


ATENCIÓN A VÍCTIMAS
Y SOBREVIVIENTES DE
VIOLENCIA SEXUAL

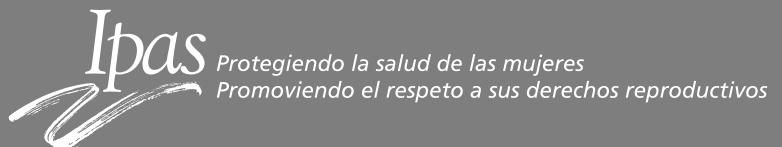
Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas
desarrolladas en los servicios de salud
de cuatro países de América Latina:
Bolivia, Brasil, Costa Rica y México.





ATENCIÓN A VÍCTIMAS
Y SOBREVIVIENTES DE
VIOLENCIA SEXUAL

**Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas
desarrolladas en los servicios de salud
de cuatro países de América Latina:
Bolivia, Brasil, Costa Rica y México.**



Autoras:

María Cecilia Claramunt

Melissa Vega

Ivannia Chavarría

Responsables de investigación según país:

Bolivia: Adriana Rodríguez

Brasil: Alberto Sánchez

Costa Rica: Demalú Amighetti

México: Sylvia Meza

Revisión:

Karen Padilla Z

Debbie Billings

Foto portada:

Nara Vieira da Silva Osga www.sxc.hu

Diseño:

Noel Benavente G.

Correspondencia:

Ipas Centroamérica

Managua, Nicaragua. Apartado Postal # 1833

informacion@ipas.org

www.ipas.org

“Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Oficina Regional para América Latina y El Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) y de sus Oficinas Nacionales del UNFPA en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua; de las oficinas de Ipas en Chapel Hill, North Carolina (EEUU) y de Ipas Centro América; y de todo el personal de las unidades de salud y organizaciones no gubernamentales que abrieron sus puertas a este proyecto, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de los servicios dirigidos a las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual”.

Armonie es una organización no gubernamental y sin fines de lucro. Su misión es ser una instancia de consulta y referencia para temas relacionados con la transformación social, la equidad entre los géneros y los derechos humanos de las mujeres y las personas menores de edad. La Asociación es miembro de la Alianza Interamericana InterCambios para la Prevención de la Violencia de Género desde la Salud (instancia conformada por organizaciones nacionales y regionales de la sociedad civil que trabajan frente al problema de la violencia contra las mujeres y con la colaboración de instituciones estatales y organismos internacionales de cooperación).

armonie@asociacionarmonie.org www.asociacionarmonie.org

ABREVIATURAS

INTRODUCCIÓN

I. Parte: Contexto General

1. Países estudiados
2. El problema de la violencia sexual
3. Avances dentro del sector salud

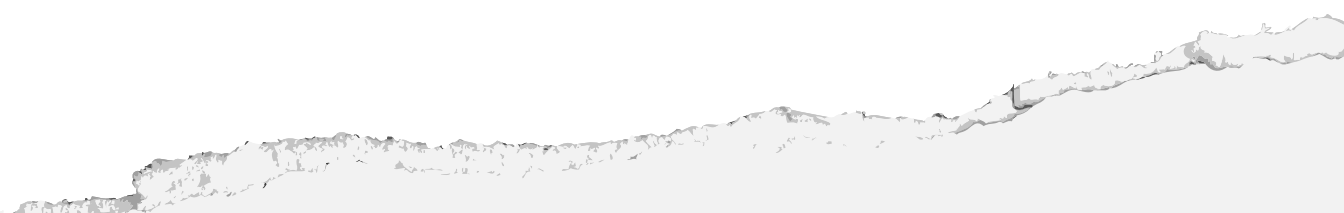
II. Parte: Buenas Prácticas

1. Legislación
2. Institucionalización de los servicios de atención a la violencia sexual en el sector salud
 - a. Construcción de Alianzas
 - b. Privacidad en los servicios
 - c. Personal capacitado
 - d. Protocolos y Lineamientos Institucionales
3. Componentes mínimos de la Atención Especializada
 - a. Atención de emergencia
 - b. VIH/SIDA
 - c. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - d. Anticoncepción de emergencia
 - e. Embarazo forzado y aborto

A MANERA DE CONCLUSIÓN

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Abreviaturas

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
OIT	Organismo Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de La Salud
ONG	Organización No Gubernamental
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida
VSVS	Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual

Introducción

*...la violencia sexual es un problema de derechos humanos, de derechos de las víctimas de delitos, y de justicia social.
Centro Nacional de recursos sobre Violencia Sexual, 2005.*

El presente documento constituye una síntesis de las buenas prácticas identificadas en los servicios ofrecidos a las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual (VSVS) en Bolivia, Brasil, Costa Rica y México. Se deriva de los estudios locales realizados en dichos países y tiene como fin proporcionar una visión global de los avances, aprendizajes y lecciones aprendidas en materia de atención a la violencia sexual.

Esta síntesis y las cuatro investigaciones nacionales se enmarcan en el proyecto "Support of Regional and Sub-Regional Institutions for Gender-Based Violence Prevention", desarrollado por el Programa Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en asociación con Ipas y en coordinación con International Planned Parenthood Federation (IPPF) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). El propósito del proyecto es impulsar la organización y el mejoramiento de los servicios de salud a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.

Los estudios locales fueron implementados bajo un mismo diseño metodológico, que incluyó la revisión documental y entrevistas a informantes clave. La primera consistió en la búsqueda, recopilación y análisis de diferentes fuentes de información sobre violencia sexual: legislación, documentos y publicaciones nacionales e institucionales, hallazgos de investigaciones; así como las normas y políticas vigentes en materia de violencia sexual en cada país. La información aportada por personas clave se obtuvo mediante un instrumento de entrevista semi-estructurada¹, aplicada según la especificidad de cada servicio, que incluyó aspectos generales de la situación de la violencia sexual, características de los servicios, fortalezas, buenas prácticas y desafíos en el abordaje de la violencia sexual, además de estrategias de trabajo intersectorial, entre otros. La mayoría se desarrolló de manera personal y en otros casos, por medio de la Internet. En los casos de Bolivia, Brasil y México se incluye además la experiencia, resultados y lecciones aprendidas en los servicios ejecutados por Ipas.

Así por ejemplo, en Bolivia se identificaron las buenas prácticas en un proyecto piloto, el cual tuvo un enfoque integral para enfrentar la violencia sexual y empoderar a las víctimas de ésta, promoviendo el ejercicio de sus derechos², este fue desarrollado entre agosto 2005 y julio 2008. El proyecto es una iniciativa importante en la aplicación de un enfoque integral e intersectorial para la atención de la violencia sexual, tomando en cuenta que en el país los servicios de salud pública enfrentan aún grandes debilidades para la atención a víctimas de violencia sexual.

¹ Basado en los contenidos de Ipas-UNFPA Ver y Atender. Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. México, 2006

² Este proyecto fue desarrollado entre agosto 2005 y julio 2008 por Ipas Bolivia y Marie Stopes Internacional con el apoyo financiero del Department of International Development/Civil Society

En Ipas- Brasil se destacan las buenas prácticas identificadas a partir de la implementación de proyectos para la atención de la violencia sexual contra mujeres y niñas, y otros dirigidos a garantizar la aplicación de servicios de calidad en la atención del aborto mediante una red de servicios de asistencia para garantizar los derechos humanos. Por ejemplo, desde 1993, Ipas ha capacitado a profesionales de los servicios de salud y otras instancias para garantizar una mayor comprensión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De esta forma, la investigación permite socializar la experiencia desarrollada en el tema de la atención de la violencia y del fortalecimiento de las redes donde participan los servicios de salud, legales y organizaciones comunitarias.

En Ipas- México, se destaca el modelo de capacitación para la aplicación del modelo de atención integral a mujeres víctimas de violencia sexual y doméstica. El modelo incluye aspectos legales, psicológicos y de atención médica, las obligaciones del personal de salud y las indicaciones para el aborto legal en coordinación con el sistema judicial, la anticoncepción de emergencia y la prevención de infecciones de transmisión.

De forma complementaria, el propósito de la síntesis es proporcionar al personal de salud- incluyendo a quienes realizan labores gerenciales y administrativas; así como a personas encargadas de realizar e implementar las políticas públicas e institucionales-, una visión general sobre las buenas prácticas relacionadas con los servicios de salud ofrecidos a las VSVS con el fin de reforzar las acciones y decisiones tomadas en diferentes países.

6

Estos resultados deben ser considerados como un punto de partida para la elaboración de planes de mejoramiento continuo de la calidad de atención, de manera que se generen respuestas adecuadas a la violencia basada en género, especialmente la violencia sexual y la violencia doméstica a través de intervenciones políticas, en sistemas de protección y legales, en los servicios de salud sexual y reproductiva, servicios de prevención de VIH y de ITS, incluso en situaciones de emergencia y post-emergencia. Motivo por el cual, en los siguientes apartados se presentan las fortalezas y desafíos detectados en la institucionalización de los servicios de salud, en la caracterización de la atención especializada a la violencia sexual y la legislación.

Challenge Fund DFID/CSCF. Dicha iniciativa se implementó en los municipios de Caranavi, Padilla, Quillacollo, Warnes, Riberalta y Cobija. Su objetivo fue la reducción de la violencia sexual y sus consecuencias en víctimas y sobrevivientes a través de un enfoque integral. Es importante aclarar que a pesar de que ésta no ha sido la única iniciativa llevada a cabo en Bolivia, para efectos de este informe se hará especial referencia a los alcances y hallazgos de este proyecto, el cual se considera uno de los esfuerzos más relevantes en términos de la aplicación de un enfoque integral e intersectorial.

Parte I. Contexto General

1.- PAÍSES ESTUDIADOS

Todos los países se encuentran ubicados en la región latinoamericana y a pesar de que ella no posee las trágicas condiciones de los países menos desarrollados, miles de niños, niñas y mujeres mueren cada año por razones generalmente evitables. Por ejemplo, en el último Estado Mundial de la Infancia, América Latina tiene una tasa muy alta de mortalidad materna; en promedio, 130 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y por cada mujer que muere, 20 quedan con enfermedades y discapacidades relacionadas con la gestación y el nacimiento de sus hijos. Como respuesta a este problema, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) subraya la creación de un entorno favorable para el desarrollo de la mujer y el cumplimiento de sus derechos, una atención de salud oportuna y la implementación de políticas públicas integrales y coordinadas (UNICEF, 2009).

Tabla No. 1
POBLACIÓN TOTAL POR PAÍS
Período 2000 - 2010 (en millones a la mitad del año)

Países	2000	2005	2010
Bolivia	8329	9275	10229
Brasil	170693	181604	192240
Costa Rica	4023	4453	4857
México	98881	106147	112891

Fuente: CELADE

Tabla No. 2
INDICADORES DE SALUD POR PAÍSES

Países	Camas hospitalarias por 1000 hab. (2005)	Gasto público en salud como % del PBI (2004)	Atención al parto por personal capacitado %	Uso de anticonceptivos por mujeres (todo método) 2000-2006
Bolivia	1,1	4,2	64.2	21 %
Brasil	2.6	3,4	96.8	---
Costa Rica	1,3	5,0	94.3	80 %
México	---	2,4	93.7	47 %

Fuente: Indicadores. Organización Panamericana de la Salud, 2007

Tabla No. 3
TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD ESTIMADAS POR PAIS
Hijos por mujer (2000 – 2005)

Países	Tasa 2000-2005
Bolivia	3.96
Brasil	2.25
Costa Rica	2.28
México	2.40

Fuente: CELADE. Revisión 2008

Con el fin de comprender las razones de la mortalidad materna y específicamente de las respuestas al problema de la violencia sexual, se presentan algunos datos generales de los países en estudio.

Estado Plurinacional de Bolivia.

Bolivia está ubicada en la parte central de Sur América. El 62% del territorio se sitúa en la Amazonia y el chaco y el 32% en la zona andina alta.

Capital: La Paz (gobierno y legislativo) y Sucre (judicial).

Idiomas oficiales: castellano, quechua, aymara, guaraní y otras 33 lenguas.

Superficie: 1.098.581 km².

Densidad: 8,76 hab. /km².

Fronteras: Al norte y el este con Brasil; al sur con Argentina, Paraguay y Chile y al oeste con Chile y Perú.

Forma de gobierno: República presidencialista.

División política: 9 Departamentos.

Demografía: El 56% de los 8.274.325 bolivianos (Censo 2001) se auto identifican como quechuas o Aymaras y un 6% como Guaranis o en alguno de los 32 grupos étnicos minoritarios de la Amazonía boliviana. El 60% de la población tiene menos de 65 años y solo el 7% es mayor de 65. La población boliviana crece a una tasa promedio anual de 2.7% (INE).

Índice de desarrollo Humano (2007): 0,729 (puesto número 113) – medio.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA

En el año 2004:

- La fragmentación y segmentación del sistema reproducía profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular.
- Un 27 % de la población boliviana era cubierta por el sistema de seguros de salud de corto plazo (seguridad social), un 30% por el Ministerio de Salud y Deportes (público), un 10% por los servicios privados, existiendo aproximadamente un 30% de la población que solo tiene acceso a la práctica de la medicina tradicional.

(Sistema regional de datos básicos en salud. Bolivia, 2004)

Al aprobarse la nueva Constitución Política se establece en su artículo número 18:

- Todas las personas tienen derecho a la salud.
- El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.
- El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

(Constitución Política de Bolivia, 2009)

República Federativa del Brasil

Su territorio ocupa casi la mitad (47,9%) de América del Sur y con las islas que posee en el océano Atlántico, representa el quinto país más grande del mundo. Además, la mayor parte del país está cubierta por la selva amazónica (3,6 millones de km²) y en consecuencia, es el que cuenta con más especies de animales en el mundo.

Capital: Brasilia.

Idioma oficial: portugués.

Superficie: 8,5 millones km².

Densidad: 22,5 hab./km².

Fronteras: Al norte limita con Colombia, Venezuela, Guyana, Surinam y la Guayana Francesa; al sur con Argentina, Uruguay y Paraguay; al este con el océano Atlántico; y al oeste con Bolivia y Perú.

Forma de gobierno: República federal presidencial.

División política: 26 estados federados y el Distrito Federal.

Demografía: Es el país más multiétnico del mundo, conformado por indígenas, descendientes de europeos, africanos y asiáticos. Brasil tiene la mayor población de japoneses, negros, italianos y alemanes fuera de sus países de origen.

Índice de desarrollo Humano (2007): 0,813 (puesto número 75) – Alto.

Fuente: http://dab.saude.gov.br/docs/geral/sus_espanol.pdf

LOS SERVICIOS DE SALUD EN BRASIL

Luego de los periodos dictatoriales, se inicia en Brasil una serie de reformas encaminadas al diseño de políticas sociales y de seguridad social que permitan la inclusión de los individuos en el desarrollo del país. En este contexto se creó el principal programa de inclusión social el Sistema Único de Salud (SUS).

El SUS tiene como eje central garantizar la atención de la salud a todo ciudadano por medio de los servicios públicos del Sistema Único de Salud. Es de carácter público, federativo, descentralizado, participativo y de atención integral.

De acuerdo con la OMS (1998, datos actualizados al 2001), la cobertura de los servicios públicos de salud abarcan al 75% de la población. Desde 1994 el Ministerio de Salud impulsa el programa de salud de la familia como estrategia de la atención primaria, buscando incorporar la atención médica tradicional a la lógica de la promoción de la salud, donde las unidades de salud trabajan hacia los núcleos familiares y sus relaciones sociales

República de Costa Rica

Ubicada en América Central, Costa Rica es una de las democracias más antiguas del mundo y ganó reconocimiento mundial al haber sido el primer país en abolir el ejército el 1º de diciembre de 1948.

Capital: San José.

Idioma oficial: castellano.

Superficie: 51.100 km².

Densidad: 85 hab. /km².

Fronteras: Al norte con Nicaragua; al sur con Panamá; al este con el Mar Caribe y al oeste con el Océano Pacífico.

Forma de gobierno: República presidencialista.

División política: 7 Provincias.

Demografía: La mayoría de la población está conformada por descendientes de europeos. La población indígena es apenas de un 1% del total. A pesar de que su población es apenas superior a los 4 millones, cuenta con un alto porcentaje de inmigrantes económicos y refugiados políticos. En relación con los refugiados, Costa Rica es uno de los países del mundo con mayores tasas de recepción y se calcula la presencia flotante de un millón de nicaragüenses que migran por razones económicas. También tiene una importante población extranjera residente originaria de China, Estados Unidos, Argentina y Chile y en la última década hay un movimiento migratorio destacable de europeos, especialmente de España, Holanda, Rusia, Suiza y Suecia (Instituto de Estudios e Información sobre migración, s.f.).

Índice de desarrollo Humano (2007): 0,854 (puesto número 54) – Alto.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA

El sector salud se encuentra conformado por el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, la Universidad de Costa Rica y los municipios. El MS ejerce la rectoría sectorial

El sistema de seguridad social es el responsable de la prestación de servicios de salud, por medio de los seguros de salud. Estos cubren la asistencia médica general, especial y quirúrgica así como a los servicios para la recuperación de la salud por accidentes y enfermedades laborales, además de tránsito. Los seguros también cubren subsidios, cuotas de sepelio, prestaciones sociales y pensiones por "invalidez, vejez y muerte". El seguro de maternidad, enfermedad, discapacidad, vejez y muerte (CCSS) es obligatorio y se cubre por cuotas provenientes de patronos (9.25% de las planillas de pago), empleados y empleadas 5.50% de su salario y del Estado 0.25% de la nómina nacional. (Sistema Solidario).

Estados Unidos Mexicanos

México está ubicado en el sur del subcontinente norteamericano. El nombre proviene del náhuatl que significa (hipótesis más difundida): En el ombligo de la luna. Es el país hispanohablante más poblado del mundo y el único con dos golfos en dos océanos: en el Pacífico, el Golfo de California y el Golfo de México en el Atlántico.

Capital: México, D. F.

Idioma oficial: castellano y 62 lenguas indígenas.

Superficie: 1.972.550 km².

Densidad: 54,7 hab. /km².

Fronteras: al norte con los Estados Unidos de América; al este, con el golfo de México y el mar Caribe; al sureste, con Belice y Guatemala, y al oeste con el océano Pacífico.

Forma de gobierno: República federal.

División política: 32 Estados Federados.

Demografía: México concentra el mayor número de indígenas en el continente así como la mayor variedad de lenguas y dialectos (Ethnologue, estima la existencia de 291 lenguas vivas con sus variaciones dialectales). La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas estima que la población indígena constituye entre 10 y 14% del total de habitantes.

Índice de desarrollo Humano (2009): 0,854 (puesto número 52) – Alto.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

En el año 2000, el porcentaje de población que carecía de seguridad social se ubicaba entre 50 y 60%. La respuesta del Estado mexicano para enfrentar esta carencia ha sido la creación del Sistema de Protección Social de Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS). Gracias a este seguro, para el 2005, el porcentaje de población descubierta disminuyó en un 10%.

La organización de la atención pública a la salud se encuentra estructurada por niveles de atención. El primer nivel incluye promoción de salud, prevención de

enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente. El segundo nivel brinda la atención de especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad. Se brinda atención ambulatoria y de hospitalización y generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico. El tercer nivel realiza las atenciones especializadas de mayor complejidad.

2.- EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2002 define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Incluye, por tanto:

- La violación dentro del matrimonio, en relaciones íntimas o las causadas por personas extrañas.
- Las violaciones sistemáticas que ocurren en los conflictos armados.
- Las propuestas sexuales sin acuerdo mutuo y el acoso sexual.
- Los matrimonios (o la cohabitación) forzados y los matrimonios de personas menores de edad.
- La denegación del derecho a la contracepción o la adopción de medidas protectoras contra las infecciones sexuales.
- Los abortos forzados.
- Los actos de violencia contra la integridad sexual de las mujeres (por ejemplo, los exámenes forzados de virginidad).
- La esclavitud sexual, la explotación sexual y la trata.

La violencia sexual es un problema global de acuerdo con la OMS; ya que es una manifestación común de la violencia basada en género (VBG). Se calcula en cifras internacionales que una de cada cuatro mujeres sufre violencia sexual a manos de un ser querido, y casi un tercio de niñas y adolescentes tienen su primera experiencia sexual forzada (World Report on Violence and Health, 2002). Adicionalmente, es una problemática que:

- Representa una violación a los derechos humanos,
- Atañe a la seguridad y la salud pública
- Constituye un problema complejo tanto por sus raíces multifactoriales como por sus repercusiones sociales e individuales
- Representa un obstáculo para el desarrollo

Bajo este panorama, el sector salud tiene un importante papel pues debe proveer servicios para la atención a las víctimas y sobrevivientes. Ello implica un importante desafío pues debe afrontar importantes limitaciones para lograr una adecuada y eficaz respuesta, entre ellas: a) el sub-registro institucional (debido generalmente

a la ausencia de normas e instrumentos de tamizaje, detección o bien a la actitud negativa del personal para abordar el problema); b) la pobre respuesta judicial que deja a las víctimas en alto riesgo de revictimización (existencia de altos índices de impunidad en América Latina frente a la comisión de los delitos sexuales, debido a la brecha entre la norma jurídica y su aplicación); c) carencia de servicios de apoyo socio-emocional y legal en las comunidades; d) la desigual presencia de servicios de salud a nivel nacional y e) el limitado acceso a los servicios de salud por parte de amplios sectores sociales (Claramunt y Vega, 2003).

A pesar de que es un problema común, es difícil determinar las cifras reales de ocurrencia (prevalencia) debido al sub-registro, situación también encontrada en los cuatro países estudiados. Esto se debe a factores como la no denuncia de las agresiones sexuales y a las debilidades propias de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

En Bolivia, la Unidad de Víctimas Especiales (UVE), dependiente del Ministerio Público, procesó de enero a mayo del 2010 un total de 386 casos de violencia sexual, especialmente contra mujeres y personas menores de edad. De este total, 222 hechos corresponden a violaciones, 72 a abuso deshonesto, 36 a estupro, 35 a tentativa de violación y 14 a trata de seres humanos con fines de explotación sexual. (Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia, 25 de julio 2010)³. Ipas estima que los porcentajes de mujeres víctimas de violencia sexual, son de los más altos en Latinoamérica. (2006)⁴

En Brasil, Adesse & De Mello (2006) indican que la incidencia de violación, asalto sexual y explotación sexual comercial, son las principales manifestaciones de violencia. En el año 2003 se reconoce que este país posee el primer lugar en la explotación de niñas, mujeres adolescentes y mujeres adultas para turismo sexual en América Latina (Leal & Leal, 2003).

La situación de México es similar, Según Olaiz et al. (2006)⁵, del análisis de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (EVIM) del 2003, se deduce que la prevalencia de violencia sexual fue de 17.3% y cerca de la mitad de este porcentaje la padecieron antes de los 15 años de edad. En un estudio realizado por Ramos-Lira et al. (2001)⁶, el 19% de las mujeres entrevistadas señaló haber sido objeto

La Impunidad

Los perpetradores de VS contra las mujeres son raramente procesados y juzgados por sus actos. Muchas víctimas de VS tienen pocos recursos y/o alternativas y las agencias del Estado casi siempre operan en un ambiente que promueve la discriminación de género.

Amnistía Internacional, 2009

³ <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=20114&SE=SN>

⁴ Ipas Bolivia. Seminario Nacional de Abordaje de la Violencia Sexual. Memoria. Bolivia, 2007.

⁵ OLAIZ ET AL. (2006). PREVALENCIA DE DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA EN USUARIAS DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO. EN SALUD PÚBLICA MÉX 2006; VOL. 48(SUP 2):232-238

⁶ Ramos-Lira et al. (2001). Violencia sexual y problema asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud Publica Mex 2001;43:182-191

Bolivia:

Se calcula que tiene la tasa más alta de VS en América Latina.

Brasil:

Se reconoce como el principal país para el turismo sexual en América Latina.

México:

Una de cada 5 mujeres ha experimentado VS dentro de la relación de pareja.

Costa Rica:

El 38,2% de las mujeres ha experimentado alguna forma de agresión sexual después de los 16 años.

de tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violada y el 5% fue forzada a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado violencia sexual dentro de la relación de pareja.

En Costa Rica, la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2003)⁷ expone datos relevantes sobre las dimensiones y características de la VS en el país. Se establece que cerca de un 60% de mujeres costarricenses afirmó haber sufrido al menos un incidente de violencia física y/o sexual en sus vidas después de los 16 años y cerca de la mitad fueron víctimas de VS antes de esta edad. Según los datos, un 38,2% de las mujeres ha experimentado alguna forma de agresión sexual después de los 16 años, el 27,9% ha sido tocadas sexualmente contra su voluntad y a un 26% las han tratado de forzar a tener relaciones sexuales o las han violado. Se indica también, que entre las principales motivaciones para no denunciar las situaciones de violencia es el mantener el asunto en el ámbito de lo privado, el miedo al agresor se convierte en una razón de peso para las mujeres, así como la percepción de ausencia de respuestas por parte de las autoridades.

La mayoría de las instancias contactadas a través de esta investigación señalan una tendencia al aumento en la VS en los últimos años, no obstante, también se ha considerado que en lugar de un incremento ha habido más bien una mayor visibilización y denuncia que en el pasado. Estos datos implican llenar vacíos en cuanto a la falta de investigaciones que permitan comprender y definir su dimensión en la población, así como en las respuestas parcialmente cumplidas para enfrentar la violencia contra las mujeres.

En términos generales, distintos sectores – justicia, salud y ONG- reconocen que en los últimos años el crecimiento poblacional y la expansión de nuevos asentamientos humanos sin planificación, ha incidido en el aumento de la inseguridad social y en este sentido, ha incrementado la impunidad en los casos de VS, además existen otros factores asociados como la exclusión social, la falta de acceso a servicios y la ausencia de condiciones básicas de vida. De cara a esta realidad, se coincide en que los principales avances desde los distintos sectores, ha sido una mayor visibilización

⁷ Se realizó en el año 2003 por parte de la Universidad de Costa Rica en el marco de un proyecto internacional del cual formaron parte, entre otros, el Instituto Nacional de las Mujeres (Costa Rica), la Universidad de Western, Ontario, y Statistics Canada. En Costa Rica 908 mujeres participaron en la investigación.



de la problemática, la denuncia social de la VS y los esfuerzos por mejorar la respuesta a víctimas y sobrevivientes de este flagelo.

Por otro lado, al integrar los resultados obtenidos en los cuatro países parte del estudio, se puede observar una dirección que evidencia el avance significativo hacia la protección de las VSVS, ya que se cuenta con legislación y normativa específica para la sanción de la violencia contra las mujeres y los delitos sexuales, existen políticas para combatir la violencia basada en género y contra las personas menores de edad, se identifica la existencia de normas en salud para garantizar la atención integral a las VSVS y esfuerzos en la humanización del aborto legal en caso de victimización sexual en los países en que así es permitido por ley (Bolivia, Brasil y México). De manera que innumerables esfuerzos y luchas han logrado reconocer e integrar la violencia sexual como un problema de interés político, público y de salud para las víctimas de violencia sexual.

En todos los países se han realizado esfuerzos para implementar servicios de atención integral; evitar la re-victimización de las víctimas y crear instancias judiciales especializadas.

Si bien los datos estadísticos encontrados no revelan la magnitud real de la VS, es importante reconocer que en los países estudiados se han hecho importantes esfuerzos a nivel de registro y vigilancia. Una iniciativa relevante desarrollada por Ipas Bolivia en coordinación con otras instancias no gubernamentales y estatales como el Viceministerio de la Mujer, en el marco del Plan Nacional de Políticas Públicas para el ejercicio pleno de los Derechos de las Mujeres, fue la creación del Sistema de Información Municipal de Violencia (SIMV) cuyo fin es que los y las operadoras de servicios y las instancias de decisión municipales cuenten con información sistematizada con respecto a la magnitud de la violencia intrafamiliar y sexual. El SIMV puede ser utilizado por los servicios legales municipales, servicios policiales, servicios de salud y otras instancias que brinden atención a víctimas de violencia sexual. El mismo contiene tres boletas de registro sobre violencia física, psicológica y sexual, donde debe ser registrada la denuncia. Actualmente se cuenta con un manual específico para el llenado de la boleta de registro, éste establece que debe realizarse un consolidado trimestral de los casos reportados y un reporte final; trabajo que le corresponde a los Comités de Análisis de Información Municipales con el apoyo de las Redes de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual⁸.

Por otro lado, se han realizado acciones concretas que son coincidentes en los países que incluye este estudio. De este modo, se puede concluir que se ha logrado una mayor visibilización de la VS como tal, ya que en el pasado la atención se centraba en el término de violencia intrafamiliar. Asimismo, la tipificación del delito de VS, visualizarlo como delito de acción pública, como una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública, ha permitido legitimar los derechos de

⁸ Viceministerio de la Mujer, Ipas Bolivia. Manual para el llenado de la Boleta de Registro. Sistema Municipal de Información en Violencia.

las víctimas y sobrevivientes, además de generar la necesidad de revisar, actualizar y crear normas y protocolos específicos sobre el tema.

Ahora, existe mayor reconocimiento de la VS como una prioridad en los servicios legales y de atención de salud; una mayor preocupación para implementar un enfoque de atención integral y esfuerzos para evitar la re-victimización. De ello se deriva que la VS está presente en documentos y normativas de los Ministerios Públicos, Fiscalías y el Sector Salud.

Asimismo, se rescata la evaluación del desempeño y monitoreo, la utilización del consentimiento informado de la persona víctima como requisito para realizar la valoración médico-legal, la implementación de tecnologías con el fin de reducir la re-victimización, como el desarrollo de evaluaciones clínicas y entrevistas en espacios como la cámara de Gessel, recurso mencionado en Bolivia y Costa Rica. Es igualmente valioso el trabajo con las familias de las víctimas para evitar el abandono de los procesos penales y evitar la conciliación con los agresores, que daría como resultado la impunidad del delito.

La creación de instancias judiciales específicas permite garantizar el acceso a la justicia y la sanción de los delitos, por ejemplo en el caso de Costa Rica, la creación de la Oficina de Atención a la Víctima del Delito. En el Estado de México, haber establecido Centros de Atención en 45 comunidades ha permitido llevar el servicio a donde se encuentran las víctimas. La existencia de servicios de atención para víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar, en la misma instancia donde se presentan las denuncias por los delitos, constituye por sí misma una buena práctica. Igualmente, el acompañamiento legal a las víctimas es otra buena práctica que les permite enfrentar el proceso legal con mayor información y una protección más efectiva de sus Derechos Humanos.

El apoyo recibido de ONG como Ipas, ha favorecido la definición de la ruta médico forense, el impulso a procesos de capacitaciones especializadas en temas como la toma de evidencias médico forenses en Bolivia, humanización y capacitación técnica del aborto legal en Brasil. Una buena práctica de las ONG en México, que podría ser reproducida en otros países es que, cuando se detecta una necesidad de reforma legal, se realiza un trabajo de propuesta de proyecto de reforma legislativa y luego se espera la coyuntura favorable para presentarlo. Es decir, no se trata de esperar que se solicite la colaboración de la sociedad civil para realizar una reforma legal, sino de tener una actitud proactiva, de ir preparando las reformas y tenerlas listas para el momento oportuno. Por lo tanto, el desarrollo de actividades en varios niveles de actuación por parte de estas organizaciones, como: incidencia, atención de víctimas, prevención, acciones comunitarias y formación de promotoras de derechos de las mujeres hace que las organizaciones sean conocidas y respetadas, lo que facilita su trabajo de consecución de recursos.

3.- AVANCES DENTRO DEL SECTOR SALUD

Un aspecto que se debe retomar en este apartado, consiste en el reconocimiento de la violencia sexual como un problema de salud pública, hecho que tiene implicaciones directas en el abordaje desde el sector salud. En el caso de Brasil la respuesta del sector salud que existe en la actualidad ha sido el resultado de numerosos esfuerzos de universidades y agrupaciones de mujeres, las cuales han logrado gestionar la institucionalización de servicios de salud paulatinamente. En este sentido, una visión general de los servicios, permite identificar prácticas como el apoyo a las víctimas de VS en el afrontamiento de las secuelas, por ejemplo el soporte psicosocial para el aborto legal; la anticoncepción de emergencia en las primeras 72 horas de haber experimentado la victimización; acciones para combatir el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA y la atención a los traumatismos genitales y extra genitales en caso de que los haya.

Avances:

En todos los países se reconoce la violencia sexual como un problema de salud pública y se han creado normas y e instrumentos específicos para la atención de las víctimas dentro de los servicios de atención a la salud.

En México la norma 046 establece la obligatoriedad de brindar a las y los usuarios una atención integral por daños psicológicos y físicos, secuelas específicas de la violencia sexual o familiar, así como la referencia a otros servicios especializados. La médica o médico de primer contacto puede hacer una exploración médica del área genital, cuidando preservar las evidencias médico legales, ya que las mismas deben ser recogidas por un médico legista. Asimismo, es obligatorio ofrecer atención psicológica en los casos de violencia familiar o sexual, así como la consejería que permita a la persona tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia familiar o sexual.

En Costa Rica, para el año 1998 se modificó el Decreto Ejecutivo de Enfermedades de Declaración Obligatoria, adicionando un nuevo inciso al artículo primero del decreto donde se consigna a la Violencia Intrafamiliar como un daño de denuncia obligatoria (Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social, 2002, p. 15). Por lo tanto, se utiliza un formulario para la evaluación de mujeres afectadas por la violencia en los servicios de urgencia y una boleta para la notificación de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual extra familiar.

Avances por país

En *Bolivia*, los centros de salud están autorizados para la recolección de pruebas forenses.

En *México*, la norma 046 establece la obligatoriedad de brindar a las usuarias una atención integral a la violencia sexual o familia.

La centralización de los servicios legales en los servicios de atención en salud es fundamental para promover la protección integral de las víctimas y la disminución de riesgos de re-victimización, una buena práctica identificada en algunos centros de salud de Brasil y Bolivia. Así por ejemplo, el Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) y otros centros

de salud de Bolivia cuentan con cajas de recolección de evidencia médico-legal, para pruebas forenses en casos de violencia sexual, así como las capacitaciones especializadas para la recolección de este tipo de muestras⁹.

En Brasil, durante los últimos años el Hospital Peróla Byington realizó un convenio con la Secretaría de Seguridad Pública del Ministerio Público y el Instituto Médico Legal para unificar las atenciones en las esferas de salud y examen pericial. Así, la primera medida fue transferir la atención pericial del área física del Instituto al ambiente hospitalario, integrando la medicina forense a la atención de emergencia. La segunda medida fue facilitar el acceso de la víctima a la atención a través de un vehículo oficial especial que las lleva de la delegación al hospital, diferente a una ambulancia, el vehículo fue diseñado para ofrecer comodidad, confort y seguridad. Durante el trayecto la víctima es acompañada por una asistente social que esclarece las medidas que serán tomadas, preparándola para la atención médica de urgencia y para el examen pericial. El proceso finaliza con la asesoría jurídica ofrecida gratuitamente por el Estado (Drezett, 2002). Cabe destacar que el programa es pionero en América Latina y ha modificado enormemente la atención ofrecida a las mujeres víctimas de la violencia sexual. El ejercicio de unir estos dos servicios (médico-legal y atención de emergencia médica), permite reducir la re-victimización y reducir la ruta de atención.

En el caso de Costa Rica, por el contrario, únicamente las muestras de orina y sangre de personas víctimas de violencia sexual utilizados para los análisis de ciencias forenses pueden ser recolectados en los centros médicos de la CCSS, aparte de estas muestras, cualquier otra pericia médico-forense debe realizarse en los servicios de la Medicatura Forense luego de interponer la denuncia en el Ministerio Público.

Un avance importante es la creación de normas e instrumentos institucionales específicos, contruidos por y para el sector salud. Se podría considerar que este es el primer paso organizativo, el cual implica un continuo esfuerzo para su implementación. Así por ejemplo, en Bolivia se rescata que el contar con un flujograma específico¹⁰ para la atención de la violencia sexual ha facilitado el accionar del personal de salud y el cumplimiento de sus competencias específicas.

De esta manera, la investigación señala como fortalezas del sector salud, institucionalizar directrices para la no re-victimización de las personas usuarias, elaboración de normas y protocolos de atención en salud a las personas afectadas por violencia intrafamiliar y/o delitos sexuales y legislación que hace referencia específica al ejercicio de este sector, como por ejemplo, la Ley General sobre VIH/SIDA en el caso de Costa Rica.

⁹ En el marco del Proyecto de Abordaje Integral de la Violencia Sexual Ipas Bolivia-Marie Stopes, se entregaron un total de 2000 cajas de recolección de evidencias al IDIF y los principales hospitales de los 6 municipios intervenidos por el proyecto.

¹⁰ Este flujo corresponde a la ruta de atención propuesta por el Modelo de Atención Integral para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual propuesto por Ipas Bolivia.

En México, la ampliación de cobertura de los servicios de salud ha significado que las personas no tienen que llegar a un espacio dedicado exclusivamente a la atención de la VS, lo cual podría resultar estigmatizante o un riesgo para su seguridad. En Costa Rica, el sistema de salud solidario de carácter universal, ha permitido por ejemplo, que todas las personas infectadas por el VIH tengan a su disposición los medicamentos antirretrovirales.

Por último, la capacitación continua considerada como un ejercicio que atraviesa todos los anteriores, se ve traducida en un aumento de la calidad de los servicios. En el estudio realizado en los cuatro países, se apunta a que los principales avances producto de la sensibilización y capacitación del personal han sido la no re-victimización de las víctimas de VS, la aplicación de mecanismos específicos de referencia a servicios especializados y el desarrollo de habilidades de intervención, generando un compromiso con la problemática.

Al mismo tiempo, la capacitación a todo el personal de salud permite aumentar las habilidades de detección y acompañamiento para la realización de trámites correctos y más eficientes. Por otro lado, se señala que estos procesos de capacitación, deben incluir conocimientos sobre la legislación y normativa vigente, abordar mitos, prejuicios y estereotipos e incluir temáticas específicas como la anticoncepción de emergencia, interrupción legal del embarazo y profilaxis para VIH/SIDA.

Brasil
cuenta con un programa pionero en América Latina para unir los servicios médico-legales y atención de emergencia médica que ha logrado reducir la re-victimización y la ruta de atención.

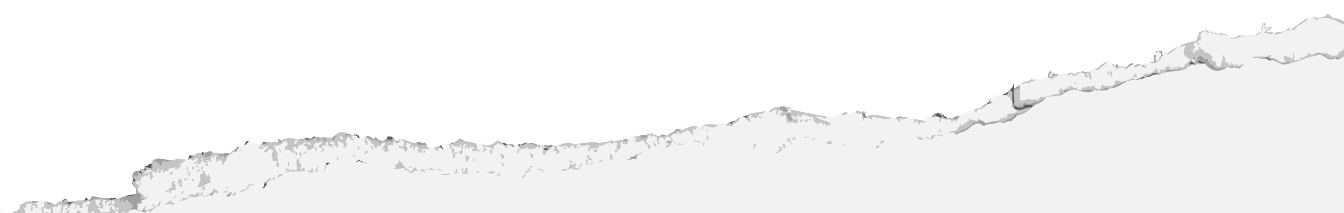
El sistema solidario para la atención de la salud en Costa Rica permite ofrecer a todas las personas infectadas por VIH, los medicamentos antirretrovirales.

PARTE II. BUENAS PRÁCTICAS

La definición de buenas prácticas hace referencia a cualquier experiencia que en su totalidad o parcialmente, funciona para la resolución de una problemática y que puede tener implicaciones para la práctica a cualquier nivel en otro contexto o situación (OIT, 2001). Es por esta razón, que de acuerdo con los resultados de la investigación realizada en Bolivia, Brasil, Costa Rica y México se compilan las buenas prácticas y fortalezas identificadas en el sector salud, con el objetivo que promuevan la reflexión y toma de decisiones en otros países de América Latina en el contexto de la atención a las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.

1.- LEGISLACION

Existen en Latinoamérica muchos esfuerzos por aprobar y promulgar leyes orientadas a prevenir la violencia contra las mujeres, así como mejorar las condiciones en que éstas son atendidas por el personal de salud después de haber sido víctimas de VS,



sin embargo quedan muchas áreas susceptibles a mejorar y muchas barreras que derribar.

Dentro de los avances tenemos que la violencia es considerada en algunos países (Costa Rica, Bolivia y Brasil) como delito de acción pública, lo que implica que cualquier persona que ejerza una función pública tiene la obligación legal de denunciar cualquier hecho de violencia bajo sospecha razonable.

Costa Rica y Bolivia abordan la violencia como un problema de salud pública, lo que conlleva necesariamente un cambio en el modelo atención, deja de ser un problema privado como se creía anteriormente, pasando a ser una situación que afecta a la sociedad, basándose principalmente en las desigualdades de género y la discriminación en la que ha estado sometida la mujer. Por ende, se empieza a poner sobre la agenda política las consecuencias económicas y sociales de la violencia.

De esta manera, se empiezan a gestar una serie de reformas a los estatutos legales existentes, así como la creación de leyes específicas para el abordaje de la violencia en los diferentes países (Ver cuadro No. 1). Además de ampliar las áreas de protección de la víctima, eliminar algunos sesgos de género que imperan alrededor del tema, adaptar y mejorar las condiciones en las que se reciben las denuncias en los ministerios públicos, tomando en consideración las características de la población que presenta denuncias por violencia sexual.

Cuadro No. 1
Legislación para el abordaje de la VBG y la Violencia Sexual según país

País	Legislación	Observaciones
Bolivia	1994. Código del Niño, Niña y Adolescente.	Las modificaciones legales incluyen:
	1995. Ley Contra la violencia en la Familia o Doméstica.	* Definiciones de los tipos de delitos sobre violencia sexual.
	1997. Ley Modificaciones al Código Penal sobre delitos de violencia sexual.	* Garantías de la víctima en procesos judiciales.
	1999. Ley de protección a víctimas de delitos contra la libertad sexual.	* Medidas para juzgar y sancionar los casos de violencia contra la mujer.
	1999. Ley 1970 del Nuevo Código de Procedimiento Penal.	* Medidas cautelares que garantizan la seguridad de la víctima de violencia doméstica.
	2007. Ley "Día Nacional de solidaridad con las víctimas de agresiones sexuales y en contra de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes".	* Admisión como prueba documental de cualquier certificado médico expedido por profesionales de servicios de salud públicos. Cabe mencionar que aún se mantiene vigente el Art. 317 del Código Penal que establece el perdón judicial cuando el imputado contrae matrimonio con la víctima, bajo el consentimiento de ésta y antes de que la sentencia cause ejecutoria.

País	Legislación	Observaciones
Brasil	1988. Constitución Federal	La legislación incluye la violencia contra la mujer tanto física, sexual y psicológica que ocurra en el ámbito doméstico, en la comunidad, en instituciones educacionales o de salud.
	1990. Estatuto del Niño y el Adolescente	
	1995. Ley 9.099 sobre Violencia Doméstica	Se han establecido los Tribunales Especiales encargados de sancionar los delitos relacionados con la violencia intrafamiliar y la aplicación de medidas de protección para las víctimas y se han derogado los artículos que eximían de responsabilidad penal por matrimonio con la víctima.
	2001. Ley 10.224 para tipificar el asedio sexual en el Código Penal.	
	2003. Ley 10.778: Notificación obligatoria de los casos de violencia contra la mujer en servicios de salud.	
	2005. Ley N° 11.106 que modifica e incorpora artículos al Código Penal (delitos sexuales, lenocinio y tráfico internacional de personas).	En el 2004 por el Decreto 5099 se reglamenta esta notificación como obligatoria para todas las personas encargadas de prestar servicios en el sector de salud pública y se estipula un conjunto de acciones nacionales destinadas a prevenir, investigar y sancionar la violencia doméstica y familiar contra la mujer en sus diferentes manifestaciones.
	2006 Ley 11.340, denominada Ley María da Penha	
Costa Rica	1973. Código Penal	La legislación actual ha modificado y adicionado artículos relativos a violencia sexual. Por ejemplo: relaciones sexuales con personas menores de edad; relaciones sexuales remuneradas con personas menores de edad; fabricación, producción o reproducción de pornografía; tenencia de material pornográfico, difusión de pornografía y trata de personas. Específicamente, la violencia sexual contra mujeres está penalizada mediante los tipos de delitos de: violación contra una mujer, conductas sexuales abusivas, explotación sexual de una mujer; y se consideran como formas agravadas, el embarazo como resultado de la violencia sexual, el contagio de una ITS y el daño psicológico permanente.
	1995. Ley contra el hostigamiento sexual en el empleo y la docencia.	
	1996 Ley contra la violencia doméstica	
	1998 Código de Niñez y Adolescencia.	Un aspecto fundamental alcanzado en la legislación costarricense es la obligatoriedad de denuncia ante el Ministerio Público por parte de cualquier prestador de servicios al tener sospecha de una situación de violencia contra una persona menor de edad.
	1999 Ley que reforma el Código Penal, Título III sobre delitos sexuales.	
	2007. Ley de penalización de la violencia contra las mujeres	
	2007 Ley de Fortalecimiento de la Lucha contra la Explotación Sexual de Personas Menores de Edad con la reforma y adición de varios artículos, así como la reforma de otros en el Código Procesal Penal	

País	Legislación	Observaciones
México	1997. Reforma al Código Penal (norma federal), incrementa la sanción para el delito de violación; define el concepto de "cópula" y tipifica la violación impropia.	Existe una normativa general que marca las pautas de la legislación de cada Estado, pero dado que cada entidad federativa es independiente, es frecuente encontrar diferencias entre ellas.
	2007 Ley General de acceso de las mujeres a una vida sin violencia	En 1997, por iniciativa presidencial, se realizaron reformas a normas civiles y penales dentro de la "Ley de violencia intrafamiliar". En materia civil, se incluyó una nueva causal de divorcio que incluía la violencia física y verbal. La violación pasó a ser delito también cuando la víctima es la esposa o concubina.
	2007. Ley para prevenir y sancionar la trata de personas	
	2008. Ley para la Prevención y Erradicación de la Violencia Familiar del Estado de México	En 2007 se aprueba la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que tiene por objetivo establecer un marco de acción a nivel federal, estatal y local. La Ley crea el Sistema Nacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, integrado por instituciones de la administración federal y establece que los Estados deberán incluir en sus códigos penales medidas que sancionen la violencia contra las mujeres y en el ámbito administrativo propone un sistema de medidas de protección para las víctimas. Esta ley modifica lo establecido por la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, de 1996, al prohibir la realización de conciliaciones entre víctimas y agresores.
	2007. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México	
	2008. Código Penal del Estado de México	
	2008. Ley de acceso de las mujeres a una vida sin violencia del Distrito Federal	
	Código Penal del Distrito Federal	
	2000. Código Penal para el Estado de Morelos	La Ley para la Prevención y la Erradicación de la Violencia Familiar del Estado de México del 2008 se trata de una ley de carácter administrativo, que establece un conjunto de mecanismos estatales y de medidas para la protección de las víctimas de violencia familiar.
	2007. Ley para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Estado de Morelos	
	2009. Ley para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia familiar en el Estado de Morelos.	

Fuente: Informes por país, 2009

En el caso de México, se ha adecuado la legislación a las nuevas circunstancias y exigencias de los instrumentos internacionales ratificados en materia de violencia sexual y a pesar de no poseer una ley específica para delitos sexuales, se han promovido reformas claves en el Código Penal para cumplir con dichos requerimientos y obligar a los diferentes Estados a adaptar su legislación.

El establecimiento de una tipificación clara y congruente de las acciones que son consideradas delitos sexuales tanto en Brasil como Bolivia, es un avance importante



en la lucha por la protección de los derechos humanos de las mujeres, porque de esta forma se puede garantizar un adecuado procedimiento cuando se interpone la denuncia y se realiza la recolección de las pruebas. En el caso de Brasil y Costa Rica se elimina de la legislación el concepto de honestidad en los delitos de violencia sexual, dando así un paso importante en la credibilidad del testimonio de la víctima independientemente de su vida privada.

Promover la creación de diversas instancias de seguimiento y monitoreo de las políticas públicas para garantizar del cumplimiento de lo establecido en la legislación tanto en Costa Rica como en Brasil, es una iniciativa que permite monitorear si existe una protección efectiva a las víctimas y sus derechos.

A pesar de todos los intentos por mejorar las condiciones en las que se brinda atención a las víctimas de violencia sexual y perfeccionar los procedimientos legales para interponer denuncias o recopilar pruebas, todavía existen muchas áreas susceptibles a mejorar, como verificar el acceso real de las víctimas a los servicios de salud. En el caso de México, por ejemplo, al ser un Estado federal existe un marco legal general, pero cada Estado tiene su propia legislación, esto quiere decir que pueden existir diferencias considerables en el acceso a la atención de un Estado a otro, además los servicios gratuitos y de calidad pueden ser reducidos o inexistentes, según el Estado.

Aunque existen políticas públicas y leyes sobre violencia sexual y mecanismos para monitorear su adecuado cumplimiento, su efectiva aplicación en algunos casos es deficiente, al ser poco difundidas, mucho del personal que tiene a cargo la atención directa o la aplicación de las leyes no las conoce o no sabe como aplicarlas y no posee una sensibilización apropiada para un abordaje integral de las víctimas.

Hay una serie de temas que no han sido abordados a profundidad o con claridad en la legislación y en las políticas públicas, como el abordaje que debe realizar el personal de salud en temas como los derechos sexuales y reproductivos y la anticoncepción de emergencia. En el caso específico de la interrupción del embarazo existen todavía muchas aristas para analizar, en la mayoría de los países estudiados se puede practicar de forma legal en los casos que represente un riesgo para la salud de la madre y en algunos países como Brasil y México se pueden practicar si el embarazo es el resultado de una violación.

Desafío

Aún existe personal (a cargo de la atención directa o la aplicación de las leyes) que no conoce la nueva legislación o no sabe cómo aplicarla y no posee una sensibilización apropiada para un abordaje integral de las víctimas.

2.- INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL SECTOR SALUD

a.- Construcción de Alianzas.

La atención de la violencia sexual necesita la construcción de alianzas con diversas organizaciones, que permitan dar una atención integral a las personas víctimas de este delito. La atención médica inmediata es primordial, pero la recolección de pruebas e indicios no es menos importante, porque será esta la forma en que la víctima podrá realizar un proceso judicial que lleve a los responsables a pagar por los daños cometidos.

Una buena práctica:

La construcción de alianzas con distintos sectores públicos, ONG y comunitarios, nos permite coordinar los servicios para mejorar la atención de las personas víctimas.

Es decir, si las instancias judiciales y de salud (física, mental y emocional) no elaboran estrategias de trabajo conjunto, el proceso de interponer una denuncia puede convertirse para las víctimas en una nueva forma de violencia.

En el caso específico de Costa Rica, el Sistema de Salud es un régimen de salud solidario administrado por el Estado, que integra junto con otras organizaciones, tanto públicas como privadas, lo que se conoce como un Sistema Nacional de Salud. Este sistema propone y norma una atención integral a todas las personas independientemente de su condición social, edad o si pueden o no adquirir un seguro médico.

En el caso de las denuncias específicamente no existe mayor claridad sobre una alianza entre las instancias de salud y las penales, que mejoren las condiciones en las que son atendidas las víctimas, a diferencia de algunos Estados de México donde la víctima tiene la posibilidad de recibir atención médica en el mismo lugar donde interpone la denuncia, de esta forma se reduce el riesgo de re-victimización. Esto porque la persona no tiene que relatar la historia de lo ocurrido una y otra vez.

Con la creación del Instituto Médico Forense, Brasil inicia una mejora en la atención a las víctimas de violencia sexual, al promover una integración de aspectos médicos, psicológicos y legales en una misma institución, lo que reduciría el riesgo de re-victimización.

Por su parte, Bolivia inició la conformación de una plataforma o red de servicios con las jerarquías, tomadores de decisiones y jefaturas institucionales, para obtener su apoyo y mejorar las condiciones en las que se atiende a la población víctima de VS, estableciendo como política pública la aplicación de un Modelo de Abordaje Integral de la Violencia Sexual.

Además, han firmado convenios y alianzas con medios de comunicación tanto a nivel local como nacional, para promover la denuncia y la detección de la violencia,

favoreciendo una cultura de sensibilización hacia las víctimas. Un aspecto importante en el establecimiento de las alianzas, es ubicar y compartir experiencias exitosas de atención, sin caer en el error de pensar que todos los aspectos son aplicables en todos los contextos. En muchos de los países latinoamericanos, son las ONG las que atienden a la mayoría de víctimas de violencia sexual, por diversas razones principalmente la económica, muchas de estas organizaciones brindan atención gratuita y por ende es más accesible a toda la población. Ellas han recopilado mucha experiencia en este campo, sin duda en países donde el sistema de salud no cuenta con las condiciones óptimas para suplir las necesidades de la población víctima de violencia sexual, las ONG son un valioso recurso.

Las luchas realizadas por las organizaciones de mujeres en Brasil, marcaron una pauta en el manejo de la atención a víctimas de violencia sexual y ellas no son una excepción, en la mayoría de los países latinoamericanos son las organizaciones de mujeres las que ha marcado la diferencia.

b.- Privacidad en los Servicios:

El Poder Judicial en Costa Rica suministra los materiales necesarios para recopilar las evidencias en caso de VS. Además en las clínicas médico forenses, cada médico o médica cuenta con un consultorio que cumple con las condiciones óptimas para que la persona se sienta cómoda y segura, sin embargo la cantidad de consultorios depende mucho de la ubicación geográfica, ocasionando que en la capital las condiciones son mejores que en las zonas rurales donde en algunos casos ni siquiera existen oficinas especializadas.

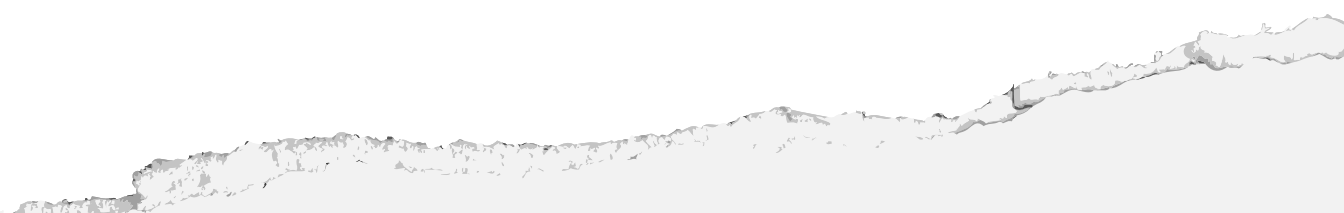
Todas las evidencias son custodiadas con extrema privacidad y rigurosidad, con el objetivo de proteger la seguridad y la identidad de la víctima. Se evita sobre todo en el caso de personas menores de edad, que su imagen sea expuesta de forma indiscriminada. En este país se ha propiciado el desarrollo de infraestructuras para reducir el riesgo de re-victimización, como la utilización de cámaras de Gessel sobre todo en el caso de personas menores de edad, además éstas son acompañadas durante el proceso de denuncia y recopilación de pruebas por personal de trabajo social y psicología. Sin embargo, en los servicios de salud, aún falta mayor disposición para que todos cumplan con esta norma.

En México, existen algunos centros donde se atiende a la víctima y al agresor, lo que implica que si una persona es consciente de que la médica o el médico que la atiende, ve también a su agresor, puede generar desconfianza y dificultades para que una mujer hable de su situación.

En algunos países se han establecido áreas específicas en los centros de salud para

Una buena práctica:

Establecer un lazo de confianza entre la víctima y el personal de salud es importante, porque genera seguridad para relatar los hechos.



la atención de la VSVS y ello puede ser preocupante, ya que esta política se puede convertir en una forma de discriminación y estigmatización social.

La limitación económica ha dificultado en muchos países la construcción de espacios o áreas con las condiciones óptimas para atender a la población víctima de violencia sexual en los servicios legales y se reconoce la falta de voluntad política para promover cambios significativos en esta área.

c.- Personal Capacitado

Para ofrecer a las víctimas de la violencia sexual una atención adecuada se requiere que exista personal capacitado que comprenda el problema, sus orígenes y consecuencias.

La desconfianza y la inseguridad son dos de los resultados que puede sufrir una mujer que ha pasado por violencia sexual, esto implica que existe la posibilidad de que la víctima no pueda conversar sobre los hechos e incluso presente lagunas mentales que le imposibiliten relatar lo ocurrido y sólo un personal capacitado puede darle una lectura correcta a este tipo de actitudes.

La capacitación no solo debe incluir los nuevos conocimientos, sino también un cambio de actitudes. Por ejemplo, en México, se requiere de procesos de sensibilización con el personal de salud a cargo de realizar las interrupciones del embarazo, porque en muchos casos cuando la mujer opta por su derecho a practicarse dicho procedimiento, recibe censuras y críticas por parte de los y las médicas. Para contrarrestar el problema, se han promovido campañas de capacitación en materia de género y violencia al personal de salud, especialmente el personal médico. Este proceso de capacitación se ha centrado en dos tipos de población médica, la que se ve enfrentada por primera vez a las víctimas de violencia sexual y la que ya tiene experiencia pero necesita actualizar su conocimiento mediante procesos de instrucción continua.

Otro punto que vale la pena rescatar, es que en la mayoría de los países latinoamericanos, no se han invertido suficientes recursos en el cuidado físico y mental del personal de salud que está atendiendo constantemente a las víctimas de violencia sexual. Este aspecto debe ser promovido e implementado con urgencia, para atender y fortalecer a este tipo de personal.

d.- Protocolos y Lineamientos Institucionales.

Sin lugar a duda la construcción de lineamientos y políticas institucionales, es la que mejor resultado ha generado en la protección de las víctimas. El establecimiento de pautas claras, permite al personal de salud, abordar de forma integral a la población que ha sido víctima de la violencia sexual.

Por ejemplo, Costa Rica cuenta con un protocolo para la atención de la violencia sexual en el sector salud, en el cual se establece que toda persona víctima de violencia sexual tiene que ser evaluada para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual y en el caso de las mujeres en edad reproductiva, debe realizarse una prueba de embarazo. Sin embargo, falta unificar un protocolo común para todos los servicios que le son brindados a las víctimas, ya que la administración de medicamentos solo puede hacerse en los centros de salud y no las instancias judiciales (medicatura forense, por ejemplo). En la actualidad se está promoviendo un cambio en esta ruta crítica para mejorar las condiciones de la atención brindada a las víctimas. Por otra parte, dentro del sistema judicial, la Fiscalía General de la República cuenta con protocolos y normas específicas para la atención de los casos de violencia, incluida la violencia sexual y el Programa de Atención a la Violencia Sexual Infanto-Juvenil, en esta última se establece la obligación de brindar acompañamiento al niño, niña o adolescente, en el momento que va a interponer una denuncia o cuando tiene que comparecer a las audiencias judiciales.

Una buena práctica:

Los espacios de atención en los servicios de salud para las personas víctimas de violencia sexual, tienen normativas, las cuales se cumplen para asegurar la confidencialidad de los relatos y reportes.

En Brasil, en 1998 se creó el Protocolo de asistencia inmediata a la mujer víctima de violencia sexual, el cual se orienta fundamentalmente en brindar apoyo psicológico, protección contra el embarazo y contra infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, orientación legal y asistencia social. (Faúndes & Andalaft, 2002).

El Estado de México no cuenta con un protocolo de atención, lo que implica que cada profesional brinda los servicios de acuerdo a su formación o su postura ideológica. Sin duda urge establecer uniformidad en la atención, lo que beneficiaría considerablemente a las víctimas.

3.- COMPONENTES MINIMOS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

En este apartado se considera atención especializada, a servicios específicos del sector salud que son requeridos por las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. De acuerdo la OMS para el abordaje la violencia sexual en los servicios de salud, se hace necesario:

- Reconocer los signos de alerta (ITS recurrentes, embarazo no planificado, depresión, comportamiento auto-destructor o antecedentes de síntomas físicos crónicos no explicados), puede alertar a los proveedores de que una usuaria puede haber sido víctima de un ataque sexual.
- Proporcionar pruebas y tratamiento oportunos y apropiados de las ITS.
- Conocer los requisitos legales.
- Establecer y mantener una red para la atención de la víctima (saber

qué servicios de referencia están disponibles y establecer relaciones de cooperación con organismos de referencia).

- Afrontar los mitos: el análisis de las creencias personales y las falsas ideas acerca de las relaciones sexuales no consensuales (ello puede ayudar al personal de salud a ser consejeros más eficaces).
- Ofrecer asesoraría acerca de la anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia y la prevención de las ITS.

Componentes mínimos de la atención especializada:

- * La rapidez de la respuesta.
- * La prevención del VIH, ITS y otros problemas de salud.
- * La prevención del embarazo.
- * La atención al embarazo forzado y aborto.

Algunos de estos procedimientos se han analizado en apartados anteriores del documento. En esta sección, el análisis se concentrará en los resultados obtenidos de la investigación en cuanto al abordaje de la violencia sexual como una situación de emergencia, lo relacionado con VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), anticoncepción de emergencia, embarazo forzado y aborto.

a.- Atención de emergencia.

En los diversos países, tanto desde el ámbito de salud, pública como privada, se han encaminado valiosos esfuerzos para que en los servicios de salud la violencia sexual sea considerada como una emergencia médica. En este sentido, se puede rescatar la labor de ONG como Ipas-Bolivia y Marie Stopes, que ha sido fundamental en la sensibilización del personal de salud y el desarrollo de capacidades para brindar una atención integral a las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual.

A grandes rasgos, la respuesta del sector salud en el abordaje de la violencia sexual incluye:

- Tratamiento de lesiones físicas.
- Prevención de embarazo.
- Atención pos aborto.
- Profilaxis de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH.
- Profilaxis de otras enfermedades o infecciones (tétanos, Hepatitis, etc.).
- Acompañamiento emocional y grupos de apoyo.
- Un buen sistema de referencias y contra-referencias.

En países como Brasil, Bolivia y México se ofrece anticoncepción de emergencia y se debe asesorar a las víctimas sobre el aborto como una opción en caso de embarazo producto de la violación, lo que implica que el personal de salud debe encontrarse capacitado y sensibilizado, de modo que signifique una opción real para las víctimas y sobrevivientes.

Como parte de los pendientes, se encuentra el lograr la integración de servicios médico-legales y servicios de emergencia en salud, lo cual no se ha alcanzado en todos los países y ha sido identificado como una buena práctica.

Una experiencia valiosa es la del Hospital Peróla Byington ubicado en el Estado Federal de Sao Pablo, el cual posee uno de los sistemas más efectivos en la intervención ante la violencia sexual contra las mujeres. Se caracteriza por brindar la atención en el servicio de emergencia, posteriormente la mujer víctima es internada para continuar en el servicio de atención integral. La atención social informa a la paciente sobre sus derechos; identifica situaciones de riesgo de nueva agresión; facilita el acceso a albergues seguros e identifica los casos de mayor complejidad y vulnerabilidad además, se ofrece ayuda psicológica individual y grupal a las mujeres víctimas, según establece Drezett (2002).

b.- VIH/SIDA

Países como Costa Rica, México y Brasil, han establecido protocolos, normas y legislación que abordan de manera clara la evaluación para VIH/SIDA y la profilaxis y tratamiento respectivo en situaciones de violencia sexual.

En el año 2005, Brasil re-edita la Norma Técnica de Prevención y Tratamiento de consecuencias resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes, la cual establece de manera clara las medidas específicas que deben implementar todos los hospitales regidos por el SUS en materia de atención a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. En este sentido se brinda tratamientos profilácticos para las mujeres y las personas menores de edad, como para los y las recién nacidos; las pruebas de ELISA¹¹ para evaluar la presencia del virus del VIH y orientación a personas infectadas por el virus.

En Costa Rica, toda víctima de delito sexual debe ser evaluada y referida a un centro de salud para determinar la presencia o no de VIH y establecer su tratamiento. La atención integral, apoyo y consejería a los familiares, es ofrecido por el sistema público de salud de manera gratuita. La profilaxis con antirretrovirales se aplica cuando la exposición representa un riesgo especial de transmisión, cuando la víctima consulta en las primeras 72 horas luego de la exposición y se administrará por 28 días. La atención debe incluir manejo de la ansiedad, información sobre los síntomas, educación sobre la protección a su pareja, facilitar acceso a consultas telefónicas, cita de seguimiento en 3-7 días para ver pruebas basales y verificar adherencia, simplificar al máximo la TARV, proveer medicamentos para control de síntomas (antieméticos, etc.) y pruebas de VIH basal a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses. También incluye; monitoreo de la función renal, hepática, hematológica y remisión a la Clínica de VIH el día laborable siguiente para su control posterior.

¹¹ Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

Los hospitales nacionales aplican el tratamiento de antirretrovirales y una vez iniciado algunas mujeres lo pueden continuar en las clínicas respectivas (segundo nivel) que cuenten con este tipo de medicamentos. Además se cuenta con la Ley General sobre VIH/SIDA¹² y su respectivo reglamento que regulan las pautas para establecer acciones y programas. Asimismo, en el caso de la quimioprofilaxis, las pautas a seguir se encuentran en el Protocolo de intervención para víctimas de violaciones, implementado en el servicio de emergencias del Hospital Calderón Guardia. Este protocolo ha sido compartido y replicado en otros hospitales, incluyendo la capacitación a su personal.

En Bolivia, sin embargo, el tema del VIH en casos de violencia sexual, es un importante desafío, pues el principal problema radica en que los insumos son limitados y en su mayoría son utilizados para la atención de pacientes cero positivos. En este sentido, un desafío importante es que todos los hospitales cuenten con un stock para dar profilaxis en casos de violencia sexual.

c.- Infecciones de transmisión sexual.

Como una constante en los cuatro países, se identifica que toda persona víctima de un delito sexual es evaluada y se le practican exámenes químico-clínicos para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA y su respectivo tratamiento. Se incluyen ITS como Gonorrea, Sífilis, Hepatitis B (En México también incluye Hepatitis C y H), Chlamidya y Trichomonas.

En Costa Rica la pericia médico forense incluye los exámenes de diagnóstico respectivo, sin embargo, el tratamiento se ofrece mediante el sector salud¹³. En México la ITS que se detecta con más frecuencia es por papiloma. Una vez realizadas las pruebas de infecciones de transmisión sexual, se da seguimiento para que tomen medicación, generalmente antibióticos, si se trata de infecciones bacterianas, también se da tratamiento para Hepatitis B, C y H.

d.- Anticoncepción de emergencia

En Bolivia, Brasil y México la prevención de embarazos mediante la anticoncepción oral de emergencia (AE) es una práctica legal incluida dentro de las normas respectivas de cada país. En Bolivia se encuentra contemplada en el Plan Nacional Materno Neonatal y la AE específicamente para violencia sexual se encuentra en la lista de insumos básicos del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Al respecto,

¹² Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley General sobre el VIH SIDA. Encontrada en: <http://www.sida.bioetica.org/crleygral.htm>

¹³ La Clínica de medicatura forense no ofrece ningún tipo de profilaxis, tratamiento, medicamento para la atención de ITS, de modo que la persona es referida a la CCSS para recibir la atención respectiva. Asimismo, las personas víctimas de delitos sexuales, reciben atención con antirretrovirales en los Hospitales aun cuando no se hayan realizado las pruebas en medicatura forense o tratamiento a ITS por ejemplo en el caso de que una persona no denuncie.

se ha logrado una mayor apertura por parte del personal de salud, pero el brindar información sobre la AE no es una práctica que se haya institucionalizado del todo en los diversos sistemas de salud estatales y por el contrario, depende más del conocimiento y/o voluntad del personal de salud. Contrariamente, los servicios de salud privados si contemplan esta información para las usuarias que han sufrido violencia sexual.

En Brasil, además de ofrecer la AE oral se implementa el uso del Dispositivo Intrauterino, como un método de anticoncepción de emergencia. En México, se utiliza una sola pastilla de Levonorgestrel o cuatro pastillas de Microginon, su aplicación está contemplada en la norma oficial de violencia, la cual establece la obligatoriedad de “ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento..., previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada” (artículo 6.4.2.3).

En Costa Rica, la AE no está incorporada oficialmente a los servicios que brinda el Sistema Oficial de Salud, ni ha recibido difusión masiva dirigida a las mujeres que puedan necesitarla. Por su lado, la información y capacitación sobre el tema ha estado en manos de ONG, algunas profesionales de la salud y de mujeres que transmiten sus propios conocimientos como una forma de apoyar a otras mujeres (Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica, 2004). Al no existir en Costa Rica una ley o tipificación específica que penalice o criminalice el uso, o la difusión con fines educativos de los principales métodos de anticoncepción y planificación (incluyendo la anticoncepción de emergencia), no pueden tener consecuencias penales aquellas personas que lleven a cabo estas acciones (Madden, 2003 citado en Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica, 2004).

e.- Embarazo forzado y aborto.

En los cuatro países se encuentra la realización de examen para determinar si la mujer ha quedado embarazada como consecuencia de violencia sexual. Según Ipas Bolivia, 4 de cada 10 mujeres bolivianas han sufrido violencia sexual y el estimado de la tasa de embarazo producto de violencia sexual varía entre 1% y 5%¹⁴, este dato fue proporcionado por los Servicios Legales Integrales (SLIM's).

En Bolivia, Brasil y México existe legislación y normas explícitas que permite el acceso de las mujeres a servicios

Una buena práctica:

En todos los países se realizan pruebas de embarazo a mujeres en edad fértil que han sufrido violencia sexual.

¹⁴ Ipas Bolivia. Sistematización del Proceso de Construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. Bolivia, 2003.

de interrupción del embarazo cuando éste es resultado de violencia sexual. Sin embargo, esta práctica continúa siendo un proceso muy complejo y no se puede hablar que exista un acceso total de las mujeres al aborto impune en situaciones de agresión sexual.

Al respecto, en el caso de México, aún y cuando se respeta la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería, las instituciones públicas están obligadas a contar con personal de salud, no objetor de conciencia para la interrupción del embarazo. Asimismo, en todos los casos la ofendida tiene derecho a que el Ministerio Público y las instituciones públicas de salud le proporcionen la información inmediata, especializada e imparcial.

Por el contrario, en Costa Rica queda a criterio del personal, informar sobre las opciones al riesgo de embarazo; ya que hay quienes consideran que el riesgo es bajo. A diferencia de los otros tres países, el aborto es ilegal y penado por ley, salvo el realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer y éste no pudo ser evitado por otros medios. Actualmente, se está trabajando en el diseño de una guía técnica y otra de procedimientos para la Interrupción Terapéutica del Embarazo (ITE) como instrumento normativo. Esta guía, parte de la comprensión del concepto de salud integral que es aceptada por la Procuraduría de la República de Costa Rica, por lo que no habría que hacer un cambio específico en la legislación para realizar interrupciones terapéuticas, sino crear procedimientos específicos que amplíen la concepción de salud manejada hasta la actualidad, sin que esto implique la despenalización total del aborto.

Por ahora, en Costa Rica cuando una mujer queda embarazada como resultado de una violación y da a luz, debe presentar la denuncia para realizar el un análisis de marcadores genéticos y de esta forma aplicar la sanción penal al agresor. La Unidad de Genética Forense, es la encargada de realizar la determinación de perfiles genéticos mediante el análisis del ADN como parte de las investigaciones de paternidad y de los casos criminalísticos (delitos sexuales, violencia doméstica) valorados inicialmente en la Unidad Centralizada de Inspección de Indicios.

Un ejemplo de lecciones aprendidas y buenas prácticas, se observa en el recorrido histórico de Brasil en cuanto al proceso de legalización del aborto y su implementación desde el sector salud. Así en 1988, como lo indican Faúndes & Andalaft (2002), una ley municipal de Río de Janeiro estableció la obligatoriedad para atender las solicitudes de aborto previstos en el Código Penal según el artículo 128, lo que tuvo como resultado la designación de hospitales específicos para abordar la problemática. En 1996, el Centro de Pesquisas Materno-Infantil de Campinas, (CEMICAMP), ligada a uno de los tres hospitales que prestaban estos servicios, organizó el Primer Foro Interprofesional sobre Implementación del Aborto ese mismo año. Este contó con la participación de los profesores de ginecología y obstetricia, de bioética, medicina legal, derecho penal, jueces, promotores, líderes feministas, científicos sociales y el presidente de la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO) según mencionan Faúndes & Andalaft (2002). La conclusión que surgió

de este foro consistió en que no era posible preocuparse solamente de las mujeres víctimas de estupro o violación, sino que todas las mujeres víctimas de violencia sexual necesitan y merecen atención inmediata y también a largo plazo, lo que incluye la interrupción del embarazo si fuera ésta la consecuencia de la violencia, indican Faúndes & Andalaft (2002).

De esta manera, FEBRASGO creó la Comisión Nacional Especializada sobre Violencia Sexual y Aborto con el apoyo del Ministerio de Salud (MS) e Ipas Brasil, esta comisión tuvo por objetivo luchar por la implementación de acciones claras en materia de atención a la violencia sexual contra las mujeres y las personas menores de edad. Del mismo modo, se encargó en conjunto con CEMICAMP, de la realización anual de los foros Interprofesionales sobre implementación del Aborto, los cuales lograron ejercer presión ante el MS para el establecimiento de directrices básicas en la atención integral ante la violencia sexual.

Para 1998, el Ministerio de Salud establece la “Norma Técnica de Prevención y Tratamiento de consecuencias resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes”, la cual pretendió implementar la prestación de servicios de aborto legal principalmente, pero con resultados poco exitosos. Con esto, según indican (Faúndes & Andalaft, 2002) profesionales de CEMICAMP y de la Comisión de la FEBRASGO recorrieron el país identificando individuos, instituciones públicas y ONG, que estuvieran interesadas en movilizar a la sociedad local para la instalación de servicios. Posteriormente, al identificar los hospitales con profesionales interesados y un ambiente local, social y políticamente favorable, CEMICAMP y FEBRASGO organizaron reuniones locales para discutir la implantación de servicios. Además dieron asistencia técnica y entrenamiento a los profesionales interesados, utilizando algunos de los servicios más antiguos y con mayor volumen de asistencia y que tenían una experiencia que transmitir.

En algunas de las ciudades, las secretarías de salud del municipio del Estado ocuparon una posición liderazgo” (Faúndes & Andalaft, 2002; 3). En el año 2005 se crea la Norma Técnica para la atención humanizada del Aborto, la cual pretende garantizar el acceso a la atención de las mujeres que buscan practicar el aborto de manera legal, pero está orientada a integrar, mediante sensibilización, aquellas que buscan opciones abortivas alternativas e inseguras que ponen en peligro su vida (Secretaría de Atención en Salud, 2005). Cabe mencionar que éstas son las alternativas actuales del Sector Salud en la atención a la violencia sexual.

Es importante resaltar que en la última década, Ipas Brasil ha sido un líder nacional en el tema del aborto; se especializa en capacitar y equipar a los servicios y profesionales de la salud para que proporcionen atención post aborto de alta calidad. A raíz del trabajo pionero de organizaciones de mujeres y de la comunidad de gineco-obstetras, también concentró sus esfuerzos en los últimos años en abordar la atención a la violencia sexual contra las mujeres y adolescentes, con la finalidad de ampliar el acceso a tratamiento integral, incluido el aborto legal” (Ipas Brasil, 2009b)

A MANERA DE CONCLUSION

Aquí se presentan una serie de puntos de encuentro entre los cuatro países en cuanto al avance para el abordaje integral de la problemática de la violencia sexual, así como las lecciones aprendidas que pueden ser consideradas para próximos pasos tanto en estos países como en el resto de América Latina y el análisis de los desafíos pendientes por afrontar. Por último se describen recomendaciones a los distintos sectores que intervienen en esta situación.

PUNTOS DE ENCUENTRO

- **Legislación:** En las últimas décadas el desarrollo de la legislación ha experimentado notables avances. Pasando de ninguna norma a leyes que establecen los lineamientos para la política pública, las obligaciones de las instituciones estatales y la penalización. También hay un importante avance en la legislación sobre medidas de protección a víctimas. En México, Bolivia y Brasil los Códigos Penales han establecido la violación como causa de impunidad del aborto.
- **Servicios especializados:** En todos los países se han creado instancias/servicios especializados para la atención de las víctimas, tanto en el sector justicia como dentro el sector salud. En algunos casos de manera coordinada, lo que garantiza que se brinde una atención más integral.
- **Normas oficiales de salud:** Han permitido el desarrollo de programas encaminados a brindar una mejor atención a las víctimas de violencia sexual y familiar. La existencia de disposiciones específicas que regulan las obligaciones para la atención de la salud ha permitido mejorar la calidad de los servicios en concordancia con las recomendaciones de la OMS.

LECCIONES APRENDIDAS

- **Para la incidencia:**
 - El trabajo de las organizaciones de la sociedad civil en la denuncia, la auditoría social de la aplicación de las normas, la elaboración de propuestas legislativas, la difusión de los derechos de las víctimas hacia las mujeres y la comunidad, la capacitación a personal del sector salud y la atención directa permite mantener una presión constante sobre el Estado para el cumplimiento de los compromisos asumidos.
 - Los cambios normativos sobre la violencia sexual requieren de manera simultánea la modificación de las prácticas socio-culturales de toda la población, pero con especial énfasis en quienes administran la legislación, pues solamente así es posible lograr su aplicación real.
 - Resulta indispensable involucrar a las y los jóvenes en las actividades de prevención y promoción, esta ha sido una práctica beneficiosa.

- o Dada la poca cantidad de médicos forenses es vital promover este tipo de especialización a nivel de la formación profesional de estudiantes de medicina.
- **Para la atención:**
 - o La atención de la mujer víctima de violencia sexual debe estar orientada a la respuesta inmediata y establecer las competencias para el seguimiento (riesgo de re-victimización, atención pos aborto, control y seguimiento de pruebas y apoyo emocional).
 - o El acompañamiento psicológico, social y legal de las víctimas, no sólo tiene como efecto disminuir el impacto psicológico de largo plazo sino también un mejor desarrollo del proceso penal (mediante el fortaleciendo las capacidades de la víctima para narrar lo sucedido).
- **Para la capacitación del personal de salud:**
 - o Los procesos de sensibilización y capacitación deben iniciarse desde las autoridades y jefaturas, ya que esto facilita la apertura y compromiso político por parte de las instituciones.
 - o El efecto cascada o “bola de nieve”¹⁵, en los procesos de capacitación al personal, no siempre es efectivo para ampliar la cobertura de la capacitación. Por ello se hace necesario la creación y desarrollo de una política de capacitación que cuente con una línea presupuestaria.
 - o Iniciar los procesos de capacitación en violencia sexual por temas como la socialización de género y los derechos humanos, facilita la sensibilización del personal y ayuda a disminuir la resistencia que en ocasiones genera el tema de la violencia sexual.
 - o El abordaje de la violencia sexual desde la salud debe ser incluida en el currículo de formación profesional.
 - o La utilización de metodologías lúdicas y participativas favorece los procesos de sensibilización.
 - o Ha sido muy provechoso dentro de la capacitación enfocar la violencia sexual como una emergencia médica; trabajar flujogramas para la atención e incluir el llenado de instrumentos específicos.
 - o El seguimiento de los resultados de la capacitación no debe hacerse al final, sino desde el inicio. En este sentido, es fundamental evaluar el impacto que tienen los procesos de capacitación.

¹⁵ Consiste en capacitar a una parte o sección del personal, para que luego este personal capacitado pueda socializar los nuevos conocimientos con otros prestadores y prestadoras de servicios en su institución, es decir, replicar la capacitación recibida

PRINCIPALES DESAFIOS

- **Para la aplicación de la justicia, es necesario identificar e implementar mecanismos para:**
 - Evitar que los procesos sean muy extensos y lentos para las víctimas.
 - Ampliar el conocimiento sobre la legislación del personal de salud.
 - Desarrollar una nueva reglamentación para la aplicación de la ley.
 - Contrarrestar la ausencia de médicos forenses en las áreas rurales y las zonas geográficamente alejadas.
 - Reconocer como válidos los informes clínicos o epicrisis realizados por médicos no forenses.
 - Agilizar los requerimientos fiscales previos a la actuación de los peritos forenses.
 - Modificar e incorporar nuevos artículos dentro de los Códigos Penales, con el propósito de que ninguna forma de violencia sexual quede impune.
- **Para el trabajo intersectorial, es necesario identificar e implementar mecanismos para:**
 - Lograr el reconocimiento de la violencia sexual como un problema de salud pública y justicia social dentro de todos los sectores involucrados.
 - El desarrollo de políticas nacionales para la aplicación efectiva de un Modelo de Abordaje Integral de la Violencia Sexual.
 - Evitar que la violencia sexual sea un tema politizado desde las distintas instancias de gobierno y dependa de estas coyunturas.
 - La humanización y cultura del buen trato en todos los servicios dirigidos a la atención a víctimas.
 - El acceso oportuno de las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual al aborto impune aplicando la legislación vigente en los países donde es admitido.
 - Eliminar la inestabilidad laboral y rotación del personal que da paso a la pérdida de personal sensibilizado, capacitado y comprometido y con ello, la obligación de invertir nuevos recursos para garantizar la capacitación del nuevo personal.
 - Incluir líneas presupuestarias fijas para la atención de violencia sexual, el mejoramiento de infraestructura, servicios y recurso humano.
 - Contar con un sistema de información específico para la violencia sexual, que permita la toma de decisiones locales y estatales para enfrentar el problema.
 - La creación de mecanismos institucionales que respondan no solo la aplicación de la ley, sino la protección efectiva de las mujeres víctimas de violencia.
 - Articular los servicios de atención entre el sector judicial y el sector salud de manera que la ruta crítica no se prolongue, ni implique un mayor desgaste físico y emocional para las personas víctimas.

- **Para garantizar la atención integral de la salud a las personas víctimas de violencia sexual, es necesario identificar e implementar mecanismos para:**
 - La aplicación de un tamizaje universal para la violencia sexual en todos los servicios de salud.
 - La disposición de mayores recursos económicos y de personal para la atención y prevención de la violencia sexual.
 - La dotación permanente de insumos para la recolección de evidencias médico forenses.
 - La difusión de la norma específica para la dotación de anticoncepción oral de emergencia en todos los servicios de salud; el reconocimiento dentro de la práctica médica de que la AE es un derecho de las mujeres y la dotación de esta alternativa dentro de todos los servicios de salud.
 - La dotación de tratamiento preventivo para el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y otros problemas de salud en todos los servicios sanitarios.
 - El desarrollo y mantenimiento de un sistema de registro nacional sobre violencia sexual que favorezca la toma de decisiones.
 - La implementación de un módulo sobre violencia sexual en la currícula universitaria de medicina y enfermería.
 - Superar las brechas entre la norma y la práctica en lo referente al aborto impune en situaciones de violencia sexual.
 - El seguimiento a las usuarias en los diferentes niveles de atención.
 - La dotación de consejería en salud sexual y reproductiva en todos los servicios.
 - La identificación y aplicación de estrategias para motivar e incentivar al personal en su quehacer frente a la violencia sexual.
 - Impulsar el trabajo articulado.
 - La información y el acceso al aborto seguro en todos los países.
 - La institucionalización de prácticas de autocuidado e las y los prestatarios de servicios en violencia.
 - La aplicación efectiva de normas de confidencialidad en todos los servicios.



LEGISLACION Y JUSTICIA

- Continuar el proceso de adecuación de la legislación a los instrumentos internacionales y ampliar la normativa para la protección de las víctimas.
- En los países que permiten la interrupción legal del embarazo en caso de violación, establecer claramente los procedimientos para que las mujeres puedan acceder a este derecho.
- Ampliar la cobertura de los servicios de atención a víctimas de delitos sexuales.
- Especializar los recursos humanos en la atención según tipo de violencia y grupo etario.
- Asignar la atención de agresores a profesionales que no estén atendiendo a víctimas.
- Desarrollar y poner en funcionamiento protocolos de atención.

SECTOR SALUD

- Continuar los procesos de capacitación en atención a las víctimas.
- Desarrollar y aplicar protocolos de atención que especifiquen las tareas a realizar en la atención de cada caso.
- Proporcionar a los equipos especializados espacios adecuados para la atención de víctimas de violencia sexual, con las garantías de confidencialidad necesarias.
- Aumentar el porcentaje de médicos y médicas no objetores de conciencia en todos los servicios.
- Articular la plataforma general de servicios y mantener un sistema de evaluación y seguimiento de las acciones.
- Continuar y ampliar los procesos de capacitación.
- Promover la realización de campañas de difusión en las que se den a conocer los derechos de las víctimas de violencia sexual.
- Apoyar el cabildeo a favor de la armonización de las legislaciones nacionales y estatales a los instrumentos internacionales de los Derechos Humanos de las mujeres.

ACADEMIA

- Continuar desarrollando encuestas periódicas que permitan medir tanto la situación de la violencia sexual y familiar como la efectividad de las medidas adoptadas para su prevención, atención y sanción.
- Incluir en los currículos de las carreras de salud y de ciencias sociales (psicología y trabajo social, por ejemplo) contenidos específicos sobre violencia sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adesse, Leila & De Mello, Cecilia (2006). *Violencia Sexual en Brasil: Perspectivas y Desafíos*. Brasilia, Brasil. IPAS Brasil en colaboración con el UNFPA.

AMES- Asociación de Mujeres en Salud-Costa Rica (2009). *Mujeres creando salud*. Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.casaames.com/>

ANNA Observa (2009). Observatorio Interamericano sobre explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: Lo referente a la legislación Brasileña. Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: www.annaobserva.org/web/public/info_paises/pdf/brasil.pdf

Aprobación del protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de mujeres, especialmente mujeres y niños, que complementa la convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional Ley N° 8315 (2002). San José, Costa Rica: Imprenta Nacional.

Banco Mundial (2007). Iniciativas para mejorar la calidad del gasto público y la administración de los recursos en el sector salud. En: *En breve. Fascículo 11* de la Serie regular de notas destacando las lecciones recientes del programa operacional y analítico de la Región de América Latina y el Caribe, del Banco Mundial. Recuperado el día 8 de agosto del 2009 en la red mundial de información: http://siteresources.worldbank.org/INTENBREVE/Newsletters/21809228/Jan08_111_BR_SP.pdf

BEMFAM (2005). *Actitud contra La violència. Modelo de atención a las mujeres en situación de violencia basada en genero de BEMFAM – Brasil*. Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/SexualViolenceAug05.htm>

Boletín Informativo (Año 2005, No. 4.). *Violencia sexual: Un grave problema de salud pública y de justicia social*. Mesa Departamental de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La Paz, Bolivia.

Bruna, Nora (2003). *Acercamiento y conceptualización sobre violencia sexual contra personas menores de edad. Manual de capacitación sobre abuso, violencia y explotación sexual contra personas menores de edad*. San José, Costa Rica: Defensa de Niñas y Niños Internacional DNI.

Caja Costarricense de Seguro Social. (Manuscrito no publicado). *Guía de procedimientos para la interrupción terapéutica del embarazo*. San José, Costa Rica

Campaña 28 de setiembre (2003). "Por el Derecho a Decidir". *Ley para la Interrupción legal del embarazo*. Bolivia.



Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos. (2006). *Proyecto: Prevención del VIH y SIDA en el turismo sexual entre hombres en Costa Rica*. Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/conasida/archivos/iniciativamesoamericana/propuestaCIPACDHcorr.pdf>

Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual (2005). *Perspectivas Globales sobre la Violencia Sexual: Conclusiones del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.oregonsatf.org/resources/docs/GlobalSpanish.pdf>

CLADEM (2003). *Diagnóstico Nacional Bolivia Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Bolivia.

Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley No. 7739 (1998). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa. Recuperado el 16 de julio de 2009 de <http://74.125.47.132/search?q=cache:MTEo2DJvlgJ:www.poder-judicial.go.cr/salasegunda/normativa/CodigodelaNiñezylaAdolescencia.doc+Codigo+de+la+Ni%C3%B1ez+y+la+Adolescencia&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cr>

Código Penal (2009). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa. Recuperado el 25 de julio de 2009 de http://www.pgr.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=76230¶m2=1&strTipM=TC&Resultado=5&strSim=simp

Código Penal del Distrito Federal. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITOFEDERAL/Codigos/DFCOD07.pdf>

Código Penal del Estado de México. Recuperado de <http://www.cddiputados.gob.mx/POLEMEX/lleyes/Ley09.html>

Código Penal de la República Federal de Brasil (2009). Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: www.ilanud.or.cr/biblioteca_LP.html

Código Penal Federal. México Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/8.htm>

Código Penal para el Estado de Morelos. Recuperado de <http://www.congresomorelos.gob.mx/pdf>

Colectiva por el Derecho a Decidir. (s.f.). Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.colectiva-cr.com/indexb.html>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2007). *Ley Maria da Penha: Brasil adopta una ley específica para prevenir, investigar y sancionar la violencia doméstica y familiar contra la mujer*. Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: www.villaverde.com.ar/archivos/.../060807-Ley-Maria-da-Penha.doc

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2006). *Informe Costa Rica. Audiencia especial sobre violencia en contra de las mujeres*. Guatemala: Autor.

Constitución Federal de la República de Brasil (1988). Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0507.pdf>

Constitución Política de Bolivia. Ley 7 de febrero de 2009. Recuperado de <http://www.geocities.com/cpbolivia/newcpe.htm>

Coordinadora de la Mujer y Defensor del Pueblo (2006). *Rompiendo silencios: Una aproximación a la violencia sexual y al maltrato infantil en Bolivia*. Bolivia

Corréa, Sonia (2005). *Aborto: una escena política y los desafíos del Momento. Brasilia, Brasil*. IPAS Brasil

Creación del Sistema nacional para la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar. Decreto Ejecutivo No. 26664 de 27 de enero de 1998. Poder Judicial de Costa Rica. Recuperado el 20 de setiembre de 2009 de <http://www.poder-judicial.go.cr/violenciadomestica/docs/Normativadeinternas/Decretosejecutivos/CreaciondelSistemaNacionalparalaatencionylaprevenciondelaviolenciaintrafamiliar20rtf.rtf>

Fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad mediante la reforma y adición a varios artículos al Código penal, (2007₂). Recuperado el 25 de julio de 2009 de http://www.pgr.go.cr/scij/scripts/TextoCompleto.dll?Texto&nNorma=60869&nVersion=68812&nTamanoLetra=10&strWebNormativa=http://www.pgr.go.cr/scij/&strODBC=DSN=SCIJ_NRM;UID=sa;PWD=scij;DATABASE=SCIJ_NRM;&strServidor=\\pgr04&strUnidad=D:&strJavaScript=NO

Daflon, Alice & Pereira Andrea (2006). *Modelo de Guía Validado: Servicios de Referencia para la atención a víctimas de violencia Sexual en la Región Norte*. Brasilia, Brasil. IPAS Brasil.

Defensor del Pueblo, Coordinadora de la Mujer, UNICEF (2000) *Ley contra la violencia intrafamiliar. Avances y obstáculos*. Bolivia

Defensor Del Pueblo (2005) *Derechos Humanos, una misión para los Gobiernos Municipales*. Bolivia

Defensoría de los Habitantes (2008). Tercer Observatorio de Derechos Humanos: los 15 años de la Defensoría de los Habitantes. *Informe Anual de Labores 2007-2008*. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado el 16 de julio de 2009 de <http://www.dhr.go.cr/informe.html>

Defensoría de los Habitantes (2009). Criterio institucional respecto al proyecto: "Adición de un nuevo Capítulo III referente a los Derechos en Salud Sexual y Salud

Reproductiva, al Título I del Libro I de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973” San José, Costa Rica

Drezett, J. y Del Pozo, E. (2002). *El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. Taller Nacional para Tomadores de Decisión del Estado para Enfrentar la Violencia Sexual*. La Paz, Bolivia: IPAS Bolivia.

Drezett, Jefferson (2002). *Modelo de atención a las víctimas de violencia sexual desde la perspectiva de género: la experiencia brasileña del Hospital Pérola Byington*. Recuperado el día 28 de agosto del 2009. En la red mundial de Información: <http://www.liberadictus.org/Pdf/0576-50.pdf>

Ducca, A. (2007). *Violencia contra las mujeres: las cifras también hablan*. En *Serie Las mujeres en estadísticas*, n. 3. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres.

Faúndes, Anibal & Andalaft Jorge (2002). *Violencia Sexual y la Respuesta del Sector Salud en Brasil*. Recuperado el día 13 de junio del 2009 en la red mundial de información: www.paho.org/spanish/hdp/hdw/brazilsp.doc

Fiscalía General de la República (2005). *Persecución de delitos de lesiones causadas por actos de violencia psicológica, y de delitos cometidos mediante abuso de relaciones de poder*. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/circulares_directrices/circulares_fiscalia/2005/Circular-2005.pdf

Fiscalía General de la República (2007). *Guía practica para la atención de recepción de denuncias de las victimas de delitos sexuales, explotación sexual comercial y delitos derivados de la violencia intra familiar*. Costa Rica. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/circulares_directrices/circulares_fiscalia/Circulares%202007/22-2007.pdf

Fiscalía General de la República (2008a). *Guía practica para el abordaje e investigación efectiva de los delitos establecidos en la Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer*. Costa Rica. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/circulares_directrices/circulares_fiscalia/cir-2008/adm_2008/15-ADM-2008.pdf

Fiscalía General de la República (2008b). *Reglas que pretenden la uniformidad y optimización de los procedimientos por delitos sexuales y de penalización de violencia contra las mujeres*. Costa Rica. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/circulares_directrices/circulares_fiscalia/cir-2008/adm_2008/22-ADM-2008.pdf

Fiscalía General de la República (2009). *Directrices Generales para la Intervención, Atención, Acompañamiento y Seguimiento a todas las Víctimas del Delito*. Costa Rica. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/circulares_directrices/circulares_fiscalia/2009/02-ADM-%202009.pdf

Fundación Esperanza (s.f.). *Una institución a favor de la mujer y la familia*. Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.fundacionesperanza.net/site/>

Fundación Paniamor (2005). Recuperado el 25 de julio de 2009 de www.paniamor.or.cr

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (2008). *Violencia contra la mujer y VIH en el Mercosur*. Recuperado el día 28 de agosto del 2009. En la red mundial de Información: http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violenciaInforme_Brasil.pdf

Fundación PROCAL (s.f.). Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.fundacionprocal.org/set.html>

García, R. (2004). *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social-Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)- Universidad de Costa Rica.

Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica (2004, Mayo). *Anticoncepción de emergencia: aspectos generales para la toma de decisiones*. Recuperado el 17 de julio de 2009 http://ccp.ucr.ac.cr/lae_decisiones.pdf

Híjar M., Marta y Rosario Valdez-Santiago (2008). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos

Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (Manuscrito no publicado). *Establecimiento de la profilaxis antirretroviral para víctimas de violación en Costa Rica*.

Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. (Manuscrito no publicado). *Protocolo de intervención en el servicio de emergencias del Hospital Calderón Guardia para víctimas de violaciones*. San José, Costa Rica

INAMU (s.f.). *Redes Nacionales*. Recuperado el 24 de agosto de 2009 de http://www.inamu.go.cr/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=65

Instituto Geográfico Nacional (2005). *División Territorial Administrativa de la República de Costa Rica*. Recuperado el 27 de julio de: <http://www.mopt.go.cr/ign/IGN-Aspectos-Geográficos.html>

Instituto Nacional de las Mujeres (2007). *Política nacional para la igualdad y equidad de género 2007-2017*. San José, Costa Rica

Instituto Nacional de las Mujeres (2008). *Plan de acción 2008 – 2012: Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 En Colección Políticas públicas*

para la igualdad y equidad de género. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado el 17 de julio de 2009 de <http://www.inamu.go.cr/documentos/Plan%20de%20accin.pdf>

Instituto Nacional de las Mujeres (2008, Setiembre). Delegación de la mujer. Recuperado el 27 de julio de 2009 de http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=915:delegacion-de-la-mujer&catid=135&Itemid=1628

Instituto Nacional de las Mujeres (2008, Setiembre). *Oficinas municipales de las mujeres*. Recuperado el 27 de julio de http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=387

Ipas (2008). *Decisiones reproductivas y mujeres que viven con VIH/SIDA*, 2008. Estados Unidos: Autor.

Ipas (s.f.). *Construyendo el acceso de las mujeres a los servicios de interrupción legal del embarazo en los casos de violación*.

Ipas-Bolivia (2002). El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. *Taller Nacional para Tomadores de Decisión del Estado para Enfrentar la Violencia Sexual*. La Paz, Bolivia: Autor.

Ipas-Bolivia (2003). *Sistematización del Proceso de Construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual*. Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. La Paz, Bolivia

Ipas-Bolivia (2007). *Seminario Nacional de Abordaje de la Violencia Sexual*. Memoria. Bolivia

Ipas-Bolivia (2008). *Simposio Nacional La Violencia Sexual, un problema de Salud Pública y Justicia Social*. Bolivia

Ipas-Bolivia (2008). *Violencia sexual e interrupción del embarazo: Una realidad pendiente en la agenda de los medios de comunicación social*. Memoria. Bolivia

Ipas-Brasil (2009a). *Modelo de Guía para la evaluación de los servicios de referencias para las víctimas de la violencia sexual en la región norte*. Recuperado el día 13 de junio del 2009 en la red mundial de información: <http://www.IPAS.org/Spanish/Countries/Brasil.aspx>

Ipas-Brasil (2009b). *Sobre las acciones que ha realizado y realiza en la actualidad*. Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: <http://www.IPAS.org.br/missao.html>

Ipas/Marie Stopes Internacional/DFID. *¿Qué es una Red Municipal para el abordaje de la violencia sexual?* Proyecto Atención Integral a Víctimas Sobrevivientes de la violencia sexual. Bolivia.

Ipas/Marie Stopes Internacional/DFID (2006). Atención a víctimas de violencia sexual. Abordaje desde el sector salud

Ipas/Marie Stopes Internacional/DFID (2008). *Violencia sexual. El drama humano, donde la víctima debe mostrar su inocencia*. DVD. Bolivia

Ipas/UNFPA (2006). *Ver y Atender. Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual*. México

Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002

Labra, María Eliana & Giovanela, Ligia (2007). *Estudio de caso: Brasil construcción del Sistema Unificado de Salud y la participación de la sociedad civil*. Recuperado el día 28 de agosto del 2009. En la red mundial de información: http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsalud/spanishversion/pdf/participacionsocial_SUS.pdf

Leal, M. & Leal, M. (2003). *Investigación sobre la trata de mujeres, niños y adolescentes para fines de explotación sexual comercial en Brasil: Informe Nacional*. Brasilia: Brasil. CECRIA-Save The Children.

Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia. Ley No. 7476 (1995). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa. Recuperado el 16 de julio de 2009 de http://genero.bvsalud.org/ilidbi/docsonline/8/7/378-MFN_1385_CIEM_991.pdf

Ley contra la violencia doméstica. Ley No. 7586 (1996). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa. Recuperado el 15 de julio de 2009 de <http://74.125.47.132/search?q=cache:r1VW0PLRB8kJ:www.poder-judicial.go.cr/salasegunda/normativa/LeycontralaViolenciaDomstica.Doc+ley+de+violencia+dom%C3%A9stica&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cr>

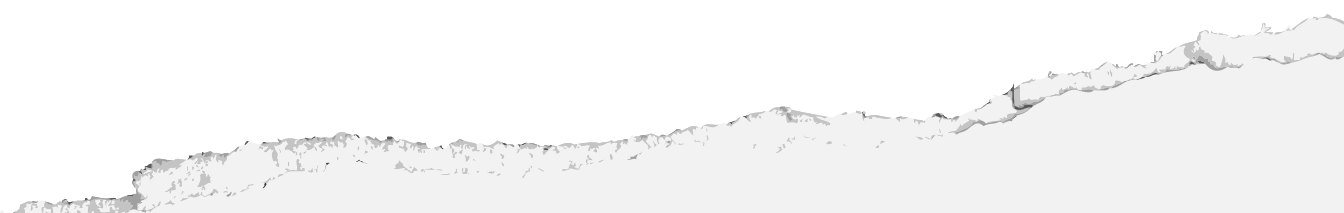
Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad. Ley N° 7899 (1999). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa. Recuperado el 16 de julio de 2009 de http://white.oit.org.pelipecd/documentos/ley_contra_la_esc_cr.pdf

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México <http://www.edomexico.gob.mx/cemybs/HTM/GENERAL/MarJur/LeyAccMujVidLibVioEst.pdf>

Ley de acceso de las mujeres a una vida sin violencia del Distrito Federal. Recuperado de www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGAMVLV.doc

Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres. Ley No. 8589 (20071). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa. Recuperado el 15 de julio de 2009 de <http://www.poder-judicial.go.crsalatercera/leyes/leypenal/ley8589.htm>

Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual. Ley No. 2033 (1999). Recuperado de <http://www.cajpe.org.pe/rij/bases/legisla/bolivia/2033.HTM>



Ley General de acceso de las mujeres a una vida sin violencia (2007). Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Ley General de Salud Ley No. 5395 (1973). San José, Costa Rica: Asamblea Legislativa
Recuperado el 23 de agosto de 2009 de <http://www.asamblea.go.cr/Biblio/cedill/estudios/2004/Ininos/DesnutricionenCostaRica/LeyGSalud.htm>

Ley para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Estado de Morelos.
Recuperado de <http://www.congresomorelos.gob.mx/>

Ley para la Prevención y Erradicación de la Violencia Familiar del Estado de México (2008). Recuperado de <http://www.edomexico.gob.mx/cemybs/HTML/GENERAL/MarJur/LeyPrevencionErradicacionViolenciaFam>

Ley para prevenir y sancionar la trata de personas (2007) Recuperado de http://www.sre.gob.mx/lacerca/marco_normativo/leyes/11.pdf

Ley para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia familiar en el Estado de Morelos. Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/legl/18/648/default.htm?s=>

Madrigal, M. (2007). *Acerca de los delitos sexuales en Costa Rica*.

Marie Stopes Internacional/UNFPA (2009). *Diagnóstico de la violencia sexual en siete municipios de Bolivia*. Bolivia

Marín, C. (2002). *Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AE)*. Estudio piloto en San José de Costa Rica. Recuperado el 17 de julio de 2009 de <http://ccp.ucr.ac.crla/artginobs2.pdf>

Marín, C. (2002). Nivel de conocimiento de los farmacéuticos acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) en San José de Costa Rica, en el año 2002. *Revista costarricense de salud pública*, 11, 1-5. Recuperado el 17 de julio de 2009 de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292002000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1409-1429

Marín, C. (junio 2004). *Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia*. Recuperado el 17 de julio de 2009 de http://ccp.ucr.ac.crla/cap_cuali_proveedores.pdf

Martínez Rodríguez, Laura y Heidy Canales Lozano (2007). *Modelo para la atención psicológica de la violencia sexual infantil*. México: ADIVAC

Ministerio de Salud/ Caja Costarricense de Seguro Social (2002). *Protocolo de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar*. San José, Costa Rica: Corporación Litográfica Internacional, S.A.

Ministerio de salud de Costa Rica (2003). *Legislación relacionada con la promoción, defensa y garantía de los derechos humanos de las mujeres en Costa Rica*.

Ministerio de Salud de Costa Rica (s.f.). *Descripción de las entidades que proponen el subproyecto y sus equipos técnicos*. Defensa de Niñas y Niños-Internacional, DNI-Costa Rica

Ministerio de Salud y Deportes (2003). *Norma, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción. Salud Sexual y Reproductiva*. La Paz, Bolivia

Ministerio de Salud y Deportes (s.f.). *Organización de Redes para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Guía para instituciones y organizaciones comunitarias*. Bolivia

Ministerio de Salud y Deportes/ Programa Nacional de Género y Violencia/ OPS/OMS (2005). *Manejo de la violencia sexual en redes de servicios de salud. Manual de normas y procedimientos*. Bolivia. Recuperado de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nvi27765.pdf>

Ministerio de Salud (1998). *Reglamento de la Ley General VIH SIDA*. San José, Costa Rica

Ministerio de Salud (2000). *Normas de atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar*. San José, Costa Rica: Arena Transamerica S.A.

Ministerio de Salud. (2001). *Acciones rectoras del ministerio de salud en violencia intrafamiliar*. San José, Costa Rica: Programa Mujer, salud y desarrollo OPS/OMS

Ministerio de Salud. (s.f.). *Ley contra la explotación de las personas menores de edad, Ley N° 7899*. Recuperado el 25 de julio de 2009 de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/derechos%20humanos/leyes/leyexplotsexual.pdf>

Ministerio Público de Costa Rica (s.f.). *Protocolos para la Atención a Víctimas de Delitos Sexuales y Derivados de la Violencia Doméstica*. Recuperado el 10 de agosto de 2009 de <http://ministeriopublico.poder-judicial.go.crbibliotecalprotocolos.html>

Montaño, Julieta (s.f.). *Ley Marco Sobre Derechos Sexuales y Reproductivos: Principios y jurisprudencia que la sustenta*. Oficina Jurídica para la Mujer, Bolivia.

Moreno, C.; Ramos, C.; Billings, D; González, D. y Ramírez, R. (s.f.). *Construyendo el acceso de las mujeres a los servicios de interrupción legal del embarazo en los casos de violación*. México D.F.: IPAS México.

Murillo, R.; Avilés, A. y Zamora, R. (2005). *Guía informativa sobre la violencia doméstica*. Recuperado el 15 de julio de 2009 de <http://www.poder-judicial.go.cr/servicios/Guía%20sobre%20Violencia%20Doméstica.pdf>



Olaiz et Al. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. En *Salud Pública Méx* 2006; Vol. 48(sup 2):232-238

Olamendi Torres, Patricia (2007). *Delitos contra las mujeres. Análisis de la clasificación mexicana de delitos*. UNIFEM-INEGI, México

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Perfil de los sistemas de Salud: Brasil. Monitoreo y análisis de los sistemas de cambio y reforma de los sistemas de Salud*. Recuperado el 17 de julio del 2009. En la red mundial de información: [http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content &task=view&id=79&Itemid=26&lang=es](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=26&lang=es)

Orlich, C. y Carvajal, J. (2007). Razones para promover anticoncepción de emergencia en Costa Rica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 64, 11-13. Recuperado el 17 de julio de 2009 de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/578/art3.pdf>

Plan Desarrollo Sectorial de Desarrollo Sectorial Bolivia 2006-2010. Recuperado de http://www.sns.gov.bo/snis/dir_gral_salud/documentos/PLAN_DE_DESARROLLO_SECTORIAL.pdf

Poder Judicial (2008). *Clínica Médico Forense*. Recuperado el 17 de julio de 2009 de <http://www.poder-judicial.go.cr/contraloria/800/Documentos/Heredia/ClínicaMédicoForense.htm>

Poder Judicial (s.f.a). *Anuario estadísticas judiciales 2007*. Recuperado el 16 de julio de 2009 de <http://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/estadistica/judiciales/2007/Presentaci%F3nanuario2007final.htm>

Poder Judicial (s.f.b). *Anuario policial 2006*. Recuperado el 16 de julio de 2009 de <http://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/estadistica/anuariopoliciales2006/principal.htm>

Poder Judicial (s.f.). *Declaración de la Política de Equidad de Género. Equidad de género: una política, un compromiso, una práctica*. Recuperado el 16 de julio de 2009 de http://pensamientojuridicofeminista.org/politicas_genero_costarica.html

Programa de Atención Integral de Salud. Convenio UCR-CCSS (2008). *Protocolo de atención de personas víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual extrafamiliar, en las Áreas de Salud del PAIS*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Ramírez, G. (1998). Cadena y custodia de la evidencia en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 15, 73-75. Recuperado el 27 de agosto de 2009 de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151998000200022&lng=es&nrm=iso

Ramos-Lira et al. (2001). Violencia sexual y problema asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública Mex* 2001; 43:182-191

Rehem de Souza, Renilson (2002). *El sistema público de Salud Brasileño*. Recuperado el día 28 de agosto del 2009. En la red mundial de Información: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/sistema_salud.pdf

República de Costa Rica. (2003). *Política nacional de salud 2002-2006*.

Sagot, M.; Guzmán, L. (2004). *Informe final de investigación Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres*. Universidad de Costa Rica. Centro de Investigación en Estudios de la Mujer

Salazar, R. y Zúñiga, I. (1989). *Nociones sobre la legislación de la salud en Costa Rica*. Recuperado el 24 de agosto de 2009 de http://books.google.co.cr/books?id=HCgO6z6o5owC&pg=PA33&lpg=PA33&dq=ley+general+de+salud+costa+rica&source=bl&ots=LTOkRqewD5&sig=SkizNYqj7XGJ9jDBD70Jq5wAvY&hl=es&ei=gPKSSvG0Ft-3twer4cHOBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7#v=onepage&q=&f=false

Secretaría de Atención en Salud (2005). *Atención de humanizada del Aborto –Norma Técnica-*. Brasilia, Brasil: Ministerio de Salud.

Secretaría de Atención en Salud (2005). *Prevención y Tratamiento de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes –Norma Técnica-*. Brasilia, Brasil. Ministerio de Salud.

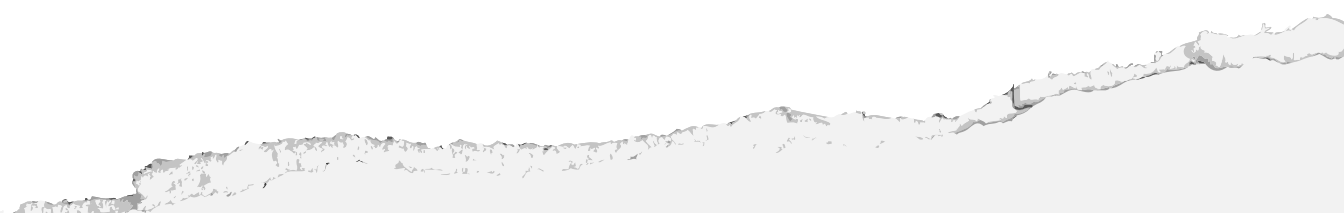
Secretaría Especial de Políticas para las mujeres (2008). *II Plan Nacional de Políticas para las Mujeres*. Brasilia, Brasil. Presidencia de la República Federal de Brasil.

Tribunal Supremo de Elecciones. (2008). *Política Institucional para la Igualdad y la Equidad de Género*. Recuperado el 16 de julio de 2009 de www.tse.go.cr/pdf/avisos/equidad_genero.pdf

UNICEF (s,f,) *Las Fronteras del abandono. La violencia sexual comercial contra niños, niñas y adolescentes en Cobija, Guayamerín y Yacuiba*. Bolivia.

Universidad de Costa Rica. (s.f.). *Consultorios jurídicos*. Recuperado el 27 de julio de 2009 de http://www.ucr.ac.cr/consultorios_juridicos.php

Velzeboer, M., Ellsberg, M., Clavel, C y García, C. (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 14 de abril de 2009 de <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/VAW-HealthSectorRespondsSP.pdf>



Viceministerio de la Mujer, Comando General de la Policía Ministerio de Gobierno (2005). *Normas, Protocolos, Procedimientos para la atención integral de la violencia sexual. Componente Policial*. IPAS Bolivia, La Paz

Viceministerio de la Mujer. *Manual para el llenado de la Boleta de Registro. Sistema Municipal de información en violencia*. República de Bolivia. Ministerio de Desarrollo Sostenible.

Wiecko, Ela (2007). *Semanario La violencia de Género: Necesidad de una Política Integral por parte de los Estados*. Recuperado el día 16 de junio del 2009. En la red mundial de información: http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/docs/seminario_la_violencia_de_genero.pdf

