FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)

FLASOG

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)

PROM5EX
AÑOS
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

FLASOG
COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES

Autor:

Dr. José David Ortiz Mariscal

El autor agradece al Dr. Cristiao Fernando Rosas su asistencia
en el planeamiento y diseño de la presente publicación.

Edición:

Dr. Luis Távara Orozco
Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Lima, Perú Noviembre 2010

Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres

Edición Noviembre 2010

Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos
Calle Los Almendros 265-103. Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Perú

Autor:
Dr. José David Ortiz Mariscal

Edición:
Dr. Luis Távara Orozco

Corrección de estilo
…

Portada, diseño y diagramación
…

Fotografía
…

Impresión
…

Hecho el depósito en la Biblioteca Nacional
ISBN …..

Impreso en el Perú

Las opiniones expresadas en este documento son de estricta responsabilidad de sus autores y no del Fondo de Población de Naciones Unidas/LACRO

El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG agradece al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) por su apoyo técnico y financiero en la elaboración y publicación de este Reporte.

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG 2008-2011

Presidente: Dr. Nilson Roberto De Melo

Secretario: Dr. Fernando Eduardo Protta

Tesorero: Dr. Luciano De Melo Pompei

Past Presidente: Dr. Angel Terrero

Vice Presidente Grupo Bolivariano: Dr. Pedro Faneite

Vice Presidente Países del Cono Sur: Dr. Jorge Sarrouf

Vice Presidenta para Centro América: Dra. Mercedes Abrego de Aguilar

Vice Presidente para México y Caribe: Dr. Javier Santos

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos 2008-2011

Coordinador: Dr. Luis Távara Orozco

Coordinador para México y Caribe: Dr. José Figueroa

Coordinadora para Centro América: Dra. Marina Padilla de Gil

Coordinador para los países Bolivarianos: Dr. Pio Iván Gómez

Coordinador para los países del Cono Sur: Dr. José-Enrique Pons

Representante de las organizaciones de la Sociedad Civil:
Mag. Susana Chávez

Índice

Presentación 7

Introducción 11

Relación de buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres 15

Documentos consultados 68

Presentación

La Organización de las Naciones Unidas (UNO) definió la violencia contra las mujeres como "cualquier acto de violencia basado en género que resulta en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o deprivación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada".

Estos actos incluyen abuso sexual contra las niñas, violencia relacionada a la dote, violación que incluye la violación marital y las prácticas tradicionales de abuso contra las mujeres, tales como la mutilación genital femenina. También incluye acoso sexual e intimidación en el trabajo y en la escuela, tráfico de mujeres, prostitución forzada y violencia perpetrada o condonada por el Estado, tal como la violación durante la guerra.

Vivir una vida sexual sin violencia es un derecho humano básico; sin embargo en todos los países la violencia expresada en diversas formas afecta a las mujeres de los diferentes grupos. Las mujeres que se encuentran más

desamparadas y las que viven en escenarios de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aún mayor riesgo de padecer la violencia. La edad no es una barrera que evita la violencia, puesto que las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas pueden sufrir lesiones físicas y psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Sin embargo, son las mujeres en edad reproductiva las que quizás afrontan las mayores consecuencias. Si la mujer es víctima de violencia puede sufrir repercusiones que duran toda la vida, y las que padecen abuso durante la niñez corren aún mayores riesgos de convertirse en víctimas durante su edad adulta.

La tolerancia social de la violencia hace difícil que la mujer denuncie el abuso físico y sexual y por tanto la información estadística se hace cuestionable. Por otro lado, los profesionales de la salud, debido a su orientación eminentemente biomédica, no indagan en las mujeres que atienden, no le dan la debida importancia, porque consideran que es un asunto privado y las mujeres que han sido violentadas sexualmente evitan hacer una denuncia por cuanto no confían en los proveedores de salud, ni en los que imparten justicia.

Alrededor del mundo, al menos una mujer de cada tres ha sido agredida o coaccionada sexualmente, o ha sido víctima de alguna otra forma de abuso sexual alguna vez en su vida, y el abusador con frecuencia es un miembro de su propia familia.

Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el abuso por parte de sus maridos o parejas íntimas, quienes la ejercen como una forma de control sobre ellas. La coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo.

La violencia existe desde siempre, pero recién en las últimas tres décadas del siglo XX se le empieza a tratar en forma abierta, lo que originó la elaboración de políticas públicas en algunos países luego de las Conferencias de El Cairo y Beijing.

Dado que la violencia sexual es un problema de salud pública y de derechos humanos y que esta agresión contra la mujer provoca graves consecuencias físicas, mentales y sociales, así como graves secuelas en la vida sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG quiere ofrecer a los lectores de este reporte de consultoría una relación de buenas prácticas en la prestación de servicios para la atención de víctimas de violencia sexual que se están dando en América Latina y El Caribe, no sin antes agradecer a los doctores José David Ortiz Mariscal de México y Cristiao Rosas de Brasil por sus excelentes aportes a esta publicación.

Lima, noviembre 2010

Luis Távara Orozco

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales
y Reproductivos, FLASOG

Introducción

Este documento pretende ofrecer una serie de medidas y buenas prácticas obtenidas de la revisión de protocolos, modelos de atención y otros documentos publicados relativos al tema, de los países de América Latina y El Caribe afiliados a la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia y de recomendaciones emitidas por expertos en el tema.

El objetivo es elevar la calidad de atención que se brinda a las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, especialmente las que han sufrido "violación o estupro", como se le denomina en Brasil y hacer realidad su derecho a vivir una vida libre de violencia y discriminación *(Thoraya Ahmed Obaid. Violence Against Women 8 Case Studies Vol. 2 United Nations Population Fund Technical Division Gender, Human Rights and Culture Branch. ISBN 978-0-89714-895-5 E/3000/2008)*, la justicia a través de la reparación del daño, a recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia *(Artículo 20 Apartado B III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su última versión revisada en el año 2005)*, así como a la información y servicios de apoyo legal (Modelo para la Atención Integral y la Recolección de Evidencias Forenses en los Servicios de Emergencias, en Casos de Violación Sexual Reciente a Mujeres Mayores de 13 Años). *(María Dolores Vazquez Alemán y José David Ortiz Mariscal. Ediciones 5 Estrellas S.A. de C.V. Septiembre 2007)*.

La Organización Mundial de la Salud 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". (*Jewkes y cols., World Report on Violence and Health: Organización Mundial de la Salud 2002*).

La violencia sexual se registra en todos los países, aunque en la mayoría de ellos el tema ha sido insuficientemente investigado. La violencia sexual tiene efectos muy profundos en la salud física y mental de las personas. Además de las lesiones físicas, se asocia con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o de largo plazo. La violencia sexual también puede afectar profundamente al bienestar social de las víctimas, ya que pueden ser estigmatizadas y aisladas por su familia y otras personas por esa causa. La violencia sexual incluye la violación *(Rachel Jewkes, Purna Sen, Claudia Garcia-Moreno. Cap 6 Informe Mundial sobre violencia y salud. 2002 OMS).*

El término "violación" tiene diferentes significados y connotaciones en los países de América Latina y El Caribe. Por ejemplo, en Brasil al mismo acto se le denomina "estupro."

Para fines de este documento se entiende como violación sexual "el uso o amenaza de uso de fuerza física o coacción emocional, para penetrar en los orificios vaginal, oral o anal de una persona sin su consentimiento". *(Atención Médica a Personas Violadas. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud de México. Diciembre de 2004.ISBN 970-721-233-0).*

El término "víctima" de violencia sexual se basa en la "Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las víctimas de delitos y abuso del poder" que en su párrafo primero menciona:

"Se entenderá por *víctimas* las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder" Resolución de las Naciones Unidas 40/30 1985 *(Citada en el Protocolo para la atención sexual y/o doméstica en el Departamento de Medicina Legal. Costa Rica 2008)*.

En la redacción de este documento se aplicará el término de víctima de violencia sexual o de violación sexual, bajo el anterior criterio.

A continuación se mencionan algunas Buenas Prácticas (BP) que se considera son elementos fundamentales para responder satisfactoriamente a las demandas de calidad de los servicios que esperan recibir las víctimas de una agresión o de una violación sexual.

Relación de buenas prácticas para la atención de la violencia sexual hacia las mujeres

Relación de buenas prácticas para la atención de la violencia sexual hacia las mujeres

BP. Mantener actualizada la terminología y el marco legal y normativo de los ministerios de Salud de cada país, relativos a la violencia sexual. (México, Colombia y Brasil).

Estos tres países han demostrado una preocupación constante de sus gobiernos por actualizar los marcos legales y normativos de sus Ministerios de Salud en beneficio de las mujeres.

En México se aprobó la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Esta norma se actualizó y publicó en el Diario Oficial de la Federación el jueves 16 de abril de 2009.

Asimismo, se puede mencionar el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, Estrategia, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México 2004. Se actualiza en el 2009.

En Colombia se ha publicado el Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual, Proyecto de Acuerdo Nº 015 de 2010, Concejo de Bogotá D.C, República de Colombia.

En Brasil se publicó la Guía Atendimiento às vítimas de violência sexual, Cristião Fernando Rosas, Coleção Protocolos HMEC – Obstetrícia, 2008.

Comentario

Esta BP ha permitido que los ministerios de Salud de los mencionados países y de otros más de la Región Latinoamericana y El Caribe reconozcan en su marco legal y normativo que la violencia sexual es un tipo de violencia hacia las mujeres que constituye una profunda transgresión de los derechos humanos, como lo señalan en sus documentos organismos internacionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia *(Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/ HIV:Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Ruxana Jina, Rachel Jewkes, Stephen P. Munjanja, José David Ortiz Mariscal, Elizabeth Dartnall, Yirgu Gebrehiwot. International Journal of Gynecology and Obstetrics 109 (2010) 85–92)* y que reconozcan que la violencia sexual es un problema de salud pública: (*OMS Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. ISBN 92 4 359351.2005*).

De este modo, se permite que el problema sea visto con un enfoque de salud con componentes legales, que debe atenderse primariamente en las instalaciones de Salud, en coordinación con las instancias policiales o de justicia. Por lo tanto, es a los ministerios de Salud a los que compete emitir las directrices gubernamentales para su correcto manejo.

Aunque se reconoce que la región Latinoamericana ha ganado reconocimiento internacional por los avances logrados en reformas legislativas y normativas para combatir la violencia contra las mujeres, aún existen muchos problemas, pues en algunos países, las leyes relativas a la violencia sexual están situadas dentro del marco de la legislación sobre violencia doméstica o familiar. *(Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010)* Ello limita y obscurece la verdadera dimensión y daños a la salud integral de las personas que ocasiona la violencia sexual, así como el manejo de sus particularidades: manejo de la crisis emocional, prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual, así como la oportuna y correcta recolección de evidencias en los servicios de salud, en casos de violación sexual reciente, dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho.

Se reconoce que existen esfuerzos por garantizar el cumplimiento de las leyes en la región, pero en la realidad, desafortunadamente siguen siendo insuficientes las respuestas del Sector Justicia a las víctimas de violencia sexual.

Además de las reformas legislativas, los gobiernos en casi todos los países de la región han creado programas, planes y políticas para combatir la violencia contra las mujeres *(Montaño, S. et al. "¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe." Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2007)*. Desafortunadamente, muchas de estas acciones, aunque buenas en teoría, continúan sin implementarse o siendo insostenibles después de los esfuerzos pilotos, a pesar de los diferentes mecanismos para salvar la distancia entre la teoría y la práctica.

La mayoría de las mujeres que denuncian los actos de violencia sexual se enfrentan con muchas dificultades para su correcta atención en salud y en el plano de la justicia.

Los principales motivos por los cuales las mujeres no denuncian son:

a. estigma, vergüenza y temor a sufrir discriminación,
b. temor a represalias del perpetrador,
c. sentimientos de culpabilidad
d. complejidad para denunciar el delito,
e. falta de apoyo por parte de la familia y amistades,
f. re-victimización institucional, y
g. la percepción de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley son ineficaces, o incluso abusivos.

No basta, pues, cambiar las leyes, se requiere un cambio ideológico de las personas concretas, responsables de la atención en salud y de justicia que deben implementarlas, como comenta Susana Larcamón. *(Violaciones. Las respuestas de los Profesionales de la Salud. Violencia. Sexualidad. Reproducción Tensiones Políticas, Éticas Y Jurídicas)*. Esta publicación reúne las presentaciones realizadas en las jornadas del 16 y 17 de octubre, de 2007 organizadas por el Centro de Encuentros Cultura y Mujer- conjuntamente con el Centro de Estudios Estado y Sociedad, con el auspicio del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Secretaría de Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

BP. Brindar servicios reeducativos integrales, especializados y gratuitos al agresor, para erradicar las conductas violentas a través de una educación que elimine las causas que las generaron. México: Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Artículo 15 III. Publicada en el periódico oficial Nº127. Estado de Nuevo León, México. 20 de Septiembre 2007.

En México, desde el año 2006 existe este tipo de programas dirigidos a los hombres que han cometido un delito de violencia familiar y/o sexual, como parte de los requisitos y tratamiento para reintegrarse a su núcleo familiar.

Por ejemplo en Monterrey, Nuevo León, México, la Universidad de Monterrey creó el 2006 el Centro de Salud y Desarrollo, en donde forman grupos de reflexión para hombres que ejercen violencia. Las personas que asisten son principalmente canalizadas por parte de las agencias del Ministerio Público en Violencia Familiar, y algunos hombres son derivados por otras instancias gubernamentales y no gubernamentales. También acuden voluntariamente personas que se enteran de la existencia del grupo y desean incorporarse para hacer un cambio en su comportamiento.

Es un trabajo de reflexión que se realiza con hombres que en algún momento han tenido reacciones o comportamientos violentos hacia su pareja o hacia sus hijos. Durante este taller se revisan temas que permiten al participante conocer mejor sus reacciones y de esta manera poderlas controlar para mejorar su relación de pareja, y su rol como padres y como seres humanos en general.

El objetivo de los grupos de reflexión es proporcionar a los hombres que ejercen violencia herramientas y alternativas para el manejo de su comportamiento, posibilitando un cambio en su percepción como hombres, así como en su relación de pareja, a través del diálogo y equidad en su interacción con los demás.

La dinámica del grupo es de tipo psicoeducativa, y se reúne cada semana los miércoles de 16:00 a 18:30 hrs. En cada sesión se discute y reflexiona sobre temas de suma importancia para la transformación de la idea machista, hacia un esquema más integrador y colaborativo con respecto a las responsabilidades del hogar y la disminución de la violencia.

Los temas que se revisan en el grupo durante los 10 meses que dura el programa son:

a. *¿Qué es la violencia? Definición, clasificación y ciclo de la violencia*
b. *Emociones y comportamiento. Revisión del enojo, representaciones fisiológicas y técnicas de control de enojo*
c. *Roles sociales.- Roles sociales y estereotipos de género, cultura y violencia*
d. *Consecuencias emocionales de la violencia*
e. *Equidad de género*
f. *Comunicación en la pareja*
g. *Masculinidad, paternidad y paternaje*
h. *Aspectos legales sobre la violencia familiar*
i. *Sexualidad, enfermedades de transmisión sexual*
j. *Uso y abuso de sustancias.*

En los grupos se discuten películas referentes a los temas que se tratan, se aplican encuestas, cuyos resultados se aprovechan para la reflexión y se organizan actividades prácticas encaminadas a la promoción de cambios de los patrones de comportamiento de los integrantes y de su relación con su pareja y sus hijos e hijas.

El número total de sesiones es 40. Cuando los hombres canalizados por las agencias del Ministerio Público dejan de asistir, se hace una carta para informar que no continuaron con su tratamiento. Y cuando terminan, reciben una constancia de culminación del tratamiento. Esto no necesariamente determina un cambio en la persona.

Se considera que la posibilidad de escuchar, hablar y reflexionar sobre estos temas ya es una ganancia y eso deja huella, aunque no haya un cambio completo de comportamiento. Por supuesto, no se puede negar que habrá otros hombres que, aunque asistan a 3 ó 4 grupos no van a cambiar, pero

lo que se ha observado es que aquellos que sienten una necesidad de ser diferentes por amor a sus parejas o a sus hijos, son los que dan un salto importante en su proceso reflexivo.

Existe en Monterrey otro grupo llamado "Forkados", que trabaja dentro de los programas de la Clínica de Atención a la Violencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Comentario

Varias organizaciones en la región han llevado a cabo programas para rehabilitar a los perpetradores de violencia contra las mujeres. El trabajo con hombres violentos en la región comenzó en Argentina a principios de la década de los noventa *(Larrain, 1999)*. La mayoría de los esfuerzos han sido realizados por ONGs.

Ejemplos de organizaciones en LAC que llevan muchos años trabajando con agresores son: el Programa de Hombres Renunciando a su Violencia, en Perú; Hombres por la Equidad, en México; Asociación Hombres Contra la Violencia, en Nicaragua; y el Instituto Wem, en Costa Rica. *(Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual)*.

El autor considera que esta BP debe intensificarse a nivel regional, aplicando técnicas de enseñanza para adultos y con perspectiva de género, para promover el autocontrol, la comunicación con la pareja, la resolución de conflictos de manera no violenta, y sobre todo, el interés por la familia en un trabajo colaborativo. La aplicación de esta BP en la región deberá ser adaptada a la cultura y a la ideología de cada uno de los lugares y al tipo de problemas de violencia predominantes.

BP. Incorporar oficialmente en todos los protocolos de atención de los servicios de salud de los países de América Latina y El Caribe dirigidos a las víctimas de una agresión sexual, el concepto operativo siguiente: la violencia sexual y en especial la violación, es una urgencia médica y la recolección y manejo adecuado de evidencias forenses forma parte del protocolo de atención integral. Nicaragua, Bogotá Colombia, Puerto Rico. México.

En Nicaragua la Ley General de Salud de 2006 establece en su artículo 371 que "son actividades médico legales las que se realizan en cualquier institución o establecimiento de salud para proveer atención por enfermedad o por lesión, o por procedimientos de observación, intervención y análisis de un cadáver, en los casos en que se pueda derivar responsabilidad penal y/o civil; su resultado se expresa en forma de declaraciones, dictámenes, informes, certificados, reportes, emitidos expresamente por el director del establecimiento de salud, dirigido a las autoridades judiciales".

En su artículo 374 establece: "toda persona que asista al servicio de emergencia, presentando lesión deberá ser anotada y descrita en el libro de registro correspondiente".

El artículo 375 señala: "es obligación del director y equipo de dirección del establecimiento de salud, de los médicos y personal correspondiente:

- Numeral 2. Preservar, conservar y custodiar las prendas de vestir de los lesionados, entendiéndose por tales aquellas personas que se presuma han sido víctimas de la comisión de un delito.
- Numeral 7. Emitir informe o certificación del reconocimiento o examen en todos los casos de delitos de orden sexual, siempre que dichas diligencias sean solicitadas por autoridades competentes.

- Numeral 9. Emitir certificado de reconocimiento o examen en caso de lesiones físicas y/o psicológicas producto de violencia intrafamiliar, estableciendo el tipo y gravedad de las lesiones, a solicitud de las autoridades pertinentes".

El artículo 375, referente a la actividad médica legal, en sus numerales 2, 7 y 9 sustenta de manera importante lo establecido en el Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales, elaborado por la Comisión Nacional de Coordinación Interinstitucional del Sistema de Justicia Penal de la República de Nicaragua, suscrito en Febrero del 2003. *(Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales. Guía para personal Policial, Fiscal, Médico-Forense y Judicial, Corte Suprema de Justicia, Managua, Nicaragua, Febrero 2003).*

En Colombia, la Resolución 412 de 2000, la Ley 906 de 2004 y el nuevo Código Penal Colombiano señalan que las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, deben garantizar la disponibilidad de los elementos necesarios para la toma de las muestras y evidencias y la cadena de custodia en la atención integral a víctimas de violencia sexual.

La violencia sexual debe considerarse una urgencia médica y por lo tanto no existe ningún tipo de condicionante para que una persona sea o no sea atendida. La Resolución 5261 de 1993 establece que una urgencia es aquel episodio que altera la integridad física, funcional o psíquica, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona y por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud. En el Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud elaborado en Bogotá, Colombia el 2006, se menciona que parte de las obligaciones de los equipos multidisciplinarios de salud que atienden a las víctimas es: "diligenciar el Protocolo del Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual".

En el 2010 se emite un Proyecto de Acuerdo Nº 015 de 2010, para contar de forma permanente con la disponibilidad de elementos para la toma, embalaje y rotulado adecuado de evidencias, con el objeto de:

- Garantizar los formatos de registro básicos: historia clínica, hoja de registro de cadena de custodia, etc.
- Definir rutas de comunicación claras con la Policía Judicial, para que esta institución haga la recepción pronta y oportuna de las evidencias.

En Puerto Rico el 2006 se publica la 4ª edición del Protocolo de Intervención para Víctimas / sobrevivientes de Agresión Sexual en Facilidades de Salud. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados. Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud. El documento establece las actividades que debe realizar el personal médico. En el inciso F se menciona: durante el examen físico y forense el personal clínico de la sala de emergencia es responsable de realizar el cernimiento (triaje) a la víctima de agresión sexual, incluyendo la toma de signos vitales. Si éstos están alterados, o la víctima manifiesta un estado alterado de conciencia, dolor peritoneal o sangrado, se alertará al médico o la enfermera sobre esta condición. Debe documentarse en el expediente, recolectar evidencia y tomar fotografías, de ser posible antes del tratamiento, si la víctima está estable.

En Monterrey, México, se aplica en dos hospitales públicos y en un hospital privado, el Modelo para la atención integral y la recolección de evidencias forenses en los servicios de emergencias, en casos de violación sexual reciente a mujeres mayores de 13 años, publicado el 2007. En este modelo de atención se considera una violación sexual reciente si ha ocurrido dentro de las últimas 72 horas; entonces el examen médico y forense en la Unidad de Emergencias está indicado en el entendido de que se trata de una urgencia médica. Se publica también la metodología para

la recolección de evidencias y sus requisitos, y la metodología de la cadena de custodia que debe seguirse hasta entregarlas a la autoridad competente. La aplicación de este modelo ha sido muy bien recibido por las pacientes.

Comentario

Esta BP es de suma importancia porque en la medida en que la atención a las víctimas, tanto médica como forense, se realice en su mayor parte en un solo lugar y de preferencia en instalaciones de salud, los países tendrán más oportunidad de ofrecer una atención y manejo más humanitario y oportuno, y las víctimas tendrán la oportunidad de aportar al juzgador, a través del Ministerio Público, una mayor cantidad de evidencias físicas y biológicas (incluyendo el ADN suyo y del agresor), con lo cual será más difícil para éste escapar de la justicia.

En algunos países de LAC, la atención a las víctimas de violencia sexual es considerada más como un caso de medicina legal que como un caso clínico. *(Protocolo para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal, Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008)*. El primer paso que debe darse para cambiar esta situación es que el sector salud (Ministerio de Salud, Secretaria de Salud, etc.) reconozca a través de su normatividad que los daños que sufre una víctima de agresión sexual son primordialmente daños a la salud, por lo tanto es en este sector en donde debe asumirse la responsabilidad de la atención, en coordinación con Medicina Legal, y no al contrario, como tradicionalmente sucede. *(Távara, Luis. "Manejo de la Violencia Sexual". Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2005; 52(1):15-20)*.

En otros países, como Brasil, la atención médica se realiza en las instalaciones de salud, y la forense en los institutos de Medicina Legal, lo que deriva en el traslado de la víctima a otras instalaciones, con la evidente molestia para ella. Resultantes da violência sexual contra

mulheres e adolescentes. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno Nº6, Brasília – DF 2007.

Este tipo de atención se encuentra avalada en leyes y normas, como es el caso de Brasil y Costa Rica, y por ello resulta indispensable promover la firma de convenios entre los responsables de las áreas de Salud y Justicia de cada país para cambiar esta situación y se oficialice que el personal de salud de los hospitales, previa capacitación y certificación por el sector de Justicia, pueda ofrecer el manejo clínico y forense de estos casos, dentro de las instalaciones de todos los hospitales o en los designados para este tipo de atención, en tanto se modifican las leyes y normas correspondientes.

Esta práctica evita que el personal de salud se niegue atender a la persona por tratarse de un "caso médico legal", ya sea por miedo a modificar evidencias o indicios forenses que la paciente porta en su cuerpo y en su vestimenta, por ignorancia, por falta de sensibilidad, o porque considera que este tipo de casos no son clínicos, por lo tanto le corresponde a Medicina Legal su abordaje inicial. Es por ello que muchas veces el tipo de atención que recibe la víctima vaya más encaminado a la parte legal y a la obtención de evidencias, sin tomar en cuenta el deterioro mental y emocional de la persona. De esa manera, la atención se convierte en una verdadera re-victimización y constituye una violación de los derechos humanos de las personas.

Esta situación de rechazo en los servicios de salud y el miedo de las mujeres violentadas a acudir a las instancias judiciales a buscar atención inmediata, tiene serias repercusiones en su salud, y además se pierde la oportunidad de obtener indicios forenses, lo que propicia la impunidad del delito y la mala aplicación de las leyes.

La actitud que muestre el personal de salud desde el primer contacto puede ser definitoria del proceso de atención. Por ello, además de la calidad técnica

para un buen diagnóstico, una respuesta sensible, cálida, comprensible y solidaria puede facilitar que la persona hable de lo sucedido, dentro de un ambiente de respeto y confidencialidad por parte del/la proveedor/a.

Finalmente, no debe olvidarse que las diversas omisiones, negligencias o descuidos –previsibles o deliberados– de los médicos y las médicas en el proceso de atención, acarrean responsabilidades deducibles mediante distintas vías (civil, penal o administrativa) y cuyo grado y sanción será determinado por la autoridad competente, de acuerdo con las circunstancias del hecho y las consecuencias finalmente resentidas por los usuarios y las usuarias.

BP. Contar con Equipos Multidisciplinarios Especializados de Respuesta Inmediata (EMERI) que incluyan personal administrativo y de salud que brinde manejo integral de las víctimas de agresión sexual en los servicios de Emergencia de los hospitales de todo tipo (públicos, privados, descentralizados, de seguridad social etc.) que ofrecen atención ginecológica y obstétrica. De esa manera se puede asegurar que la atención se realice dentro de un marco de respeto a los derechos humanos de las víctimas y comprenda tanto la atención clínica como la forense. (Bogotá Colombia, Monterrey, México, Puerto Rico).

Colombia. En el Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud, Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA Bogotá, 2008, se menciona que "cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) debe integrar un equipo interdisciplinario para la atención a víctimas de violencia sexual y sus familias, y definir las funciones y competencias de los profesionales, de acuerdo a este Protocolo, para no duplicarlas. El equipo interdisciplinario de atención en salud a víctimas de violencia sexual debe estar conformado

por profesionales de las siguientes áreas: salud mental, área social y área de atención médica; en todo caso, la institución debe designar una persona como referente o facilitador. Cuando se identifiquen otras necesidades de atención, se dará lugar a la remisión correspondiente a otros profesionales en los servicios de salud.

El equipo interdisciplinario debe poner en marcha un programa de intervención a víctimas de violencia sexual que se oriente según el presente Protocolo. En el equipo se deben construir vías de comunicación efectivas y tener claro que el protagonista es la persona víctima de violencia sexual".

Ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. El Hospital San José del Tecnológico de Monterrey ha conformado un equipo multidisciplinario que incluye personal administrativo para la vigilancia y atención directa de estos casos:

"Es nuestra propuesta que todas las instituciones de salud deben contar con un Equipo de Respuesta Inmediata que permita brindar una atención más profesional e integral en los Servicios de Emergencias a víctimas de agresión sexual reciente y que además de brindar la atención médica necesaria, esté capacitado para colaborar con las autoridades de justicia, como actualmente lo demandan las mujeres agredidas sexualmente. Esto nos ha permitido brindar una atención oportuna, integral, respetuosa, eficaz y con buenos resultados médicos y en el área de justicia para las pacientes que acuden a nuestro Hospital".

Puerto Rico. El Protocolo de Intervención con Víctimas / Sobrevivientes de Agresión Sexual en Facilidades de Salud. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados. Departamento de Salud. Ed. 4ta, 09/2006 hace mención a que los hospitales deben contar con un Equipo Interdisciplinario Especializado y precisa sus roles y responsabilidades:

Cada hospital mantendrá un equipo de trabajo especializado para casos de agresión sexual y violencia doméstica. Este Equipo estará integrado por Director/a Médico del Hospital, Director/a de Sala de Emergencia, Supervisor/a de Enfermería de Sala de Emergencia, Trabajador/a Social, Director/a de Records Médicos, Epidemiología, Área de Seguridad y Enfermera/a SANE, si hay disponible en el hospital. Este equipo de trabajo estará encargado de velar por el cumplimiento del Protocolo de Intervención con Sobrevivientes de Agresión Sexual y de mantener al personal del hospital orientado sobre las normas y procedimientos de la institución en cuanto a la atención a estas/os pacientes.

Brasil. La atención de los casos de violencia sexual especialmente los de probable "violación" o "estupro" en los servicios de salud tiene muchos aspectos administrativos y logísticos de primera importancia, como lo es el manejo de los medios de comunicación, de la familia, de las notificaciones a las autoridades de justicia, la existencia de los insumos, etc. Si éstos no se realizan con efectividad, los aspectos clínicos y forenses no se pueden realizar satisfactoriamente, por lo tanto, se requiere que los hospitales o los servicios de Medicina Forense a donde acuden las mujeres cuenten con personal del área administrativa que sea sensible, respetuoso, empático, bien capacitado, eficiente y que sepa trabajar en equipo.

También es indispensable que el personal multidisciplinario de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales) que debe intervenir en estas situaciones esté plenamente consciente de la complejidad que conlleva una buena atención, pues están implicados los daños mentales, los sentimientos y emociones, la correcta descripción y documentación de los daños físicos, el adecuado registro de los hechos relativos a la agresión, la recolección, identificación y almacenaje de los hallazgos de importancia forense, el cumplimiento de la cadena de custodia, el registro total de todo el proceso de atención, el dictamen médico final y el programa de seguimiento.

Comentario

- Se requiere entonces que el personal clínico y administrativo de los hospitales, además de las habilidades propias de sus profesiones, actualice sus conocimientos en derechos humanos y en derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como sus conocimientos y habilidades en Ginecología Forense. Se necesita también que los médicos y personal del área forense se compenetre en los derechos humanos y en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para que actúen con mayor sensibilidad y empatía y mejoren sus conocimientos y habilidades clínicas, para que así las mujeres reciban el trato que se merecen, tanto en los servicios de salud como en los servicios de Medicina Legal.

BP. Implementar programas de capacitación en violencia sexual y su atención integral, con perspectiva de género, derechos humanos, sexuales y reproductivos y ginecología forense para el personal de salud y de Medicina Legal. Capacitación, Tecnología y Derechos Sexuales y Reproductivos Aplicados a Servicios de Salud A.C. (CATEDRA A.C.), San Pedro Garza García, Nuevo León, México.

Esta organización sin fines de lucro viene realizando desde hace tres años cursos dirigidos a personal multidisciplinario de hospitales públicos, privados, del Sistema de Seguridad Social y de instituciones descentralizadas, referidos a la atención integral a la mujer que ha sufrido una violación reciente (dentro de las 72 horas) aplicando el Modelo para la atención integral y la Recolección de evidencias forenses en los servicios de emergencias, en casos de violación sexual reciente a mujeres mayores

de 13 años. Para fines de la ley mexicana, las mujeres menores de 13 años se manejan legalmente de forma diferente.

Los temas que se incluyen son:

- Marco jurídico legal y normativo de la violencia sexual
- Marco conceptual de la atención a la mujer con agresión sexual reciente:
  - Respeto y aplicación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos como marco de acción
  - Los principios de la bioética como marco de abordaje de las decisiones médicas y de las pacientes
  - Justicia social y equidad de género en la práctica médica.
- Manejo interdisciplinario de los casos de violación sexual reciente en los servicios de emergencia
- El abordaje inicial de la paciente con agresión sexual
- Evaluación psicológica en emergencia en casos de agresión sexual reciente
- Interrogatorio y exploración física con enfoque forense. Descripción forense de lesiones
- Diagnóstico de sospecha y de certeza de una agresión sexual reciente
- Evaluación de laboratorio, gabinete y toxicología
- Esquemas de tratamiento y profilaxis
- Toma de evidencias forenses y su almacenamiento con técnica forense
- La importancia de la correcta obtención de las muestras biológicas y la identificación del ADN
- La historia clínica especial para casos de violencia sexual reciente. Su correcto llenado para fines forenses.
- Preparación para realizar el peritaje y dar testimonio en los casos de violación sexual
- Sociodrama: Atención de casos especiales

- Taller 1: La entrevista médica en casos de violación sexual reciente
- Taller 2: Práctica para la utilización y llenado correcto de la historia clínica especial para casos de violencia sexual
- Taller 3: Práctica para la recolección y almacenado correcto de las evidencias forenses

La duración de los curso-talleres es de 18 a 35 horas efectivas de trabajo.

Para poder ofrecer servicios con personal entrenado apropiadamente, es necesario establecer normas, estándares de capacitación y sistemas para reconocer sus competencias.

Comentario

La capacitación de más personal de salud en la atención forense es otra forma de disminuir la posibilidad de revictimización. Esta capacitación puede extenderse para aquellos profesionales que cubren áreas alejadas de los servicios de medicina legal. En estos casos se facilitaría la atención, seguimiento, denuncia y justicia en los casos de personas habitantes de zonas rurales apartadas. Capacitar más personal de salud en temas forenses, incluyendo personal de enfermería y sicología, plantearía la posibilidad de tener equipos móviles, dotados y capacitados para la atención en crisis emocional, la atención en salud y la toma de evidencia forense, como lo mencionan Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Managua, Ipas Centroamérica. 2009.

Los cursos deben ser teóricos y prácticos, para que el personal de salud que trabaja en equipo en los servicios de Emergencias adquiera conocimientos, cambie actitudes y desarrolle las habilidades clínicas y de ginecología forense necesarias para la atención integral de estas personas.

Se requiere el trabajo conjunto de capacitadores clínicos y forenses; que los cursos tengan valor curricular; que los/as participantes puedan recibir una certificación especial como peritos para la atención de casos de violencia sexual y promover el seguimiento y evaluación de la actuación del personal capacitado.

El campo de la ginecología con perspectiva forense es tan amplio e interesante que bien pueden justificarse diplomados y sub-especialidades médicas, de Enfermería, de Trabajo Social, de Psicología y otras ramas afines, y también maestrías.

Es crucial etiquetar presupuestos para estos fines.

BP. Integrar un Comité de Vigilancia de la Calidad de Atención a Víctimas de Violación Sexual en todos los hospitales con servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San José de Monterrey, Nuevo León, 2009.

Esta BP requiere que el mencionado Comité esté integrado por un equipo multidisciplinario de personas capacitadas y sensibilizadas en el área de violencia sexual, que supervisen la calidad de la atención médica, psicológica, de consejería y de trabajo social, y el seguimiento médico y epidemiológico de los casos de violencia sexual reciente que se presenten para ser atendidos en una institución de salud.

El cuerpo directivo puede estar integrado por:

- Presidente(a): de preferencia que sea una persona con conocimientos médicos y legales de los procesos de atención ó un(a) Jefe(a) de Departamento clínico o de servicio.
- Secretario (a)
- Vocales (2)

Perfil de sus integrantes. El perfil deseable de los miembros de este Comité es el siguiente:

- Tener los conocimientos necesarios para evaluar la atención y análisis de los casos de violencia sexual reciente.
- Mantener una capacitación continua en las técnicas de su manejo.
- Conocer el manejo y llenado correcto de los documentos oficiales de registro de estos casos.
- Conocer las redes institucionales de apoyo de su localidad.
- Tener disponibilidad de tiempo para la atención directa de los casos cuando así se requiera.

Perfil del Comité. Las siguientes son algunas recomendaciones para la conformación del Comité:

- Trabajar con equidad de género.
- Estar integrado por un mínimo de 5 y un máximo de 11 personas.
- El personal que lo integra debe mostrar interés y sensibilidad hacia problemas sociales, especialmente de las mujeres y de los grupos más susceptibles de padecer violencia sexual.
- El personal que lo integre no debe haber estado involucrado en problemas legales relacionados con la violencia sexual.

Funciones y responsabilidades:

a. Garantizar la atención integral a mujeres que han sufrido un ataque sexual reciente o una violación, en forma rápida, objetiva, expedita, completa, estandarizada, compasiva, empática y no prejuiciosa, centrada en las necesidades inmediatas de la mujer, con una actitud comprensiva y solidaria, evitando siempre la revictimización.
b. Realizar acciones conjuntas de promoción para que las autoridades de salud y de justicia implementen un Modelo de Atención Médica

Integral en los Servicios de Emergencias, en casos de Violencia Sexual Reciente a mujeres, con el objeto de unificar la atención médica y legal mediante su aplicación sistemática.

c. Realizar conjuntamente proyectos de capacitación, formación y desarrollo de personal de salud, así como de investigación, sensibilización y difusión, respecto a los problemas médicos y sociales que ocasiona la violencia sexual.
d. Establecer mecanismos para la detección de la violencia contra la mujer en los diferentes servicios del hospital (consulta externa, emergencias, departamentos de obstetricia, traumatología, pediatría y salud mental, etc.).
e. Vigilar el cumplimiento del Modelo de Atención establecido y brindar la asesoría necesaria al personal de salud que lo solicite, al momento de otorgar la atención en los servicios de emergencia.
f. Establecer convenios de colaboración interinstitucional y multidisciplinarios.
g. Trabajar en forma conjunta con otras instituciones y organismos para formular el Registro Único de Atención de casos de Violencia Sexual.
h. Promover el cambio de actitudes, valores y prácticas discriminatorias y sexistas de la institución y del personal de salud.

BP Todos los hospitales con servicio hospitalario de Ginecología y Obstetricia deben estar capacitados para ofrecer un manejo integral a las víctimas de violación sexual. Brasil.

En el documento Resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos -Caderno Nº 6, Brasília – DF 2007, se menciona que “las Unidades de salud que tengan servicios de Ginecología

y Obstetricia constituidos deben estar capacitadas para la atención de estos casos. El límite de actuación de cada Unidad depende de la disponibilidad de recursos y situaciones de mayor complejidad que pueden requerir mecanismos de referencia y contra-referencia". La elevada prevalencia de violencia sexual exige que el mayor número posible de Unidades de salud esté preparado para actuar en los casos de emergencia.

Comentario

Se considera que esta es una BP porque es necesario reconocer que la atención oportuna, integral y de calidad tiene un impacto positivo y significativo en el abordaje de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violación, que afectan la calidad de vida de la persona, al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran el embarazo forzado y las infecciones de transmisión sexual. El primer contacto puede ser la única oportunidad para ayudar a la persona violada a enfrentar este difícil proceso.

Se entiende por atención integral:

a. *Atención de salud y bienestar mental, físico, y social;*
b. *evaluar y tratar las lesiones;*
c. *prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo;*
d. *recabar evidencias médico legales;*
e. *proporcionar consejería y seguimiento;*
f. *coadyuvar en la seguridad.*

Lo adecuado es que todas las intervenciones de salud (médica, psicológica, de enfermería y trabajo social, exámenes de laboratorio) y forenses se presten de forma integral en el mismo lugar y en la misma ocasión,

evitándole a la víctima más violencia con la repetición de su historia y traslados desagradables. El servicio debe estar disponible todos los días de la semana las 24 horas.

BP. Difundir entre la ciudadanía y entre el personal de salud y de justicia los derechos de las personas que han sido agredidas sexualmente. Argentina y México.

Argentina. Un ejemplo de esta BP la encontramos en la Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal. El Nuevo Código Penal expresa en el "Artículo 15. Derechos de las Víctimas de los Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana. Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a:

- Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
- Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
  - 1. Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas incluido el VIH/SIDA.
  - 2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
  - 3. Recopilación de evidencia médica legal.
  - 4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito.

México. En su Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y sexual. Manual Operativo, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México 2009, menciona los siguientes derechos:

- Ser escuchadas.
- Ser informadas de manera objetiva, veraz e imparcial sobre el procedimiento médico.
- Recibir la información relacionada con la atención forense y jurídica de su caso.
- Ser canalizadas ante la autoridad competente y que ésta reciba los datos o elementos de prueba disponibles.
- Recibir asesoría jurídica gratuita.
- Coadyuvar con el Ministerio Público o el Representante Legal.
- Consultar su expediente.
- Que se les satisfaga la reparación del daño, cuando proceda.
- Recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia.
- Tener atención médica y forense oportuna, de alta calidad, con enfoque humanista y solidario.
- Respetar su privacidad y confidencialidad hasta los límites de la ley.
- No ser prejuzgadas.
- Tomar decisiones libres, responsables e informadas.

Comentario

Es importante que la ciudadanía, en especial las mujeres de todos los países, conozcan sus derechos cuando acuden a solicitar atención en casos de ataque sexual o de violación. Cuando la ciudadanía empiece a exigir el cumplimiento de sus derechos, los servicios tendrán que ir cambiando hacia la calidad total.

El personal de salud y de justicia no capacitado ni sensibilizado con frecuencia se olvida de estos derechos.

BP. Contar con laboratorios bien equipados y garantizar la existencia de medicamentos para la prevención de embarazos y ETS. Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. 2009. Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Managua, Ipas Centroamérica.

Estas investigadoras han reportado que existen algunos países que no cuentan con laboratorios suficientemente equipados ni con los reactivos necesarios para la detección oportuna de embarazo y de enfermedades de trasmisión sexual incluido el VIH /Sida, que forman parte del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

Comentario

Se considera que todos los hospitales que tienen atención obstétrica y ginecológica deben contar con infraestructura suficiente para la oportuna atención a las víctimas de violencia sexual. Si ello no es factible, designar y equipar hospitales especiales para atender estos casos, como en el caso de Perú.

BP. Contar con un laboratorio que pueda procesar y analizar indicios forenses como el ADN, en al menos una de las ciudades de mayor población. Dirección de Criminalística de la Procuraduría de Justicia de Nuevo León, México.

La Dirección de Criminalística de la Procuraduría de Justicia de Nuevo León, México tiene un Laboratorio en el que puede procesarse el ADN. Ofrece su apoyo a la Secretaría de Salud del Estado mediante un Convenio firmado el 20 de Noviembre del 2009 entre una ONG (CATEDRA A.C.) y dicha Procuraduría en los casos en que se sigue el Modelo de Atención Integral propuesto por la ONG. Por supuesto, el laboratorio también está disponible para los casos que son atendidos primariamente en sus instancias de Medicina Legal.

Comentario

Aunque el enfoque de la atención en el sector salud debe de ser clínico y orientado a la solución de daños mentales, emocionales y físicos, se puede aprovechar la exploración física de la persona víctima de violencia sexual y su vestimenta para obtener indicios forenses como una forma de colaboración para que sus abogados y los responsables de hacer justicia cuenten con suficientes elementos probatorios y evitar la impunidad. Un elemento probatorio que puede definir el curso de un juicio es el análisis de ADN del agresor que se encuentra en el cuerpo de la víctima. Las muestras biológicas –incluido el ADN– tomadas dentro de las primeras 72 horas pueden durar mucho tiempo si su recolección, etiquetado y embalaje se hace con técnica adecuada, por lo tanto, pueden ser enviadas y procesadas en otro lugar y tiempo después. Esto da margen a que la víctima se recupere, se decida a presentar la denuncia correspondiente y solicitar su análisis. Por ello es imperativo que todos los países cuenten con al menos un laboratorio para el análisis de ADN al cual se tenga acceso para este tipo de casos.

El aspecto más importante es disminuir o eliminar la impunidad existente, lo que lastima profundamente a la persona violentada y no le permite su recuperación total ni vivir con plena seguridad de que no volverá a ser agredida por la misma persona, por ello la atención integral debe contemplar la obtención y análisis del ADN.

BP. Difundir entre la población la necesidad de acudir dentro de las 72 horas de ocurrida una agresión sexual reciente o un episodio reciente de abuso sexual, así como la forma de hacerlo. (Guatemala).

El autor tiene conocimiento a través del Coordinador del Comité de Derechos sexuales y reproductivos de la FLASOG que una ONG de Guatemala está haciendo una campaña de difusión de esta BP a través de los medios de comunicación masiva, con lo que ha aumentado el número de mujeres que acuden a un establecimiento de salud dentro de este período.

Esta BP es también propuesta en el trabajo de Bedone AJ, Faúndes A. (*"Atendimento Integral Às Mulheres Vítimas De Violência Sexual Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):465-469, fev, 2007)*, en el que mencionan que son necesarias campañas para informar las medidas que tienen que ser tomadas en estos casos, y principalmente para orientar donde deben dirigirse las víctimas de violencia sexual.

Comentario

Esta BP permite a las mujeres agredidas concurrir oportunamente al establecimiento de salud para prevenir el embarazo, las ITS y el VIH; pero requiere que los hospitales y/o los servicios de Medicina Legal que las

atienden, tengan la capacidad de ofrecer una respuesta integral (personal capacitado y protocolos de atención, laboratorios, reactivos, medicamentos para prevenir embarazo, ITS, ofrecer inmunizaciones etc.).

Esta práctica es primordial porque el manejo dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual permite, en primer lugar, la posibilidad de hacer prevención del embarazo, así como la obtención de una historia clínica completa, que incluya la descripción por parte de la víctima del evento sufrido, el registro de daños y lesiones y la obtención de elementos biológicos en los fluidos y vestimenta de la persona, dentro del período de vitalidad, que pueden servir como indicios forenses. Este intervalo se puede ampliar a 120 horas para la prevención de un embarazo forzado.

El autor de este Reporte considera que también debe informárseles a las mujeres la forma deseable en que deben acudir a los servicios de salud o de Medicina Legal, como por ejemplo:

No cambiarse de ropa, no peinarse, no orinar, no defecar (de ser posible), no hacer gargarismos, no bañarse, no limpiar ninguna parte de su cuerpo, traer condones si es que se usaron etc., o cualquier otro elemento usado. Aunque estos mensajes pueden ser difíciles de comunicar, es importante hacerlo para fines de obtención de evidencias y dar la oportunidad de tener elementos contundentes durante un juicio, si decide en su momento poner la demanda contra el agresor.

Se recomienda que esta BP sea impulsada también desde las instancias de gobierno.

BP. Contar con un instrumento de registro especial o "historia clínica especial para casos de violencia sexual" que substituya o complemente el tradicional expediente clínico. Vazquez Alemán MA, Ortiz Mariscal JD. Modelo para la Atención Integral y la Recolección de Evidencias Forenses en los Servicios de Emergencias, en Casos de Violación Sexual Reciente a Mujeres Mayores de 13 Años. Ediciones 5 Estrellas S.A. de C.V. Septiembre 2007.

Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. 2009 en su reporte: Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Managua, Ipas Centroamérica" mencionan: La historia clínica general debe mejorarse, implementando modelos de historia clínica completa que incluyan todos los componentes. Esto no solo es mandatorio para el caso de VS, sino que incluso afecta a todos los servicios prestados por un establecimiento de salud.

El personal médico tiene la obligación de describir detalladamente en el expediente clínico todos los aspectos clínicos y forenses, así como los riesgos a la salud de las mujeres que sufren violencia, describiendo, entre otras cosas, las lesiones que son perceptibles en el momento en que se presenta la usuaria, y de recopilar los materiales orgánicos que puedan recuperarse.

El personal de salud debe tener presente que los datos médicos recabados en los servicios de salud son susceptibles de convertirse en evidencia legal, por lo que es indispensable el registro, resguardo y control de toda la información obtenida de los procesos de atención médica.

La información debe estar también disponible para las autoridades en el caso de una controversia legal. El instrumento de disposición de esta

información es siempre el expediente clínico, el que debe contener tanto información sobre evidencia médica inmediata, como histórica.

El expediente clínico puede ser una herramienta útil para lograr que las mujeres accedan a la justicia, o un elemento que las haga perder un juicio. El personal de salud tiene la obligación de conformar adecuadamente el expediente clínico: la correcta conformación de un expediente clínico siempre es un lazo entre las mujeres en situación de violencia y su acceso a la justicia.

Comentario

Es importante contar con un instrumento único, con folio progresivo y autocopia que permita el registro de todos los datos esenciales. El original se entrega al Ministerio Público o Autoridad Legal junto con todos los indicios forenses recolectados, identificados etiquetados y embalados y la copia se queda anexa al expediente clínico.

Los apartados principales que debe tener este instrumento son:

- Instrucciones generales para su llenado.
- Ficha de identificación de la persona.
- Interrogatorio clínico: evaluación del estado mental y del estado emocional antes de iniciar el interrogatorio y la exploración física; los antecedentes médicos generales; antecedentes gineco-obstétricos, incluyendo el uso o no uso de anticonceptivos, fecha de última menstruación, del último coito con consentimiento y datos del embarazo en caso de estar grávida.
- Historia de la agresión sexual reciente: a) hechos, b) datos físicos acerca de la agresión sexual, c) acciones realizadas por la persona durante o después de la agresión sexual.

- Estado emocional de la persona durante la descripción narrativa de los hechos relativos a la agresión sexual.
- Examen físico y recolección de indicios forenses: a) información a la persona y obtención del consentimiento informado, b) procedimiento general para la recolección de evidencias, c) registro de los signos vitales y somatometría, d) recolección de la ropa antes de la exploración física, e) inspección general (habitus exterior; examen general de la piel y uñas; examen de cráneo, cara y cuello; examen de tórax y glándulas mamarias; examen del abdomen y región glútea; examen pélvico; examen de extremidades superiores e inferiores.
- Estado emocional de la persona al terminar su atención médica.
- Exámenes de laboratorio y/o gabinete solicitados: Exámenes generales; prueba sérica de embarazo; prueba para VIH; prueba para hepatitis B; otras pruebas toxicológicas; estudios de gabinete.
- Profilaxis: para embarazo forzado; para tétanos; para hepatitis B; para ITS; VIH/SIDA.
- Tratamientos otorgados
- Diagnóstico(s) clínico(s).
- Pronóstico médico de las lesiones. Tiempo esperado para sanar
- Recomendaciones médicas y de seguimiento
- Lugar, fecha y hora en que se finalizó la atención
- Información final sobre la atención y la recolección de indicios forenses: Si se utilizó el kit de recolección de evidencias forenses; si se tomaron muestras; nombre de la Institución que brindó la atención; nombre del médico(a) a cargo y sus credenciales profesionales y datos para su localización; firma del Médico(a); nombre, firma y cédula de la persona responsable de la cadena de custodia de las evidencias forenses; nombre, firma y datos de localización de los testigos.

Es necesario recordar algunos lineamientos generales para el registro de la información:

- No utilizar abreviaturas indescifrables fuera del ámbito médico.
- Utilizar el mismo color de tinta y de bolígrafo.
- Reportar las lesiones observadas describiéndolas detallada y objetivamente, sean físicas, ginecológicas o de cualquier índole.
- Si se asienta información obtenida en un interrogatorio, señalar a la usuaria o usuario como origen de tal información con alguna fórmula. Por ejemplo: "la mujer afirmó:"; "la mujer narró:", etcétera.
- No emitir juicios de valor o apreciaciones subjetivas, a menos que las apreciaciones consistan en una valoración o diagnóstico médico basado en la evidencia y en la experiencia profesional del prestador o prestadora como, por ejemplo, las posibles consecuencias de una lesión o el padecimiento que originan, su impacto en la salud general, etcétera.
- Sustentar el diagnóstico, pero no establecer conclusiones ajenas al ámbito médico. Por ejemplo: es muy probable que al observar una lesión en la región anal, con desgarro o laceraciones, pensemos en violación; sin embargo, esa evaluación le corresponde a la autoridad judicial; el personal médico, por su parte, habrá de ocuparse, fundamentalmente, de la descripción de tales lesiones, con el fin de que la autoridad investigadora tenga los elementos que necesita para llegar a esa conclusión.

BP. Contar con un modelo de consentimiento informado especial para casos de agresión sexual. Colombia.

En Bogotá Colombia, en el *Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual, Proyecto de Acuerdo Nº 015 de 2010, Concejo de Bogotá D.C, República de Colombia*, se encuentra el Modelo de Consentimiento Informado:

Nombres y apellidos completos: _____

_____

Dejo constancia de que se me ha dado información suficiente, que he comprendido adecuadamente, que decido libremente de acuerdo con mis valores, y que soy competente para tomar decisiones con relación a la atención brindada por ser víctima de posible violencia sexual. Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico(a).

De acuerdo a lo anterior, en este acto médico, el (la) doctor(a): _____
en calidad de: _____
previo análisis de mis antecedentes y de la historia clínica:

- Realizará el examen físico pertinente.
- Ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté.
- Tomará evidencia física o elementos materiales probatorios.
- Enviará muestras para el Laboratorio Forense.
- Sin perjuicio del secreto profesional, informará a la Policía Judicial sobre mi caso.

Igualmente, me fue comunicado el(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideran idóneos para mi caso y los riesgos previsibles de éstos, tales como: _____

_____

Asimismo, tengo entendido que puedo, si lo decido así, no realizar los exámenes diagnósticos ordenados.

En este caso, si no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico(a) tratante, ello no significa la pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

He entendido los cuidados que debo tener, estoy satisfecha(o) con la información recibida del médico(a) tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice _____

_____

Firma del paciente _____ D.I. _____
Firma del Profesional _____
D.I. _____ R.M. _____
Ciudad y fecha _____

Comentario

Todo acto médico debe ir precedido de un consentimiento informado por parte de la persona que ha sufrido violencia sexual. Tratándose de un problema de salud con aspectos legales, el consentimiento toma una enorme importancia para poder iniciar el proceso de atención,

especialmente la exploración física y la recolección de indicios forenses. Es imprescindible, para evitar problemas legales, que el personal que atiende el caso se asegure que la persona o su representante legal están comprendiendo cabalmente la explicación de cada una de las acciones que se pretenden llevar a cabo, y en cada una de ellas se debe registrar si las aceptó o no, en el entendido de que la persona puede desistir en cualquier momento de la atención, de lo que al principio autorizó o no autorizó.

Es de suma importancia que la persona agredida se encuentre mentalmente sana para que el documento tenga validez jurídica.

Es conveniente que el formato contenga una columna con los eventos que se van a realizar, seguida de otras dos: una que diga "Acepto" y otra "No acepto"

Debe entenderse que en cualquier momento de la atención la víctima puede desistir, o negarse a una práctica determinada.

Es conveniente que el personal médico obtenga la firma de dos testigos antes de iniciar la atención especializada.

BP. Contar con un kit de recolección de evidencias forenses en cada hospital designado para la atención de las mujeres que se han enfrentado a una probable violación sexual. Puerto Rico, Bogotá- Colombia, Monterrey- Nuevo León, México.

Puerto Rico. En el "Protocolo de Intervención para Víctimas / Sobrevivientes de Agresión Sexual en Facilidades de Salud. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados. Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud. Edición 4ta, 09/2006", se menciona:

El kit forense es el equipo de colección de evidencia de agresión sexual. Fue diseñado con el propósito de asistir al personal evaluador (médicos y enfermeras forenses) en la recolección y preservación de evidencia biológica de víctimas de agresión sexual. Con el kit se realizará la recolección de material extraño, de residuos, ropa de vestir y ropa interior, raspado de uñas, muestras de cabello y de vello púbico, secreciones de la vagina, oral y/o ano, saliva y sangre.

Cada kit incluye una hoja con las instrucciones que se muestran en esta sección. De no llevarse a cabo alguna de las indicaciones, se debe documentar la razón para no hacerlo.

Bogotá, Colombia. En el proyecto de acuerdo Nº 015 de 2010, por medio del cual se adopta el Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual, se implementa un kit de atención a víctimas de violencia sexual en Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones. Igualmente, la iniciativa precisa que los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados del régimen contributivo y subsidiado, deben estar dotados de un Kit de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, como mecanismo para garantizar la aplicación del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual. De esa forma se garantizaría un adecuado cumplimiento de los derechos de las víctimas de violencia sexual y que el Distrito asuma su obligación de garantizar el derecho a la salud integral de las víctimas de violencia sexual.

Monterrey, México. Modelo para la Atención Integral y la Recolección de Evidencias Forenses en los Servicios de Emergencias, en Casos de Violación Sexual Reciente a Mujeres Mayores de 13 Años. María Dolores Vázquez Alemán y José David Ortiz Mariscal. Ediciones 5 Estrellas S.A. de C.V. Septiembre 2007. Menciona la importancia de contar con un kit en el departamento de emergencias, que debe ser

resguardado en el servicio de enfermería para ser usado en cuanto se detecta la presencia de una probable víctima de violación sexual.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, deben garantizar la disponibilidad de los elementos necesarios para la toma de las muestras y evidencias y la cadena de custodia en la atención integral a víctimas de violencia sexual.

En este sentido, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas deben garantizar cuando menos la primera atención a la víctima de violencia sexual. Igualmente deben:

- Contar de forma permanente con la disponibilidad de elementos para la toma, embalaje y rotulado adecuado de evidencias.
- Garantizar los formatos de registro básicos.
- Definir rutas de comunicación claras con los Ministerios Públicos, Policía Judicial, o Medicina Forense para que, de ser posible, el personal de estas dependencias interactúe junto con el personal de salud y además se realice la entrega-recepción pronta y oportuna de las evidencias, para cumplir así con el tramo de la cadena de custodia que le corresponde a la unidad hospitalaria.

Los médicos o médicas con cédula o credencial profesional para ejercer la medicina que laboren en un servicio público, pueden fungir como peritos(as) durante un proceso. Esto significa que tienen o debieran tener la competencia y capacidad suficiente para realizar labores de registro de lesiones *y recopilación de evidencias* (previo consentimiento informado), en ausencia de un médico legista, utilizando el kit.

Si es oportuno y esto no compromete la salud e integridad de la usuaria de los servicios de salud, puede recurrirse al auxilio de peritos profesionales,

sin olvidar que todos los médicos y las médicas adscritos a las instituciones públicas de salud adquieren el carácter de peritos nombrados respecto de las lesiones consecuencia de un delito.

En la recopilación de evidencia médica, la salud y la integridad personal de la usuaria de los servicios de salud no deben ser arriesgadas bajo ningún supuesto, incluida la preservación de la evidencia legal.

La revisión médica que tenga como propósito recabar dicha evidencia seguirá las pautas del consentimiento informado y será, en todo momento, sensible y respetuosa de las mujeres. La recopilación de evidencia legal sólo se llevará a cabo con el consentimiento pleno de la persona agredida o de quien legalmente pueda otorgarlo, salvo que la revisión sea producto de maniobras específicas para preservar su salud o su vida. *(Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y sexual Manual Operativo, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México 2009).*

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM). Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA. Febrero 2005, recomienda que los países afectados por situaciones de conflicto dispongan de un Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) que consiste en una serie de acciones necesarias para responder a las necesidades de salud reproductiva.

El PSIM no sólo consta de maletines que contienen equipos y suministros, es un conjunto de actividades que tienen que ser implementadas de manera coordinada por personal capacitado apropiadamente. El PSIM, reduce la transmisión del VIH, previene y maneja las consecuencias de la violencia sexual, e incluye el planeamiento para el suministro de servicios de salud reproductiva integrados dentro del programa primario de salud del lugar del que se trate.

Comentario

Este kit se utiliza para recolectar evidencia forense física cuando las condiciones y autorización de la paciente lo permitan, como parte de un examen en caso de violencia sexual.

Cada guardia de hospital debe contar con su respectivo botiquín de medicamentos y el kit para brindar la atención inicial a las víctimas de violencia sexual y establecer que estos puedan ser utilizados dentro de las primeras 72 horas de acontecido el hecho, para garantizar un tratamiento exitoso.

Los elementos que integran el kit no representan un alto costo, no son difíciles de conseguir y son los siguientes:

Contenido básico

- Copia del último Protocolo para el Manejo Integral de casos de Violación Sexual del hospital.
- Dos formatos de consentimiento.
- Formatos para aviso al Ministerio Público a quien corresponda.
- Otros formatos.
- Dos copias de historia clínica diseñadas para estos casos.
- Marcador de tinta indeleble para etiquetar.
- Lápiz con punta de diamante.
- Sábanas desechables.
- Frascos esterilizado de recolección de orina.
- Tubos de ensayo esterilizados con anticoagulante
- Un frasco esterilizado y rotulado para la búsqueda de espermatozoides y para determinación de ADN.
- Jeringas desechables.
- Papel filtro.
- Tarjetas FTA.

- Espejos vaginales grandes, medianos e infantiles.
- Porta objetos. Laminillas para frotis.
- Hisopos de algodón esterilizados.
- Fijador en aerosol (Cito Spray).
- Guantes desechables sin talco. Varios pares.
- Bata desechable de papel para paciente.
- Lámpara de luz fría.
- Sobres de papel de diferentes tamaños para recolección de ropa en forma individual y para otras evidencias físicas pequeñas.
- Bolsas de papel.
- Hojas de papel tipo Bond (para escribir).
- Hojas de papel grande (para que la víctima de pie se quite su ropa)
- Otros artículos: cortaúñas, cinta adhesiva de papel, pinzas, laminillas, agua bidestilada o solución salina, seda dental, toallas desechables, bolígrafos, lápices, marcadores, fijador en aerosol, peine, cepillo quirúrgico de cerdas suaves.

Complemento

- Lámpara de luz fría
- Cámara digital y sus implementos
- Computadora portátil para copiar CDs
- Cds en blanco
- Anoscopio
- Luz de Woods
- Tinción de azul de toluidina

Además, se debe garantizar la existencia de formatos oficiales de reporte epidemiológico de violencia sexual, formato de consentimiento informado, historia clínica especial, y de otros formatos que requiera la autoridad.
Es conveniente tener acceso a una computadora para pasar las fotografías digitales a un disco compacto y entregarlas a la autoridad como parte de la cadena de custodia.

Si el Estado tiene designados hospitales especiales para la atención de casos de violación, debidamente zonificados, que cuenten con personal capacitado, actualizado y certificado, con espacios privados y acogedores para la atención y con infraestructura para exámenes de gabinete y de laboratorio clínico para realizar los exámenes que se requieren para la atención integral de estos casos, entonces al kit se le puede agregar la luz de Woods y además se sugiere contar con un colposcopio en el sitio de exploración.

Deberá asegurarse la existencia de medicamentos preventivos para ITS y VIH/ Sida y embarazo.

La existencia de los kits debiera garantizarse por ley, como en Bogotá, Colombia.

BP. Contar con un registro nacional de casos de violación sexual. Puerto Rico.

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) publica el Perfil Estadístico del Año fiscal 2005-2006, en el que se menciona:

"Además, se mantuvo y se actualizó la información del Registro de Casos atendidos en las Salas de Emergencias. Este registro consiste en un informe mensual que las facilidades con salas de emergencias envían al CAVV con información de los casos de violencia sexual y violencia doméstica que reciben servicios médicos en cada una de las facilidades. En el último año el porciento de reporte de los casos ha alcanzado el 90%, gracias al seguimiento que han llevado a cabo las monitoras FORSSA. Estos datos ayudan a describir la magnitud real de la problemática de violencia sexual en la Isla. La Unidad de Estadísticas e Investigación del

CAVV es la encargada de recopilar las estadísticas de violencia sexual disponibles en la Isla. Esta información es recopilada a través de los datos que producen las diversas agencias y/o organizaciones que trabajan con la problemática de Violencia Sexual".

Comentario

El registro de casos de violencia sexual contra las mujeres permite adaptar y mejorar políticas públicas y la provisión de servicios a favor de quienes la padecen, a partir del conocimiento de la prevalencia e incidencia real de casos y de la caracterización de las mujeres que viven en situación de violencia y de sus agresores, así como de las diversas manifestaciones de este fenómeno.

Es importante reconocer que el sistema actual de registro de la información en las Secretarías o Ministerios de Salud enfrenta el desafío del sub registro, debido a diversos factores:

- Las mujeres no hablan espontáneamente del problema en los servicios de salud.
- El personal médico no pregunta, ya sea porque no tiene conciencia sobre el tema, porque no lo considera de su incumbencia, o por el temor de verse involucrado en procedimientos legales.
- Los datos que se registran en las Secretarías o Ministerios de Salud se refieren sólo a las mujeres atendidas por lesiones físicas, independientemente del origen de esas lesiones, que con frecuencia son asociadas a violencia sexual.

Es factible que la utilización nacional y en el ámbito de América Latina y El Caribe de una historia clínica especial única para el registro de todos los casos de violación sexual, pueda servir como base de datos para la

elaboración de un Programa de Captura y contar así con información valiosa del tipo de casos que se atienden a nivel de hospitales o en Medicina Legal (Sugerencia del autor).

BP. Creación de Centros de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) Puerto Rico.

Los Centros de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) forman parte de un Programa de la Secretaría de Salud Familiar y Servicios Integrados del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Fue creado por la Ley 54 del 30 de mayo de 1976. Tiene por mandato las siguientes encomiendas:

1. servicios psicológicos y médicos inmediatos,
2. servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación,
3. recopilación de datos de utilidad para propuestas,
4. análisis de la problemática para la reforma legal,
5. establecimiento de campañas de prevención,
6. educar para modificar actitudes de la ciudadanía frente a las víctimas y
7. colaborar con la Oficina de la Procuradora de las Mujeres (anteriormente Comisión para los Asuntos de la Mujer).

El CAVV utiliza fondos públicos estatales y federales para educar, prevenir, dar tratamiento y rehabilitar a las víctimas de agresión sexual. Brinda servicios directos de terapia individual y grupal e intercesoría (psicosocial, médica y legal) a sobrevivientes de agresiones sexuales y a su Red de apoyo. En el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación se atiende a toda persona que haya sido violentada sexualmente mediante cualquier acto de agresión.

Atienden a personas de todas las edades y no se discrimina por razón de edad, raza, género, creencias religiosas, impedimento ó nacionalidad. En la actualidad el CAVV también tiene la encomienda de prevenir la violencia sexual e intervenir al respecto, como parte de los objetivos del Proyecto Gente Saludable 2010 del Departamento de Salud Federal de Puerto Rico.

Además, coordina los trabajos de un Equipo interagencial, mantiene acuerdos colaborativos con otras agencias y pertenece a varios Comités de Trabajo Interagencial. A través de su Unidad de Estadísticas e Investigación, el CAVV coordina, además, el Comité Interagencial de Estadísticas sobre Violencia Sexual.

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación trabaja con siete propuestas para el ofrecimiento de servicios y la promoción de prevención de violencia sexual, a saber:

- Fortalecimiento de Servicios de Salud
- Servicios Educativos e Intercesoría.
- Proyecto Interdisciplinario Coordinado "De Víctima a Sobreviviente: Persona y Comunidad" del Departamento de Justicia.
- Proyecto Línea de Ayuda – Departamento de Justicia.
- Proyecto "Evaluación Forense y kits de recolección de evidencias forenses" – Departamento de Justicia.
- "Educación y Prevención de la violación". Center for Disease Control (CDC).
- "Rompiendo el Ciclo de la Violencia Doméstica" – Administración de Familias y Niños del Departamento de la Familia.

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación tiene como misión asistir a las personas sobrevivientes de agresiones sexuales con la prestación y coordinación de servicios médicos y psicosociales inmediatos, así como interceder con los servicios de agencias de gobierno y comunitarias en apoyo a las personas sobrevivientes. El CAVV, además, tiene el rol de educar a profesionales y a la comunidad en general para evitar la revictimización, así como promover la prevención de las agresiones sexuales.
Centros con estas características, con personal multidisciplinario altamente capacitado en este importante campo de la salud pública y con presupuesto etiquetado, pueden estar estratégicamente distribuidos en las ciudades y en los lugares de mayor necesidad.

Comentario

El personal de los Centros puede servir de apoyo logístico (dotación de kit para recolección de evidencias forenses y de personal capacitado) cuando los Equipos Multidisciplinarios Especializados de Respuesta Inmediata (EMERI) de los hospitales públicos y privados lo requieran, por ejemplo en casos especiales o ante la falta de personal capacitado. Pueden coordinar el seguimiento de los casos recientes, coordinar a los Equipos Intersectoriales y a las Redes de Apoyo integradas por las diferentes dependencias de Gobierno, especialmente las del Sector de Justicia y a ONGs que trabajan en el campo de la violencia sexual y/o familiar, y servir como educadores de la comunidad y como centro de control estadístico y evaluación.

Es necesario también que los hospitales públicos y privados cuenten con un directorio de todas las instituciones, personas y organizaciones cercanas a la ubicación geográfica del hospital o del Centro de Medicina Legal, que puedan brindar apoyo complementario. Cada hospital debe conocer la Agencia o Entidad Judicial que está en su jurisdicción para solicitar su actuación y atención legal complementaria a la urgencia médica, apoyar al

personal de salud en la parte forense, y orientar a la víctima en los aspectos legales que corresponden, hasta tomar in situ la denuncia de la víctima (sugerencia del autor).

BP. Programas de información y educación dirigidos a los hombres para promover cambios de conducta con objeto de prevenir o disminuir la incidencia de agresiones sexuales y modificar patrones actuales de comportamiento masculino que avalan la violencia sexual como algo "natural". (Sugerencia del autor).

Siendo los hombres los principales causantes de la violencia hacia las mujeres, es impostergable implementar programas de información y educación orientados al cambio de lo que tradicionalmente se considera "normal" en el ejercicio de la masculinidad en Latinoamérica y El Caribe. Es conveniente iniciar desde la niñez, para que al llegar la etapa de la adolescencia disminuya la incidencia de violencia en el noviazgo, o se detecte oportunamente.

Es necesario ir cambiando el comportamiento de los hombres adultos con técnicas de "educación para adultos", orientadas a una nueva forma de ejercer la masculinidad tomando en consideración los aspectos culturales de los grupos. Lo anterior no excluye la necesidad de reorientar los comportamientos derivados de la enseñanza de conceptos antiguos dirigidos al género femenino que orientaban a la mujer a sufrir y tolerar la violencia sexual de los hombres, especialmente de los cónyuges, como algo "normal", ante lo cual poco podía hacerse.

Los programas debieran emanar desde las altas esferas de las Secretarías o Ministerios de Educación y ser vigilados e implementados no solo

por los gobiernos sino también por las organizaciones sociales no gubernamentales, como lo menciona Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, que en su apartado 12.4 Trabajo con hombres y niños menciona que "las ONGs en la región de LAC han sido líderes en el esfuerzo por lograr que los hombres y niños participen en actividades para disminuir los niveles de violencia contra las mujeres. Los programas dirigidos a hombres y niños que se enfocan en las normas de género, masculinidad y violencia contra las mujeres son otra manera aparentemente eficaz de apoyar las actividades de prevención a nivel comunitario (OMS, 2007). Por lo general, el propósito de estos programas es motivar a los hombres a cuestionar las normas de género patriarcales y jerárquicas que fomentan el uso de violencia contra las mujeres. De particular importancia es el trabajo con hombres adolescentes y adultos jóvenes, porque ellos parecen estar más abiertos a cambiar sus actitudes, creencias y comportamiento que los hombres adultos de edad más avanzada.

En la región de LAC se destaca el trabajo del Instituto Promundo en Brasil. Sus proyectos con niñas, niños, juventud y personas adultas jóvenes promueven la igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres y se esfuerzan por prevenir la violencia interpersonal, incluida la violencia sexual contra las mujeres. Promundo ha creado varios programas que han tenido impacto en las comunidades donde se han llevado a cabo (OMS, 2007).

Mediante cooperación Sur-Sur, Promundo ha forjado alianzas con organizaciones que trabajan con hombres y niños en otras regiones de Brasil, en otros países de Latinoamérica y en otros lugares en Asia y África. En particular, el Programa H fue creado por Promundo de manera conjunta con otras organizaciones; ha sido implementado en muchos lugares, entre ellos: Bolivia, Brasil, Colombia, Jamaica, México y Perú.

El objetivo del Programa H es motivar a los hombres jóvenes a cuestionar las normas convencionales de género asociadas con la masculinidad y promover las ventajas de un comportamiento que incorpore la equidad de género. Con este fin, el Programa H ha elaborado talleres educativos, campañas de concientización y de cambio de comportamiento, enfoques innovadores para atraer a los hombres jóvenes a los establecimientos de salud y una metodología culturalmente sensible para evaluar el impacto (Instituto Promundo, 2004).

Otra iniciativa con una fuerte presencia en la región es Men Engage, una alianza global de ONGs y organismos de la ONU que trabaja con niños y hombres para promover la equidad de género. Un objetivo clave de la alianza es identificar y ampliar esfuerzos regionales eficaces que fomenten roles positivos y equitativos de género para los hombres, mejorar la salud tanto de los hombres como de las mujeres, y arraigar estos programas en políticas públicas.

La campaña Cinta Blanca (White Ribbon Campaign) es otro esfuerzo mundial importante, que tiene presencia en la región. Las estrategias clave de la campaña son educación y capacitación, y la cinta blanca usada por los hombres es vista como un símbolo de su oposición a la violencia contra las mujeres.

BP. Creación de Centros de Justicia Familiar. Monterrey y Guadalupe, Nuevo León, México.

En enero de 2006 se inauguró el edificio que alberga el Centro de Justicia Familiar para la atención de casos de violencia familiar y sexual en el Estado de Nuevo León. Funciona con un modelo único en el país, en el que participan en el mismo edificio todas las instancias de la Procuraduría de Justicia (Ministerios públicos, agencias especiales de delitos sexuales

contra la mujer, contra la niñez etc.); Secretaría de Salud; el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y ONGs que tienen relación con la atención y sanción de estos delitos, formando equipos de atención multidisciplinaria compuestos por médicos, trabajadoras sociales, abogados/as, especialistas en medicina legal, psicólogos/as, personal administrativo y otras consultorías.

El edificio cuenta con dos entradas principales que dan a la calle: por una de ellas ingresa la víctima del delito y por la otra calle entran los infractores de la ley, quienes se encuentran con los Ministerios Públicos, agentes policiacos y celdas temporales. No hay comunicación física interna, de tal manera que no es posible que se encuentren la víctima y el agresor. El local tiene un espacio para refugio temporal (3 días), salas de juego para los niños de las mujeres agredidas, consultorios, salas de juntas, y cuenta además con Cámara Gestalt, que sirva para entrevistar a la víctima sin que aparezcan presentes otras personas, las mismas que observan y escuchan por fuera de la cámara.

Este es un centro de referencia estatal y de contra-referencia para instancias con mayor capacidad de resolución. Este año fue inaugurado otro centro en uno de los municipios más poblados y conflictivos del Estado de Nuevo León. Justicia con equidad de Género, es su lema. Este centro ha recibido muchos reconocimientos nacionales e internacionales.

Comentario

Esta BP es digna de seguimiento y multiplicación a nivel de la región Latinoamericana y El Caribe.

Participación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia en la Prevención, Detección, Atención y Erradicación de la Violencia sexual. *(Propuesta del autor)*

Las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de Perú, Brasil y Nicaragua, se han distinguido a través de los años por su lucha permanente a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y por el cabildeo y elaboración de cambios a las leyes y códigos penales de sus respectivos países.

El papel de la Federación Brasilera de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO) ha sido determinante en los avances logrados en la región, sobre todo en el diseño e implementación de protocolos de manejo que mejoran la calidad de atención de la mujer, especialmente en lo referido a la violencia familiar y sexual.
La Sociedad de Nicaragua ha apoyado con valentía los movimientos de los grupos feministas que abogan por hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres nicaragüenses.

La Sociedad de Perú ha tenido un papel relevante con su postura y cabildeo con los ministros de Salud de turno para lograr avances a favor de las mujeres, habiendo firmado hace cuatro años un convenio de colaboración mutua con el Ministerio de Salud *(Comunicación personal del Comité de derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología).*

Esta BP debería ser imitada en el resto de los países de la región en donde no se observa el mismo grado de avance.

BP. Homologación de la definición de los delitos de tipo sexual, así como sus penalidades a nivel de cada país y a nivel de América Latina (propuesta del autor).

Actualmente existen diferentes definiciones para delitos sexuales entre los países que conforman América Latina y El Caribe: por ejemplo, "estupro" en Brasil y "violación" en el resto de América Latina. Lo que es más preocupante es la diferente penalidad para un mismo delito cometido bajo las mismas circunstancias. El autor propone una reunión regional de los altos niveles de los ministerios de Justicia y de Salud de LAC para analizar y llegar a acuerdos sobre este problema y consensuar nuevas y mejores formas de coordinación y apoyo mutuo entre el sector salud y el sector legal y de justicia.

Documentos consultados

ARGENTINA

- Medidas conjuntas para la prevención y tratamiento de situaciones de violencia sexual. Resolución 334 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y resolución modificatoria 2.557.
- Protocolo de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención. Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y Asistencia a las Víctimas. Se establece a partir de la Ley de Violencia Familiar de la Provincia de Bs. As. Nº 12.569.
- Resolución N° 2.557. Apruébanse en un texto único y ordenado las modificaciones de las resoluciones N° 983/SS/03 Y N° 2.111/SS/03. Buenos Aires, 16 de diciembre de 2003.
- Resolución N° 791 - MSGC Crea Centros de Atención Inmediata para la asistencia de víctimas de violencia, Buenos Aires, 3 de mayo de 2006. Visto la Ley N° 1.688 y Nota N° 172-DGSM/06.
- Protocolo de acción ante víctimas de violación. Resolución N° 2.111/SS/03, de fecha 16 de octubre de 2003. "Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación", omitiéndose modificar la denominación de "Centro de Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual" por el de "Centro de Coordinación y Eventual Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual".
- Violencia. Sexualidad. Reproducción tensiones políticas, éticas y jurídicas. Presentaciones realizadas en las Jornadas del 16 y 17 de octubre, de 2007, organizadas por CECYM –Centro de Encuentros Cultura y Mujer- conjuntamente con el CEDES –Centro de Estudios Estado y Sociedad- con el auspicio del Programa Nacional de Salud

Sexual y Procreación Responsable de la Secretaría de Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2007.

BOLIVIA

- El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. Jefferson Drezett, Eliana Del Pozo, Ipas Bolivia, La Paz, 26 de noviembre de 2002
- Manejo de la violencia sexual en redes de servicios de salud (de primer y segundo nivel de complejidad del subsistema público). Manual de normas y procedimientos. Coordinación institucional: Lic. Ruth Barral – MSD, Dra. Dora Caballero - OPS/OMS, Elaborado por Dra. Azucena Zubieta – UMSA. Bolivia, 2005.

BRASIL

- Atendimento às vítimas de violência sexual. Cristião Fernando Rosas. Coleção protocolos HMEC 2008 – Obstetrícia.
- Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas, Aloisio José Bedone y Anibal Faúndes, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):465-469, fev, 2007.
- PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS
- Resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno Nº 6, Brasília – DF 2007.
- Protocolo de atenção às vítimas de violência sexual do Município de Florianópolis, Prefeitura de Florianópolis Secretaria Municipal de Saúde. Programa Capital Criança, Versão revisada janeiro 2002.
- Atendimento integral à mulher vitima de violência sexual. Seis anos de deliberações, Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a VI, Anibal Faúndes, CEMICAMP.

COLOMBIA

- Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual, proyecto de acuerdo Nº 015 de 2010. Concejo de Bogotá D.C., República de Colombia.
- Estudio Violencia Sexual en Colombia: Una mirada integral desde los proyectos de ayuda humanitaria en salud de Médicos Sin Fronteras, bajo la dirección de Zulma Consuelo Urrego Mendoza, 2008.
- Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud, Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA Bogotá, 2008.
- Cadena de custodia, su trascendencia y aplicación en sistema penal acusatorio durante 2005-2006. Henry Murillo arboleda. Universidad de Manizales, Facultad de Derecho, Manizales, Caldas, 2007.

COSTA RICA

- Protocolo para la atención de la violencia sexual y/o doméstica en el Departamento de Medicina Legal, Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008.

CHILE

- Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud de Chile, abril 2004.

EL SALVADOR

- Guías de Atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual para hospitales del segundo y tercer nivel, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Salud. Dirección de Regulación, Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer, El Salvador C.A., octubre 2007.

FIGO

- Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Ruxana Jina, Rachel Jewkes, Stephen P. Munjanja, José David Ortiz Mariscal, Elizabeth Dartnall, Yirgu Gebrehiwot. International Journal of Gynecology and Obstetrics 109 (2010) 85–92.

HONDURAS

- Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Proceso de Normatización del SNS. Subcomisión de Prestaciones del SNS. Diciembre de 2008.
- Situación de violencia contra las mujeres en 2009, © Feministas en Resistencia Honduras, Centro América. Primera edición: enero de 2010.

MÉXICO

- Violencia: Ética, justicia y salud para la mujer. Compiladores: Dra. Marcela Granados Shiroma y Dr. José David Ortiz Mariscal, 2000.
- Atención Médica a Personas Violadas, Primera Edición 2004 D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, DICIEMBRE 2004 ISBN 970-721-233-0.
- Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia familiar y Sexual Estrategia, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México 2004.
- Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México, 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación el jueves 16 de abril de 2009.

- Panorama de violencia contra las mujeres. ENDIREH 2006.
- DR © 2007, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Protocolo para la Atención Médica de los Casos de Violencia de Género contra las Mujeres. Instituto de la Mujer Oaxaqueña del Gobierno Constitucional del Estado de Oaxaca. Colección «Instituto de la Mujer Oaxaqueña Ediciones», serie Buenas Prácticas. © 2009.
- Protocolo para la Atención Jurídica de los Casos de Violencia de Género contra las Mujeres. Instituto de la Mujer Oaxaqueña del Gobierno Constitucional del Estado de Oaxaca. Colección «Instituto de la Mujer Oaxaqueña Ediciones», serie Buenas Prácticas. DR © 2009 Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Modelo para la Atención Integral y la Recolección de Evidencias Forenses en los Servicios de Emergencias, en Casos de Violación Sexual Reciente a Mujeres Mayores de 13 Años. María Dolores Vazquez Alemán y José David Ortiz Mariscal. © DR Ediciones 5 Estrellas S.A. de C.V. Septiembre 2007.

NICARAGUA

- Normas y Procedimientos para la Atención de la VIFS. Documento Final. Ministerio de Salud. Gobierno de Nicaragua, enero 2006.
- Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. 2009. Servicios de salud para víctimas/ sobrevivientes de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Managua, Ipas Centroamérica.

OMS

- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. (Clasificación NLM: WA 309). 2005.

- WHO Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies (OMS, 2007).
- World Report on Violence and Health: © Organización Mundial de la Salud 2002.

PARAGUAY

- Manual para la atención de víctimas de violencia sexual. Manual de Bolsillo para Examen Físico de Víctimas de Violencia Sexual. Ramalho D, Cardozo S, Caballero A, Zarratea G, Romero D. Asesor: Vicente Bataglia Doldan. Universidad Nacional de Asunción – Centro Materno Infantil Ministerio del Interior – Hospital de Policía Rigoberto Caballero. Asunción, Paraguay, 2009

PERÚ

- Távara L. Manejo de la violencia sexual. Rev. Per. Ginecol. y Obstet. 2005; 52(1):15-20.
- Guías Nacionales de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud 2004.

PUERTO RICO

- Protocolo de Intervención con Víctimas / Sobrevivientes de Agresión Sexual en facilidades de salud. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación. Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados. Departamento de Salud. Estado Libre Asociado de Puerto Rico Edición 4ta, 09/2006.
- Perfil estadístico del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación. Departamento de Salud. Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación. Unidad de estadísticas e investigación, año fiscal 2005-2006.

REPUBLICA DOMINICANA

- Detección y atención de la violencia basada en género. Myrna Flores Chang, Coordinadora del Proyecto Violencia Basada en Género, PROFAMILIA, República Dominicana, 2006.

UNFPA

- Violence against women. Case studies vol 2. United Nations Population Fund. Technical Division Gender, Human Rights and Culture Branch. 2008.
- Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latino América y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

VENEZUELA

- Modelo de protocolo de atención en violencia basada en género para el área de la salud: Violencia Doméstica (Guía comentada).

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

www.flasog.org

www.promsex.org

ISBN

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA (FLASOG)

FLASOG
COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS

PROM5EX AÑOS
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

www.flasog.org

www.promsex.org