directa, afectuosa y preocupada.

2.- El médico debe presentarse y llamar al paciente por su apellido para mostrar respeto y mantener una distancia interpersonal adecuada.

3.- Historia. Si el paciente es capaz de narrar una historia coherente, lo mejor es dejarle explicarla en sus propias palabras, pero a medida que progresa la entrevista el médico debe estar seguro de obtener todos los datos necesarios en un tiempo razonable dirigido a esclarecer la etiología y naturaleza del estado actual.

4.- Recomendaciones. Al final de la entrevista el médico debe ser claro y preciso al abordar las recomendaciones. Es útil preguntar al paciente qué opina sobre el tratamiento o disposiciones adoptadas.

5.- Situaciones especiales. Ocurren cuando el paciente amenaza o actúa con violencia, está psicótico o delirante al punto de ser incapaz de llevar adelante una conversación. Pueden ser precisos el tratamiento médico rápido o la contención antes de que sea posible cualquier valoración ulterior.

En todos los casos en que se presente la ansiedad severa como motivo de consulta, se debe:

1.- Realizar una aproximación diagnóstica y explicar al paciente y su familia la naturaleza del síndrome.

2.- Aliviar la ansiedad patológica con medicación ansiolítica, preferentemente benzodiazepinas, considerando la naturaleza adictiva de ellas:

El uso racional de benzodiazepinas se basa en:

- a) Presencia de un síndrome que responda a benzodiazepinas.
- b) Uso apropiado de terapias no farmacológicas.
- c) Explicación adecuada de la duración del tratamiento.
- d) Consideración del riesgo beneficio individual.
- e) Ajuste de la dosis para minimizar los efectos adversos y optimizar los terapéuticos.
- f) Vigilar el riesgo de abuso por automedicación.
- g) Retiro gradual cuando ya no es necesaria.
- h) Reconsiderar el diagnóstico y el tratamiento si no hay buena respuesta en los primeros siete días.

5. Fármacos, vía de administración y dosis que deben usarse para los casos de consulta de emergencia en pacientes con ansiedad severa:

Diazepam:

Vía oral: 5 a 10 mg.

Vía intravenosa: 10mg diluidos en 10 ml de solución estéril.

Alprazolam:

Vía oral: 0,5 a 2 mg.

Clonazepam:

Vía oral: 1 a 2 mg.

El tratamiento con benzodiazepinas debe ser por un máximo de 6 semanas, y si después de ese período persisten los síntomas, transferir al especialista: Psiquiatra.

6. Complicaciones

Agravamiento del cuadro agudo, conducta agresiva del paciente contra el entorno o contra sí mismo.

La severidad puede ser tan grave que incapacite al individuo e incluso genere ideas y conductas suicidas.

7. Criterios de hospitalización

- 1.- Que el trastorno sea muy severo.
- 2.- Ideación o conducta suicida.
- 3.- Síntomas psicóticos asociados.
- 4.- Que no se cuente con el apoyo de la familia del paciente.

8. Criterios de referencia

Una vez tratada la fase aguda, del trastorno mental, por el médico general, el tratamiento a mediano y largo plazo debe ser realizado por el médico psiquiatra o el equipo especialista, ya sea en segundo o tercer nivel de atención.

Todo paciente con trastorno mental severo, después de la resolución del episodio agudo debe ser referido al médico psiquiatra o al quipo especialista.

9. Control y seguimiento

Debido a que se usan medicamentos potencialmente adictivos, el control y seguimiento de cada paciente deberá estar registrado en su historia clínica, incluyendo el abandono del tratamiento, que deberá dictarse en caso de no regresar a las consultas respectivas por un período mayor a 1 mes.

Cuando el tratamiento se interrumpe sin indicación médica, la posibilidad de recaída y agravamiento con complicaciones es muy alta, por eso debe realizarse control registrado en el expediente clínico.

Es mejor que el control y seguimiento este a cargo del especialista Psiquiatra.

10, Criterios de alta médica

Cuando hay remisión total de los síntomas y ya no recibe medicación por un período de un mes después de haberla suspendido.

Es mejor según criterio del especialista Psiquiatra.

ANEXO N° 5

PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO DESEADO^{jjj}

Entre las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil^{kkk} está la anticoncepción, que comprende: Consulta de orientación en anticoncepción, inserción de DIU, administración de inyectable trimestral, anticoncepción oral, anticoncepción de barrera (condón) y salpingoclasia.

En caso de violencia sexual debe informarse a la paciente de la probabilidad de un embarazo y si es no deseado las alternativas para prevenirlo, entre esta la anticoncepción de emergencia que se describe a continuación:

1, La anticoncepción hormonal de emergencia es método anticonceptivo que se utiliza después de una relación sexual sin protección y que previene el embarazo no deseado que puede ocurrir como resultado de una violación. Esta forma de anticoncepción está registrada legalmente en países desarrollados como Inglaterra, Estados Unidos y Chile. El mecanismo de acción de este método de anticoncepción depende de la fase del ciclo en que se utiliza y consiste en: Inhibir la ovulación, alterar el moco cervical, alterar el transporte de los gametos, inhibir la fecundación. No inhibe la implantación. No es efectivo si ya se produjo la fecundación por lo tanto no es un método abortivo.

2. Las pastillas de ACE vienen en dos formas diferentes. Pueden ser administradas como una dosis alta de anticonceptivos orales (ACO—cerca de 40 píldoras anticonceptivas), esto debe ser administrado bajo estricto control médico. También pueden ser administradas como pastillas elaboradas específicamente para usarse como ACE (ACE—usualmente 2 píldoras). Ambas formas actúan para cambiar el ambiente uterino a uno que no favorece la implantación de un óvulo fecundado. No se ha comprobado que ninguna de las dos formas sea más eficaz que la otra para prevenir el embarazo. La ventaja de usar las pastillas de ACO como anticonceptivo de emergencia es que hay mayor disponibilidad de las mismas que de las prescritas específicamente para la ACE. Los efectos secundarios más comunes de las pastillas de ACE (tanto ACO como ACE) son náusea, vómito, manchado de sangre y dolor de cabeza. La ventaja de utilizar las pastillas de ACE es que solamente se necesita tomar 2 píldoras y los efectos secundarios son considerablemente menos severos.

3. El Dispositivo intrauterino (DIU) también es un método de anticoncepción de emergencia que consiste en insertar un dispositivo que libera cobre en el útero y hace cambiar el ambiente uterino a uno que no favorece la implantación de un óvulo fecundado. Aunque este método es algo más complicado que la ACE en forma de pastillas, una ventaja importante es que el DIU puede permanecer en el útero después de su inserción como un método regular de anticoncepción. Los efectos secundarios más comunes del uso del DIU son retorcijones y dolor de vientre durante las primeras 24 horas. A diferencia de las píldoras ACE, la inserción del DIU puede ser abortivo, terminando con un embarazo.^{lll}

4. Píldoras de progestina pura (levonorgestrel):

Método de elección por que tiene menos efectos secundarios.

^{jjj} OPS/OMS. Anticoncepción de emergencia. Programa Mujer, salud y Desarrollo. Boletín Informativo. Año 2000.

^{kkk} Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil, del 21 de noviembre de 2002

^{lll} OPS/OMS. Anticoncepción de emergencia. Programa Mujer, salud y Desarrollo. Boletín Informativo. Año 2000.

Dosis es de dos dosis de 750 microgramos de Levonogestrel (LNG), separadas por 12 horas, 1 pastilla por vez.

Si no se dispone de la anterior puede utilizarse Levonogestrel 30 microgramos, administrando 25 pastillas cada vez (750 microgramos).

4.1. Administración

Utilizarse dentro de las 72 horas de la violación. Su efectividad es del 100% si se administra antes de las primeras 24 horas.

4.2. Precauciones

Debe administrarse con precaución en embarazo ectópico previo, síndrome de mala absorción severo y hepatitis severa.

4.3. Efectos secundarios

Nauseas, vómitos, sangrado irregular, mastalgia, dolor abdominal, cefalea, mareos. En caso de vómitos debe repetirse la dosis. Puede darse un antiemético antes de dar el anticonceptivo.

Contraindicaciones. Porfiria

ANEXO Nº 6

PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

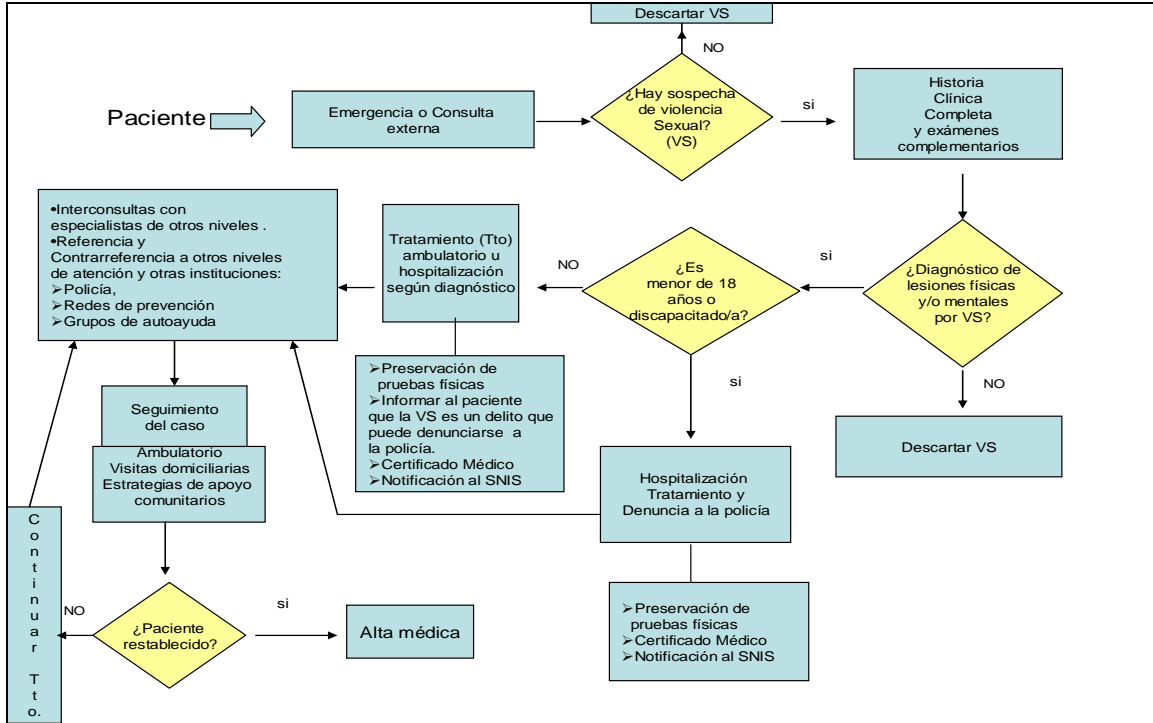
Acciones de prevención de la violencia sexual

Primaria	Secundaria	Terciaria
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la participación de la comunidad, 2. Capacitación al personal de salud y a la población, 3. Información, comunicación y educación a la población 4. Identificación de personas en riesgo y situaciones de riesgo de violencia sexual: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda activa de casos 2. Recepción de la víctima 3. Realizar la Historia Clínica 4. Solicitar exámenes complementarios 5. Solicitar interconsultas con médicos especialistas 6. Tomar muestras y preservar pruebas 7. Formular el diagnóstico 8. Dar tratamiento integral 9. Extender el Certificado Médico 10. Registrar, notificar 11. Denunciar el hecho 12. Análisis de la información y toma de decisiones 13. Referencia, contrarreferencia y seguimiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de riesgo para la salud y la vida 2. Interconsultas, referencia y contrarreferencia 3. Coordinar y articular acciones con redes institucionales y comunitarias 4. Contactar al paciente con grupos comunitarios de autoayuda 5. Promover Servicios radiales y telefónicos de información, orientación y apoyo a las víctimas. 6. Proporcionar al paciente una lista de recursos de la comunidad donde acudir. 7. Realizar el seguimiento o acompañamiento emocional de la víctima, 8. Puede proporcionarse información y orientación sobre el problema utilizando materiales de información, educación y comunicación. 9. Elaborar un plan de acción o intervención 10. Evaluar conjuntamente los avances en los planes trazados.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO Nº 7

FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



ANEXO N° 8**LISTA DE PARTICIPANTES**
Taller nacional de Validación y Consensos
2 de diciembre de 2004, ciudad de Cochabamba

Nº	Nombre y apellidos	Cargo	Lugar
1	Lic. Ruth Barral	Jefe Nacional del Programa	Ministerio de Salud de Bolivia
2	Lic. Victor Lopez	Personal Operativo	Ministerio de Salud de Bolivia
3	Dra. Azucena Zubieta	Consultora Elaboración Normas OPS/OMS	Ministerio de Salud de Bolivia
4	Dra. Alex Nina Rojas	Responsable del Programa	SEDES Pando
5	Lic. María del Carmen Franco	Personal operativo	SEDES Pando
6	Lic. Doly Galvarro	Responsable del Programa	SEDES Santa Cruz
7	Sin nombre	Personal operativo	SEDES Santa Cruz
8	Dra. Jackeline Perez	Responsable del Programa	SEDES Tarija
9	Sin nombre	Personal operativo	SEDES Tarija
10	Lic. Araci Perez	Responsable del Programa	SEDES Trinidad (Bení)
11	Lic. Elizabeth Quiroz	Personal operativo	SEDES Trinidad (Bení)
12	Lic. Nelia Machicado	Responsable del programa	SEDES Potosí
13	Dr. Isaac Vargas	Personal operativo	SEDES Potosí
14	Dra. Virginia Azurduy	Responsable del Programa	SEDES Sucre
15	Lic. Jenette Oblitas	Personal Operativo	SEDES Sucre
16	Lic. Margot Guzman	Responsable del programa	SEDES Oruro
17	Lic. Sandra Torrez	Personal Operativo	SEDES Oruro
18	Lic. Franci Venegas	Responsable del Programa	SEDES La Paz
19	Dra. Gina Rocha	Personal Operativo	SEDES La Paz

