

Estudio sobre
la situación y
la calidad de
los servicios
seleccionados de
atención a la
violencia sexual
en El Salvador

Equipo del estudio

Diseño de metodología y redacción del informe:

Dinys Luciano Ferdinand (Development Connections)

Coordinación del equipo de investigación y supervisión del trabajo de campo:

Silvia Juárez Barrios (ORMUSA)

Recolección de datos secundarios:

Hilda Navarrete (ORMUSA)

Aplicación de las entrevistas a gerentes y proveedores (as) de servicios:

María de la Paz Benavides e Hilda Navarrete (ORMUSA)

Revisión del protocolo de investigación:

Ipas (Deborah L. Billings, Karen Padilla, Christopher Bross y Pearl Friedberg), UNFPA/LACRO (Kathy Taylor, Ana Elena Badilla y Luis Mora)

Coordinación general del Estudio en El Salvador:

Vilma Guadalupe Portillo Cienfuegos,
Punto Focal del Eje 4 para la Oficina Nacional de UNFPA en El Salvador

Diagramación y diseño:

Marcelino Guzmán V.

Impresión:

ARDISA

Esta investigación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) y de su Oficina Nacional en El Salvador; de la oficina del Ipas en Chapel Hill, North Carolina (EEUU), de Ipas Centroamérica, y del equipo de investigación de ORMUSA. Un especial reconocimiento a todo el personal de las organizaciones proveedoras de servicios de atención a la violencia sexual que participaron en esta iniciativa.

Estudio sobre la situación y la calidad de los servicios seleccionados de atención a la violencia sexual en El Salvador

Diciembre de 2011

Tabla de contenido

1.	Introducción	1
	1.1. Antecedentes	2
	1.2. Objetivos	5
	1.3. Organización del Estudio	5
2.	Marco conceptual	7
3.	Metodología	11
	3.1. Tipo de estudio	11
	3.2. Unidades de análisis y muestras	11
	3.3. Variables e instrumentos de recolección de datos	12
	3.4. Consideraciones éticas	14
4.	Resultados	17
	4.1. Situación de la VS, políticas públicas y respuestas sectoriales	17
	4.1.1. Dimensiones del problema	17
	4.1.2. Marco legal y planes nacionales sobre VS	19
	4.1.3. Competencias sectoriales	21
	4.2. Características de las unidades de los servicios	28
	4.2.1. Oferta de servicios e intervenciones clave	29
	4.2.2. Organización del trabajo	29
	4.2.3. Recursos humanos	30
	4.2.4. Infraestructura, insumos, costos y tiempo de espera	32
	4.2.5. Material educativo para usuarias de los servicios	33
	4.2.6. Sistemas de información	33
	4.3. Procesos asociados a la calidad de la atención	36
	4.3.1. Barreras de acceso a los servicios de atención y protección a las VS/S	36
	4.3.2. Mecanismos de mejora continua de la calidad de los servicios de VS	37
	4.3.3. Medidas para enfrentar barreras culturales y sociales de las VS/S	39
	4.3.4. Dimensión socioemocional de la relación entre proveedoras(es) y usuarias	41
	4.3.5. Condiciones que promueven el empoderamiento de las VS/S	41
	4.3.6. Percepción sobre su experiencia profesional y personal en la atención a la VS	42
	4.3.7. Medidas de cuidado del personal	44
5.	Oportunidades y retos de los servicios existentes	45
6.	Conclusiones y recomendaciones	49

AE	Anticoncepción de emergencia
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
DDHH	Derechos Humanos
ECF	Escuela de Capacitación Fiscal
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FGR	Fiscalía General de la República
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ISNA	Instituto Salvadoreño Para El Desarrollo Integral de La Niñez y La Adolescencia
IML	Instituto de Medicina Legal
ISDEMU	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINED	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORMUSA	Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz
PGR	Procuraduría General de la República
PNC	Policía Nacional Civil
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UTE	Unidad Técnica Ejecutiva del Sector Justicia
VBG	Violencia basada en género
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VS	Violencia sexual
VSVS	Victima sobreviviente de violencia sexual

1. Introducción

1.1. Antecedentes del Estudio

Durante las últimas décadas en El Salvador, la violencia contra las mujeres (VCM) ha ocupado un lugar importante en la agenda pública sobre igualdad de género, y en ese marco, gradualmente la violencia sexual (VS) ha empezado a ser visibilizada como una de las tipologías de violencia más extendidas, aunque posiblemente una de las menos denunciadas. A nivel regional se han registrado importantes avances en el diseño de políticas públicas que respondan de manera más efectiva a las especificidades de la VS a través de leyes que la tipifican y sancionan, al tiempo que establecen medidas para la atención, prevención y reparación de los derechos de las

víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (VSVS). No obstante, la evidencia disponible muestra que la mayoría de las VSVS no utilizan los servicios de protección y atención existentes. Entre las razones por las cuales las niñas y mujeres no buscan ayuda o no denuncian los actos de violencia, incluyendo la VS, se encuentran el estigma, la vergüenza y discriminación, el temor a las represalias del perpetrador, sentido de culpa, la falta de apoyo de familia y amistades, así como las complicaciones y riesgos del camino hacia la denuncia. (Contreras M, Bott S, Guedes A y Dartnall E; 2010).¹

Por su parte, los estudios sobre el acceso de las VSVS a la justicia en Centroamérica revelan obstáculos que limitan su utilización, entre los que se destacan: i) inadecuada cobertura y calidad de los servicios médico-forenses, lo que restringe

¹ 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 acceso a la justicia y la sanción de los agresores, ii) reducida oferta de servicios de atención psicológica y asistencia legal que apoyen a las mujeres en la toma de decisiones, iii) ausencia de acompañamiento en los procesos judiciales, iv) procesos legales revictimizantes. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2006; CEPLAES, 2010)^{2,3}

Asimismo, algunas investigaciones sobre los servicios de salud, los médico-legales (Ipas y UNFPA, 2009; OPS, 2003) y de justicia (CIDH, 2009) muestran importantes deficiencias en el apoyo que reciben las VSVS, así como las principales barreras de acceso a las intervenciones existentes, las fallas en la recolección de pruebas y evidencia legal, los problemas en los sistemas de suministros de insumos, la estructura de gestión de los servicios, y la calidad de la relación entre usuarias (os) y proveedores (as). Ipas y UNFPA (2009) realizaron una evaluación de la calidad de servicios de salud y las políticas públicas sobre VS en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, que mostró las deficiencias en la capacitación de proveedores de salud mental y trabajadoras (es) sociales, la inadecuada dotación de kits de medicamentos, pruebas de laboratorio incompletas, la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, la deficiente distribución de protocolos a los centros de servicios, la falta de materiales de prevención y promoción, e inadecuada comunicación entre los sistemas. Además, debilidades de los sistemas de salud y justicia limitan que los trabajadores de salud reporten los

casos de VS.^{4,5,6,7,8}

Los resultados específicos de este estudio regional de Ipas y UNFPA (2009), para el caso de El Salvador, revelaron que la dotación de equipos médicos en los 11 establecimientos de salud analizados fue completa casi en su totalidad y que aunque el 67% de servicios contaba con antibióticos, solo 2 de los establecimientos los administra para la profilaxis de ITS. El 73% reportó contar con recursos en psicología, aunque el mismo era compartido con diferentes programas en tres de los establecimientos. En cuanto a los registros utilizados, se encontró diversidad entre ellos, registrándose deficiencias en el contenido, con vacíos en cuanto a la información de la víctima y el victimario. El material informativo y educativo disponible era de buena calidad aunque insuficiente en relación con el tipo de temas tratados y la cantidad. De los 11 establecimientos estudiados cuatro reportaron no ejecutar actividades preventivas. (Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. 2009)

El estudio diagnóstico "Acceso a la justicia y salud en situaciones de violencia sexual" (UNFPA, 2010), en El Salvador señaló algunas limitaciones tales como la ausencia de procesos formales de capacitación de recursos humanos dedicados exclusivamente a la VS y

4 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.

5 Paredes-Gaitán Y, Billings D, and Padilla K. HEALTH CARE SERVICES FOR VICTIMS/SURVIVORS OF SEXUAL VIOLENCE: THE STATE OF SERVICES IN NICARAGUA, GUATEMALA, HONDURAS AND EL SALVADOR. <http://svrforum2009.svri.org/presentations/YolandaParedesGaitan.pdf>

6 Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. (2009). Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Guatemala, Ipas Centroamérica.

7 Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. (2009). Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Honduras, Ipas Centroamérica

8 Paredes-Gaitán Y, Padilla K, Billings D. (2009). Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. El Salvador, Ipas Centroamérica.

Características socio demográficas de EL Salvador

*Extensión territorial:
21,041 km²

Población total: 6.163 millones (2009)

Esperanza de vida al nacer (en años) Mujeres: 76,3 y hombres 66,8 (2009)

Población urbana: 61% (2009)

Tasa Global de Fecundidad: 2,3 hijos por mujer (2009)

Educación: La población alfabeta de 15 años y mas, es 79,7% de las mujeres y el 84,9% de los hombres. (2007)

Empleo: Población urbana en actividad económica, 51% de las mujeres y el 74% de los hombres. (2005-2007)

Ingresos: El 11% de la población vive bajo US\$ 1,25 dólar diario (2000-2007) y el 47,5% vive bajo la Línea Nacional de Pobreza (2004-2007)

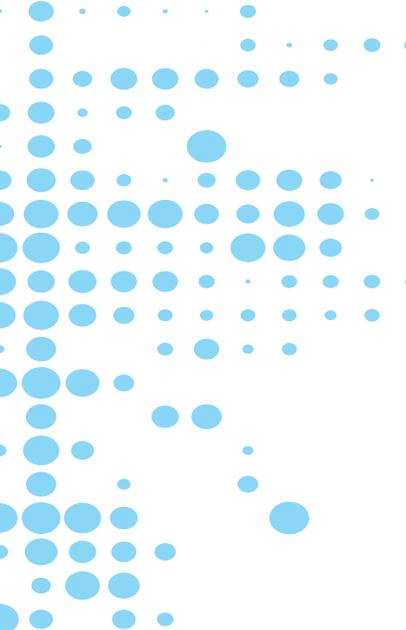
Fuente: OPS et al. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2009.
* Atlas of El Salvador. http://commons.wikimedia.org/wiki/Atlas_of_El_Salvador

2 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Audiencia Regional Violencia Doméstica en Centroamérica. Ayuda Memoria. Ciudad de Guatemala, 19 de Julio de 2006.

http://www.alianzaintercambios.org/files/doc/1167173150_1167166775_Memoria_Audiencia.pdf

3 CEPLAES. (2010) FORO REGIONAL ACCESO A LA JUSTICIA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

[http://www.alianzaintercambios.org/files/doc/1287600858_Memorias%20Foro%20Regional\[1\].pdf](http://www.alianzaintercambios.org/files/doc/1287600858_Memorias%20Foro%20Regional[1].pdf)



las experiencias de revictimización que enfrentan las VSVS. En cuanto a las debilidades de los sistemas de información de las distintas instituciones, este estudio relevó la duplicación en la documentación ya que formas de violación sexual se registran también como agresiones sexuales y viceversa. A esto se agrega la ausencia de definiciones unificadas de las tipologías de VS que se registran, lo que obstaculiza la identificación única en la rotulación interinstitucional de expedientes.⁹

Igualmente, Ipas llevó a cabo el “Análisis sobre el Marco Jurídico Legal para la atención a las Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Honduras” que examina la ruta legal de atención a VSVS la cual incorpora a diversas instancias, tanto las administrativas como las judiciales a las que pueden acudir. Dicho estudio señaló elementos clave para la garantía de la calidad de los servicios tales como la claridad en la ruta a seguir por la VSVS y evitar de esta forma la revictimización, la agilidad de los procesos, lo cual en el caso de la preparación de la prueba por parte de la Fiscalía General de la República, suele ser lento debido al volumen de demanda en comparación con los recursos humanos disponibles. *“En El Salvador, no se cuenta con Médicos Forenses Certificados o especializados en esta materia, excepto dos especialistas en el área, el resto son patólogos que dan su opinión, lo que puede ocasionar que sus dictámenes pueden ser objeto de dudas y pueden dar como resultados una ausencia de certezas, aunado a esto, en la legislación Procesal Penal, se le da una especial importancia a la prueba pericial. El personal de salud pública y el sector de salud privada no pueden actuar como forenses, según las leyes de El Salvador, debido a que no son reconocidos como auxiliares de la Administración de*

⁹ UNFPA. 2010. Acceso a la justicia y salud en situaciones de violencia sexual. Estudio diagnóstico. El Salvador.

Justicia.” (Muñoz D, 2010)¹⁰ A esto se agrega que en los hospitales, la VS es a menudo considerada una emergencia legal más que médica y con frecuencia, no es registrada por el personal médico, por temor a las consecuencias legales y el trabajo administrativo. (Médicos sin Fronteras, 2010)¹¹

Tomando en consideración la información producida por los estudios precedentes a nivel nacional y regional, la presente investigación se llevó a cabo en tres países centroamericanos (El Salvador, Guatemala, y Honduras) y sus resultados en El Salvador se utilizarán para construir la línea de base sobre la situación y calidad de los servicios de VS en los que el UNFPA implementará el Modelo de atención integral a la VS. Esta investigación describe la situación inicial del contexto de políticas públicas en que se desarrollan los servicios existentes, las características de los servicios de salud, justicia y seguridad en términos de la oferta de servicios, la organización del trabajo, los recursos humanos, infraestructura, los insumos, las barreras en la ruta crítica que siguen las VSVS que acceden a estos servicios, la dotación y los contenidos de los materiales educativos; y los sistemas de información.

Los resultados del Estudio se presentarán a las instituciones participantes y otras instancias vinculadas a la atención de la VS para revisarlos conjuntamente, examinar sus implicaciones y con base en ello, planificar las actividades futuras en la implementación del Modelo. Las organizaciones podrán desarrollar actividades de diseminación de

¹⁰ Muñoz D. Análisis sobre el Marco Jurídico Legal para la atención a las Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual. 2011. Managua, Ipas Centroamérica. [http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/San%20Salvador%20Migrantes%20AECID/ANALISIS%20SOBRE%20EL%20MARCO%20JURIDICO-LEGAL\(preview\)-1.pdf](http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/San%20Salvador%20Migrantes%20AECID/ANALISIS%20SOBRE%20EL%20MARCO%20JURIDICO-LEGAL(preview)-1.pdf)

¹¹ Médicos Sin Fronteras – Centro Operacional Amsterdam. 2010. INFORME FINAL DE LA EVALUACION DE MSF-OCA EN EL SAN SALVADOR

los hallazgos en las comunidades y asociaciones especializadas, en la capacitación con las y los proveedores de servicios, y usarlos como referente para diseñar estrategias de promoción de los programas.

El “Modelo de Atención Integral centrado en las Víctimas/Sobrevivientes de la Violencia Sexual” promovido por el UNFPA en El Salvador, incorpora aspectos conceptuales y principios a considerar en la atención integral que se brinda a las mujeres ante la VS. Fue elaborado en colaboración con los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Previsión Social, la Corte Suprema de Justicia, la Procuraduría General de la República, la Fiscalía General de la República (FGR), la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, la Policía Nacional Civil, la Secretaría de Inclusión Social/Ciudad Mujer, el Instituto de Medicina Legal, la Unidad Técnica Ejecutiva del Sector Justicia, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia, el Fondo Solidario para la Salud, la Alcaldía Municipal de Soyapango y varias organizaciones de la sociedad civil.¹² El Modelo incluye dentro de sus características, la atención con calidad basada en los derechos humanos y en los derechos sexuales y reproductivos, y asume que: *“Los servicios integrales deben atender con calidad, como una condición básica para promover la recuperación integral de la víctima. Si bien los aspectos técnicos son importantes para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva, no hay duda que una buena relación entre el proveedor/a y la víctima, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida el logro de resultados*

*exitosos.”*¹³

Cabe destacar que UNFPA firmó un convenio interinstitucional para la ejecución del Modelo, cuyos objetivos se centran en: i) Contribuir a generar una respuesta coordinada intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial de atención integral y especializada a las mujeres ante la violencia sexual, ii) Garantizar la restitución del ejercicio de sus derechos, iii) Anular riesgos o daños ulteriores de salud sexual y reproductiva, procurando el fiel cumplimiento de la normativa técnica y legal. Este convenio es resultado de cinco experiencias de coordinación en las ciudades de Suchitoto, Mejicanos, Santa Tecla, Santa Ana y San Miguel.

De igual forma, en el marco de la implementación del Modelo se diseñaron los “Procedimientos de Atención Integral a las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual” que incluyen tres tomos: i) Atención Psicosociolegal a las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual; para uso de los equipos multidisciplinarios de psicología y trabajo social de las instituciones, ii) Atención a la Salud de las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual; para el Ministerio de Salud y el Fondo Solidario para la Salud; y iii) Atención Médico Legal a las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual; para uso del Instituto de Medicina Legal. (UNFPA, 2011)¹⁴

Este Estudio, sirviendo de complemento a investigaciones anteriores y como parte del proceso de implementación del Modelo, intenta proveer información que fortalezca las estrategias de aseguramiento de

¹² UNFPA. SALUD Y JUSTICIA PARA MUJERES ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL EN CENTROAMÉRICA. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/EI%20Salvador%20-AECID%202011/Mirada-Completa-Violencia.pdf>

¹³ Modelo de Atención Integral centrado en la Víctima de Violencia Sexual. Fondo de Población de las Naciones Unidas, El Salvador, 2010.

¹⁴ UNFPA. SALUD Y JUSTICIA PARA MUJERES ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL EN CENTROAMÉRICA. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/EI%20Salvador%20-AECID%202011/Mirada-Completa-Violencia.pdf>

calidad de los servicios, el trabajo interinstitucional en el marco del Convenio y la implementación de los procedimientos de atención elaborados.

1.2. Objetivos del Estudio

Objetivo general

Analizar la situación de los servicios de atención a la VS, que participan en la experiencia piloto de implementación del Modelo integral diseñado por el UNFPA y socios nacionales en las áreas geográficas seleccionadas en El Salvador.

Objetivos específicos

- Examinar las políticas que influyen en los procesos, las estructuras y los resultados de los servicios de atención a la VS seleccionados.
- Describir los contextos organizacionales de las respuestas sectoriales a la VS, la oferta de servicios, así como, las características de las unidades de atención seleccionadas.
- Identificar avances, oportunidades y retos de los contextos organizacionales, los procesos y las estructuras de los servicios estudiados y sus implicaciones en el acceso y el ejercicio de los derechos de las VS.

Se espera que el Estudio promueva el análisis de la situación y calidad de los servicios desde una perspectiva multinivel e intersectorial, aumentando la capacidad y la colaboración de las organizaciones y proveedoras(es) de servicios para mejorar su desempeño. Asimismo, se prevé que sus resultados servirán para que los equipos de servicios de VS y los equipos de calidad de las organizaciones participantes en el Modelo, identifiquen prioridades y estrategias dirigidas a consolidar las fortalezas y avances; al tiempo que

se enfrentan los retos que tiene los servicios en la actualidad.

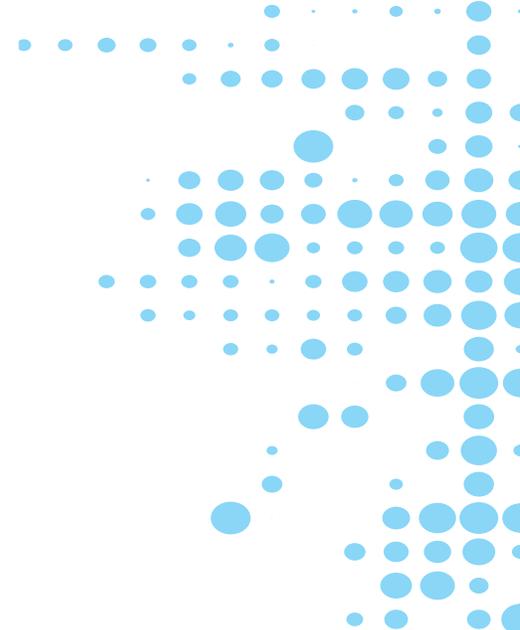
1.3. Organización del Estudio

El Estudio fue coordinado por Ipas y la Oficina del UNFPA en El Salvador y contó con un equipo de investigación compuesto por una investigadora regional que diseñó el protocolo de investigación y apoyó técnicamente al equipo de investigación, y un equipo de expertas de la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA), organización con amplia experiencia de trabajo en incidencia política, promoción del acceso a la justicia y el desarrollo local y nacional, desde un enfoque de derechos humanos. ORMUSA coordina el Observatorio de la Violencia de Género contra la Mujer en El Salvador.

El equipo de investigación en El Salvador revisó y adaptó los instrumentos de recolección de datos, ajustándolos a las características del país y al lenguaje local, en consulta con la investigadora regional, para asegurar la comparabilidad con los estudios de los otros países participantes y el uso de los mismos conceptos. Esto permitió mejorar su comprensión y manejo de información, principalmente los instrumentos para gerentes de servicios, el flujograma de atención y la compilación de documentos.

La Oficina de País del UNFPA y la investigadora nacional presentaron el Estudio, previo a su implementación, a las instancias pertinentes a través de cartas y reuniones. Se sostuvo una reunión en abril de 2011 con representantes del MINSAL, Escuela de Capacitación Fiscal (ECF), Unidad Técnica Ejecutiva del Sector Justicia (UTE), ISDEMU, FOSALUD y Colectiva Feminista en la que se socializó un resumen del protocolo de la investigación y se recibió retroalimentación sobre

la metodología y el proceso de coordinación con las autoridades pertinentes para la recolección de los datos.



Definición de violencia sexual de la Organización Mundial de la Salud (2003)

“Cualquier acto sexual, intento para obtener un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o actos para traficar, o de otra manera dirigido, en contra de la sexualidad de la persona por medio de coerción, por cualquier persona sin importar su relación a la víctima, en cualquier lugar, incluyendo pero no limitado al hogar o el trabajo.”

OMS. (2003). Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. Ginebra.

2. Marco conceptual¹⁵

Para los fines del Estudio se tomó como referencia definiciones de calidad de los servicios establecidos por algunos autores en los sectores de salud y justicia. En salud se define como el *“Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente.”*¹⁶ En el ámbito judicial: *“La calidad del servicio de justicia debe ser concebida como la capacidad de satisfacer las necesidades del justiciable, teniendo como sustento principal el reconocimiento de sus derechos.”* (Gamboa, Agustín, 2005)¹⁷. De

¹⁵ Esta sección es un resumen de: Luciano, D. Calidad de los servicios de atención a la violencia sexual seleccionados en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Protocolo de investigación. IPAS y UNFPA. Febrero de 2011.

¹⁶ Ross Anna, Zeballos José e Infante, Alberto. La calidad y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

¹⁷ Gamboa, Agustín. (2005). La gestión de calidad en el ámbito judicial. http://www.unidosjusticia.org.ar/archivo/GAMBOA_Gestion_Calidad_%20Judicial.pdf

estas definiciones se desprenden dos aspectos pertinentes para esta investigación:

- La calidad hace referencia a las **características** que los servicios deben poseer, acorde con la evidencia disponible, los estándares de derechos humanos (DDHH), y las perspectivas de las usuarias (os).¹⁸
- La calidad está íntimamente vinculada a la **capacidad resolutive** de los servicios ya que éstos deben responder a las necesidades, expectativas y DDHH de las y los usuarias (os). En este sentido, la calidad involucra conocer estas necesidades y expectativas y las vías a través de las cuales deben ser satisfechas.

Asimismo, el **acceso** es un elemento esencial de la calidad ya que la mera existencia de servicios no asegura que los mismos vayan

¹⁸ McQuestion, Michael. (2006). Quality of Care. John Hopkins University. USA

a ser utilizados. Varios estudios han mostrado que la demanda de servicios tiende a incrementar cuando la calidad de los mismos aumenta. (McQuestion, M. 2006)

La calidad no solo involucra las operaciones y procedimientos clínicos, judiciales, policiales o de atención psicosocial, sino también las dimensiones interpersonales (socioemocional), la disponibilidad/accesibilidad, y el impacto de los mismos en la eliminación de la VBG/VS y el ejercicio de los derechos de las VSVS y de las mujeres en general, a vivir una vida libre de violencia.

Estas características y la capacidad resolutoria de los servicios, tradicionalmente son evaluadas a través del examen de tres dimensiones de la calidad identificadas por Avedis Donabedian: i) La **estructura**, es decir los atributos del lugar en que prestan los servicios, el agregado de todos los recursos involucrados en la producción de los servicios, entre los que se incluyen los aspectos físicos (planta física, equipos), el personal (calificación, capacitación), materiales, reglas, manuales, estándares y recursos financieros, entre otros; ii) Los **procesos** representan las distintas actividades involucradas en la producción de la atención en salud, justicia y otros sectores; y iii) Los **resultados** (outcomes) que constituyen los productos finales del proceso de atención. (OPS/OMS)¹⁹ Los resultados aluden al impacto de la atención en el problema que se intenta atender, e identificando, en este caso, los progresos en el acceso de las VSVS a los servicios integrales.

El contexto (estructura) en que se ofrecen los servicios afecta los procesos y los resultados a través de muchas vías. Por ejemplo, si las instalaciones del servicio no son apropiadas es posible que las VSVS

no asistan a los mismos, al tiempo que las y los proveedores podrían no estar motivados para realizar un buen trabajo. Dado que uno de los propósitos centrales del Modelo integral de atención a la VS en El Salvador es mejorar el acceso a servicios, es necesario evaluar la disponibilidad de la oferta necesaria y oportuna para proveerlos; así como la identificación activa y la eliminación de las barreras económicas, culturales, legales e institucionales que impiden que las VSVS puedan utilizar dichos servicios de acuerdo a sus necesidades. En este sentido, el enfoque de la calidad se centra en el acceso universal del derecho a atención de alta calidad. Cuando los servicios de atención a la VS no responden adecuadamente, se produce un círculo vicioso en el que predomina una baja cobertura de los servicios y una pobre continuidad de la atención.

Las dimensiones de la calidad (estructura, proceso y resultados) incorporan a su vez, componentes transversales que promueven la igualdad y equidad de género: efectividad, eficiencia, eficacia, equidad y participación social.

- La **efectividad** consiste en la medición del grado en que una forma eficaz de intervención puede aplicarse o ponerse a disposición de todos los miembros de un grupo definido que podría resultar beneficiado. (OPS/OMS) Preguntas frecuentes relativas a la efectividad incluyen: ¿La oferta de servicios aborda las necesidades y problemas más importantes que enfrentan las VSVS? ¿Integra servicios curativos, preventivos, de protección a las VSVS, la recolección de evidencia legal? ¿Cuál es la cobertura de los servicios?

- La **eficacia** es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos

¹⁹ OPS/OMS. Glosario de Calidad en salud. s/f

o insumos necesarios. Consiste en determinar objetivamente que una forma de intervención es más útil y beneficiosa, que inútil o perjudicial para alcanzar la finalidad preconizada, o que es más eficaz que el tipo de intervención que reemplazará, o que en realidad es mejor que no hacer nada. (OPS/OMS).

- La **eficiencia** consiste en la medición del grado en que se puede alcanzar un nivel determinado de efectividad, con un costo mínimo de personal, de recursos y fondos. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo. (OPS/OMS). Al analizar la eficiencia se indagan aspectos como la racionalización del suministro de medicamentos, uso de la información de manera rutinaria en la toma de decisiones, monitoreo de los costos, entre otros.

- La **equidad** se centra en examinar la provisión de servicios a las personas que menos acceso tienen a través de mecanismos para eliminar barreras económicas, culturales, geográficas u otras que restringen el acceso. **Los servicios pueden ser eficientes sin ser equitativos pero solo un servicio efectivo puede ser equitativo.** La equidad desde la perspectiva de género significa justicia en la distribución del poder y los recursos sociales de acuerdo con las necesidades diferentes de los distintos grupos sociales.²⁰ En el caso de las VSVS esto implica eliminar las barreras que impiden el acceso a todos los servicios neceser y beneficiarse de las políticas públicas que dan respuesta a la VS.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Género y Salud: Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en la Salud.2009. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2820&Itemid=2224

- La **participación social** consiste en el ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los factores y procesos que afectan su desarrollo, bienestar y salud tanto a nivel individual como colectivo. Involucra la capacidad para tomar decisiones y llevarlas a la práctica en contextos donde esa capacidad ha sido negada. (OPS/OMS, 2009)²¹

Como señala María Isabel Matamala (1998) una atención de calidad en salud debe resolver el motivo de la consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias; al tiempo que potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos.²²

El Estudio propone evaluar la calidad de los servicios a través del examen de las siguientes dimensiones: i) el contexto de políticas públicas que moldea la oferta de servicios de VS, ii) el contexto organizacional y características de las unidades de los servicios (estructura y procesos), iii) los resultados/impacto en el acceso a servicios y ejercicio de los derechos de las VSVS. Dadas las limitaciones del tipo de estudio y de las fuentes de información, el Estudio no analiza el impacto de las políticas públicas, el contexto organizacional y las características de los servicios, sino que evalúa los avances, retos y oportunidades para ampliar el acceso a servicios y ejercicio de los DDHH de las VSVS. Asimismo, debido a las restricciones de tiempo y recursos financieros no se incluyó el análisis de perspectivas de las usuarias de los servicios ni de los miembros de la comunidad aunque se reconoce que el conocimiento sobre las mismas es de vital importancia para

²¹ OPS/OMS. (2009). Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. Washington DC.

²² Maria Isabel Matamala, "Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services", *Reproductive Health Matters* 6, no. 11 (1998): 10-21.

examinar la situación y calidad de los servicios de VS.

En la siguiente gráfica se presentan las dimensiones de calidad abordadas en el Estudio.



3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

Este estudio es de carácter descriptivo y se centra en evaluar las dimensiones de la situación y calidad de los servicios seleccionados de atención a la VS de los sectores de salud y justicia en los niveles de políticas públicas, el contexto organizacional y las características de las unidades de dichos servicios.

3.2. Unidades de análisis y muestras

Las unidades de análisis del Estudio fueron:

- Las **unidades de servicios** de la FGR, hospitales del MINSAL y el Instituto de Medicina Forense (IML) que ofrecen atención a la VS, en el marco de la implementación

del Modelo integral de atención a la VS, diseñado por el UNFPA en colaboración con socios nacionales.

- **Proveedores y gerentes de las unidades de servicios seleccionados.** En total se entrevistaron 40 personas, de las cuales el 67.5% (27/40) eran mujeres y el 32.5% (13/40) hombres. El 52.5% (21/40) de las entrevistas se aplicaron al personal de salud, y el 47.5% (19/40) al del sector justicia, con 9 entrevistas al personal de la FGR y 10 del IML.

En cuanto a las muestras, la selección de las unidades de servicios se basó en la lista de instituciones que ofrecen atención a la VS en el marco de la implementación del Modelo integral de atención a la VS en la capital San Salvador y los municipios La Libertad, Santa Ana, Santa Tecla, San Miguel, San Vicente, Cuscatlán y Sonsonate.

Cantidad de entrevistas realizadas según sector

Sector	Sexo de entrevistadas (os)		Total
	Mujeres	Hombres	
Justicia			
FGR			
San Miguel Cojutepeque, Cuscatlán Santa Ana Santa Tecla, La Libertad Mejicanos, San Salvador	6	3	9
Instituto de Medicina Legal: Santa Tecla, San Miguel, Santa Ana, San Salvador y San Vicente.	3	7	10
Ministerio de Salud			
Hospital San Rafael -Santa Tecla, La Libertad)			
Hospital Juan de Dios -San Miguel			
Hospital Nacional de Suchitoto -Cuscatlán			
Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" – Cojutepeque, Cuscatlán	18	3	21
Hospital Nacional Zacamil - Mejicanos, San Salvador			
Hospital Nacional Dr. Jorge Mazzini Villacorta -Sonsonate			
Hospital Nacional de San Juan de Dios -Santa Ana			
Total	27	13	40

La muestra de proveedoras (es) y gerentes fue no probabilística, escogiendo informantes clave de unidades que ofrecen servicios de VS en los sectores y áreas geográficas seleccionados.

Cabe destacar que el sector seguridad (policía) fue incluido inicialmente entre las unidades de análisis del Estudio, sin embargo, las entrevistas no pudieron llevarse a cabo en el período de tiempo establecido para la recolección de datos debido a la extensión para obtener autorización por parte de las instancias correspondientes en dicho sector.

3.3. Variables e instrumentos de recolección de datos

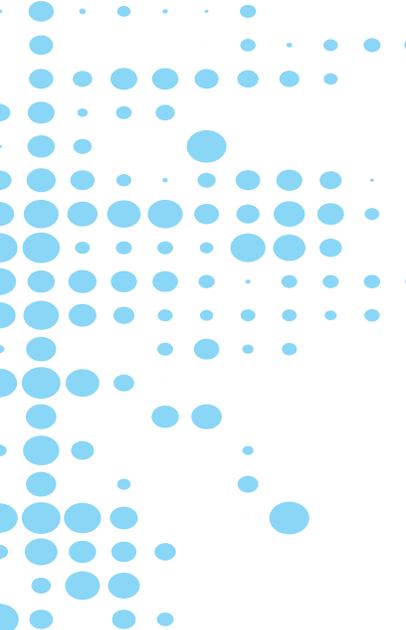
Las variables seleccionadas corresponden a tres dimensiones de la calidad: i) políticas públicas y dimensiones de la VS, ii) características de las unidades de los servicios en relación con sus estructuras y procesos; y iii) oportunidades y retos de

los servicios seleccionados para asegurar servicios de atención a la VS de alta calidad.

Los instrumentos de recolección de datos han sido elaborados utilizando distintas fuentes de información y referentes técnicos que establecen parámetros para la oferta de servicios de atención a la VS en los sectores de salud, justicia y seguridad. Estos son:

- Intercambio con representantes de UNFPA LACRO en El Salvador, sobre las necesidades de información que el Estudio cubriría, realizado a través de entrevistas telefónicas.
- ¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. (Ipas y UNFPA, 2006).²³
- Referencias de atención y medición desarrolladas por

²³ Troncoso E; Billings D; Ortiz O; Suárez C. (2006) ¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Ipas, UNFPA. Chapel Hill, NC.



distintas organizaciones: Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, USAID, el Grupo de Trabajo Interagencial de Género (IGWG por sus siglas en inglés), Population Council, Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la Asociación Americana de Psicología, y el Banco Mundial.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados en el Estudio fueron los siguientes:

a. Guía de análisis contextual.

Se utilizó para recabar información sobre la magnitud y características de la VS, las respuestas sectoriales incluyen el marco legal, los compromisos internacionales relacionados con la VS de los que el país es signatario, la inversión pública sectorial, y la participación sectorial, incluyendo de la sociedad civil.

b. Análisis de la Ruta Crítica/Flujograma de atención que siguen las VSVS.

Utilizando el diagrama descrito en el Modelo de Atención Integral que ha sido diseñado en el país, las y los proveedores(as) describieron los retos/dificultades que enfrentan las usuarias cuando acuden a los mismos.

c. Cuestionario a proveedores (as) y gerentes de servicios.

Este instrumento incluyó preguntas sobre la estructura y los procesos de los servicios.

d. Guía de identificación y descripción de los servicios de salud y justicia.

Incluyó las características generales de los servicios, evaluación del espacio de prestación de servicios, composición de la oferta, los recursos humanos, la dotación de

insumos, equipos y materiales.

e. Guía para análisis de formularios de registro y materiales educativos.

En el análisis de los formularios de registro se examinó la inclusión de variables relacionadas con las características socio demográficas de la VS y del agresor, tipologías de VS que se registran, registro de lesiones, denuncias previas, datos de la institución receptora de la denuncia/caso. Por su parte, el instrumento de análisis de los materiales educativos, integró variables sobre los temas y los medios de disseminación (folletos, carteles, stickers).

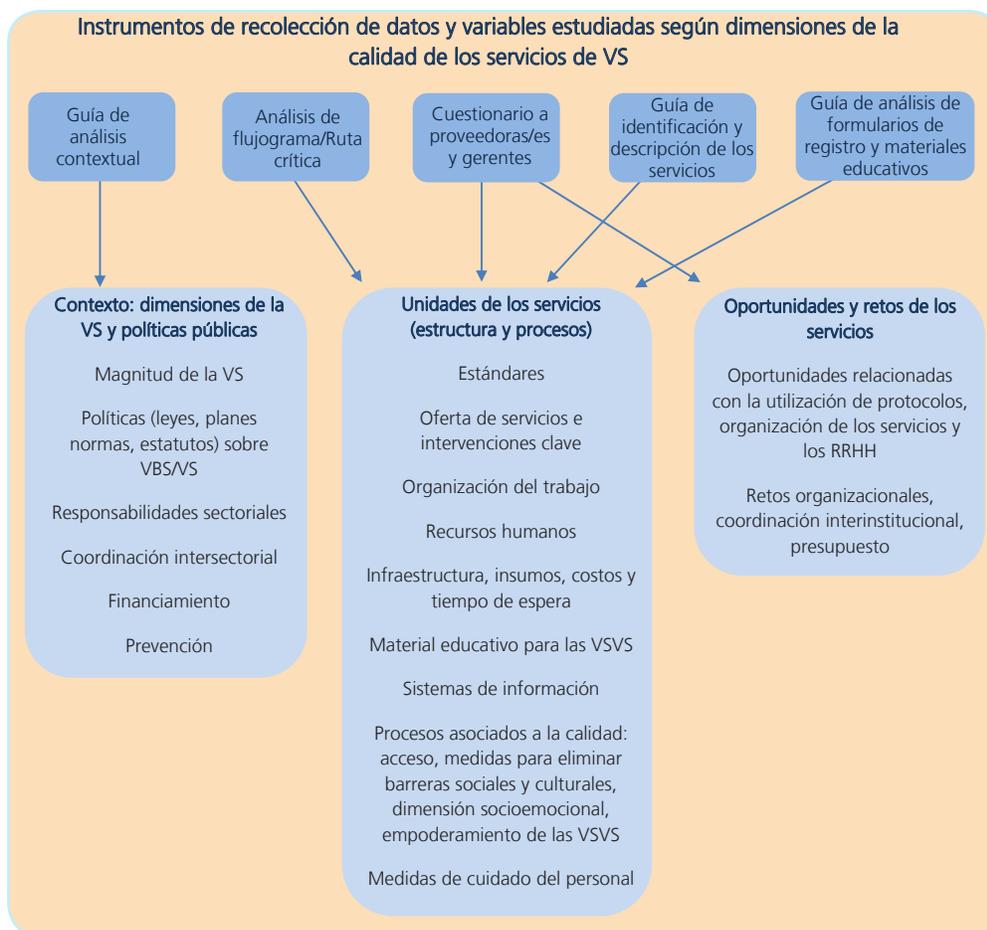
Los cuestionarios para proveedoras (es) y gerentes fueron aplicados por las investigadoras mediante entrevista personal, mientras que el análisis de la Ruta Crítica/Flujograma de atención fue auto administrado por las y los entrevistadas (os), una vez concluida la aplicación del cuestionario.

La guía de análisis de contexto, la guía de identificación y descripción de los servicios, y la guía de análisis de formularios y materiales educativos fueron cumplimentadas por las investigadoras. Los instrumentos estuvieron acompañados de un formulario de consentimiento informado y fueron implementados previa autorización otorgada al UNFPA en El Salvador por parte de las autoridades pertinentes en cada institución.

Las preguntas abiertas se codificaron una vez registradas todas las respuestas de las y los entrevistados. Se designaron categorías (temas, aspectos) a partir de los patrones generales de respuesta, las cuales posteriormente se enlistaron.

La recolección de datos se llevó a cabo en el período julio – agosto de 2011.

En la siguiente gráfica se presentan las variables e indicadores seleccionados y los instrumentos de recolección de datos utilizados.



3.4. Consideraciones éticas²⁴

a. Anonimato, confidencialidad y privacidad del personal de servicios entrevistado.

Para asegurar la confidencialidad y el anonimato se siguieron los siguientes procedimientos estándares: i) envío de los cuestionarios y datos recolectados a la mayor brevedad a Ipas, una vez concluida la fase de recolección, ii) manejo de bases de datos del estudio solo por la investigadora principal del Estudio, y iii) las entrevistas se llevaron a cabo en espacios privados dentro de las organizaciones estudiadas.

b. El formulario de consentimiento describe: i) el

²⁴ Tomado de: Luciano, D. Calidad de los servicios de atención a la violencia sexual seleccionados en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Protocolo de investigación. Ipas y UNFPA. Febrero de 2011.

propósito del estudio, ii) qué significa la participación en el estudio, iii) cómo se mantendrá la confidencialidad, iv) el derecho a rehusar la participación sin perjudicar su trabajo en la institución, v) el derecho a rehusar contestar preguntas específicas durante la entrevista, y vi) el derecho a interrumpir la participación en cualquier momento.²⁵

c. Capacitación del equipo de investigación. Las investigadoras de país recibieron capacitación en el manejo de los instrumentos de recolección de datos y en aspectos conceptuales que sustentan el Estudio, a fin de asegurar la

²⁵ Skinner T., Hester M., and Malos E. Methodology, feminism and gender violence. In Researching gender violence. Willian Publishing, Oregon, USA.



confiabilidad de la información.²⁶ Igualmente, se ofreció apoyo técnico en el desarrollo del trabajo de campo.

d. Los beneficios del Estudio previstos para las organizaciones participantes, proveedoras(es) de servicios y las(os) usuarias incluyen:

i) mejora de los servicios existentes, ii) identificación de necesidades de capacitación y supervisión del personal, y iii) utilización de los resultados para informar a la comunidad y favorecer el trabajo colaborativo entre las instituciones participantes en la implementación del Modelo Integral.²⁷

e. Conocimiento adecuado sobre la naturaleza y alcance del

Estudio por parte de los servicios seleccionados y el personal de investigación.

Las oficinas de país del UNFPA apoyaron a las investigadoras de país en la presentación y discusión del Estudio con las autoridades competentes en cada sector.

Las entrevistas fueron acompañadas de un folleto descriptivo que explica los antecedentes del Estudio, objetivos, metodología, sus beneficios para las instituciones, las y los proveedores(as) y gerentes de servicios, las comunidades y las mujeres VSVS. También detalla las actividades a desarrollar una vez concluida la investigación.

²⁶ Ellsberg, M. and Heise, L. (2005). Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. World Health Organization and PATH. Washington .DC.

²⁷ Greeson M and Campbell R. (2008). Step-by-Step Practitioner Toolkit for Evaluating the Work of Sexual Assault Nurse Examiner Programs in the Criminal Justice System. US Department of Justice.

4. Resultados

4.1. Situación de la violencia sexual, políticas públicas y responsabilidades sectoriales

4.1.1. Dimensiones del problema

En América Latina y el Caribe la información disponible sobre VS adolece de serias limitaciones lo que impide conocer las dimensiones del problema y, El Salvador no escapa a esta realidad. Sin embargo, a pesar de las deficiencias, la información tanto de los registros administrativos como de encuestas grafican su importancia para el desarrollo del país, la defensa y promoción de los derechos humanos y el logro de la igualdad de género. A nivel nacional, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL, 2008), el 3 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas, reportó que sufrió con VS por parte de

un esposo o compañero de vida actual o anterior. El 9 por ciento de todas las mujeres entrevistadas en la encuesta (incluyendo las solteras) reportó violación sexual con penetración y el 10 por ciento, abuso sexual sin penetración. En cuanto a la edad que tenían cuando fueron violadas con penetración por primera vez, más de la mitad reportó que fue antes de cumplir los 20 años, incluyendo una de cada 4, antes de los 15 años de edad. Por otra parte, entre las mujeres que reportaron violación sexual sin penetración, la mitad mencionó que la primera vez ocurrió antes de los 15 años de edad, incluyendo una de cada 5, antes de los 10 años.²⁸

En esta misma encuesta, entre las mujeres que experimentaron violencia física o sexual durante el último año, el 72 por ciento le contó

²⁸ Asociación Demográfica Salvadoreña. 2009. Encuesta Nacional de Salud Familiar – 2008 (Informe resumido) <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/resumido/09-ViolenciaMujer.htm>

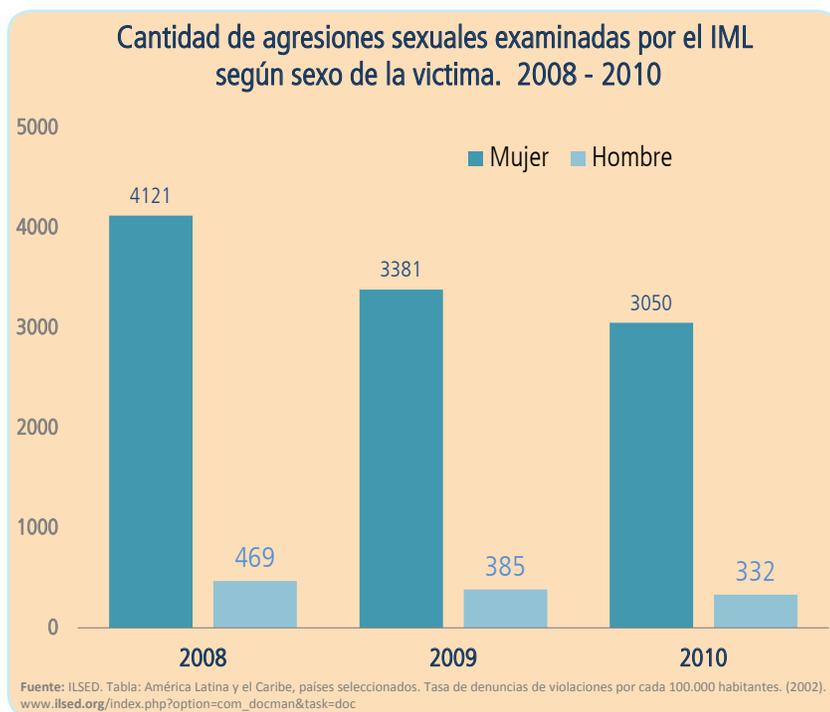
a alguien de la familia, a un (a) amigo (a) o a una persona conocida sobre la situación y el 36 por ciento buscó asistencia de alguna institución u organización. Entre las mujeres que experimentaron violencia física o sexual durante los últimos 12 meses, el 36 por ciento buscó ayuda de alguna institución u organización. Las fuentes de asistencia que más buscaron fueron la Policía Nacional Civil (20 por ciento), el Juzgado de Familia (14 por ciento), alguna iglesia (13 por ciento), el Juzgado de Paz o un hospital/servicio de salud (alrededor del 7 por ciento en cada institución).

La búsqueda de asistencia o ayuda de alguna institución u organización fue mayor en las áreas urbanas (39 por ciento) en comparación con las rurales (32 por ciento), entre las mujeres de 35 ó más años de edad (42 por ciento) y entre las mujeres separadas, viudas o divorciadas (47 por ciento). Un tercio de las mujeres con abuso sexual (34 por ciento) y poco menos de la mitad (43 por ciento) que tuvo sexo forzado, no buscó ayuda por miedo a represalias. Otras respuestas con alguna frecuencia considerable fueron: que tenían vergüenza, que no sabían dónde acudir o pensaron que no les iban a creer. (FESAL, 2008)

Según la Procuraduría General de la República (PGR), del total de solicitudes recibidas por violencia de género y violencia intrafamiliar, en el 2009 y 2010 el 21% (232/1106) y el 50% (203/406) correspondió a casos de incluían la VS dentro de las manifestaciones ncia declaradas.^{29, 30} Según la Oficina de las Naciones Unidas de la Droga y el Crimen (UNODC, por sus siglas en inglés),

la tasa de violaciones sexuales en El Salvador en el 2008 fue de 18 por cada 100,000 habitantes.³¹ En el 2010, el MINSAL reportó 1,465 personas detectadas por violencia intrafamiliar (VIF), mientras que de los casos de reconocimientos de agresiones sexuales realizados por el Instituto de Medicina Legal durante el período 2008-2010, de manera consecutiva cada año, nueve de cada diez de las víctimas eran mujeres.

En el año 2010, según estadísticas de la Policía Nacional Civil (PNC) 580 mujeres fueron asesinadas. Indica el Observatorio de la Violencia de Género contra la Mujer que la mayoría de estas muertes fueron anteceditas de agresiones sexuales, consumadas con arma de fuego; muchos fueron cometidos con extrema crueldad, ya que algunos cuerpos fueron cercenados y abandonados en la vía pública.³²



²⁹ Procuraduría General de la República. Unidad Defensa de la Familia, Niñez y Adolescencia. Informe Estadístico de Violencia de Género/Violencia Intrafamiliar. Consolidado Nacional 2009. El Salvador.

³⁰ Procuraduría General de la República. Unidad Defensa de la Familia, Niñez y Adolescencia. Informe Estadístico de Violencia de Género/Violencia Intrafamiliar. Consolidado Nacional 2010. El Salvador.

³¹ UNODC. United Nations Survey of Crime Trends and Operations of Criminal Justice Systems (UN-CTS). <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/crimedata.html>

³² Boletina ORMUSA. Enero 2010. http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/boletinas/2010_12_BOLETINA_VG.pdf

4.1.2. Marco legal y planes nacionales

El Salvador cuenta con instrumentos de políticas públicas que establecen tipologías específicas de VS, sanciones, medidas para la reparación de daños, defensa de los derechos de las víctimas y la prevención de la VS. Las distintas leyes incorporan la mayoría de las tipologías de VS establecidas por la OMS (2003), con excepción de la violación sistemática en situaciones de conflicto armado.³³

Cabe destacar que en cuanto a la violación en el matrimonio, no hay persecución y sanción de este delito. A la fecha, no se han logrado condenas de agresores que sean cónyuges de las mujeres a quienes han violentado, ya que al identificarse que es el cónyuge, generalmente se realiza el proceso por la Ley contra la Violencia Intrafamiliar, la cual es carácter administrativo.

Tipologías de VS incluidas en el marco legal salvadoreño

Tipología	Ley (es) que la incorporan
a. Violación en el matrimonio	<ul style="list-style-type: none"> • Ley contra la violencia intrafamiliar (1996), Artículos 2,3 y 6³⁴ • Código Penal, 1998 • Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2010), vigente a partir del 01 de Enero del 2012
b. Violación en citas amorosas	<ul style="list-style-type: none"> • Código Penal, 1998 • Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres (2010). <p>Esta forma de VS no está explícitamente indicada en las leyes analizadas, sin embargo, las estipulaciones en estas dos leyes sirven de base para la sanción de este delito.</p>
c. Violación sistemática durante conflictos armados	No está explícitamente incluida en las leyes existentes en el país a la fecha.
d. Insinuaciones, o el acoso, no deseadas de carácter sexual, incluyendo la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores	<ul style="list-style-type: none"> • Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres (2010). • Código Penal, 1998 • Ley de la Carrera Docente (1996)
e. Abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas	<ul style="list-style-type: none"> • Código Penal, 1998 • Ley contra la violencia intrafamiliar (1996)
f. Abuso sexual de menores de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres (2010). • Código Penal, 1998 • Ley de la Carrera Docente (1996) • Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 839 (2009) • Ley contra la violencia intrafamiliar (1996)
g. Matrimonio o la cohabitación forzada	<ul style="list-style-type: none"> • Ley contra la violencia intrafamiliar (1996), Artículos 2,3 y 6³⁴ • Código Penal, 1998³⁵
h. Matrimonio de menores de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 839 (2009)
i. Actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres (2010). • Código Penal, 1998
j. Prostitución forzada	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 839 (2009) • Código Penal, 1998
k. Trata de personas con fines de explotación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto No. 839 (2009) • Código Penal, 1998

Las tipologías incluidas en este cuadro corresponden a las establecidas por la OMS (2003), en el Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. Ginebra.

³³ En términos de acuerdos internacionales relativos a la igualdad de género, El Salvador no ha ratificado el Protocolo facultativo de CEDAW. Ver "Lista de signatarios y Estados Parte del Protocolo Facultativo de la CEDAW" http://www.iwraw-ap.org/PFCedawEspanyol/estados_parte.htm Asimismo, tampoco ha ratificado el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional 1998

³⁴ No se considera en esta ley que

el matrimonio forzado sea una tipología de persecución, sin embargo en el Código de Familia, esta expresado que si la joven está embarazada, es motivo para autorizar el matrimonio. Sobre esto, el Comité de Derechos de la Niñez ha establecido un llamamiento hacia el Estado, para derogar esta norma.

³⁵ No se establece como un tipo penal, lo que castiga es la bigamia, y los matrimonios ilegales.

Las sanciones de estas formas de VS varían según tipo de delito, perfil de sus ejecutores y edad de la víctima. La Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2010) vigente a partir de enero de 2012, establece que: *“Quien le causare la muerte a una mujer mediando motivos de odio o menosprecio por su condición de mujer, será sancionado con pena de prisión de veinte a treinta y cinco años cuando ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias: d) Que previo a la muerte de la mujer el autor hubiere cometido contra ella cualquier conducta calificada como delito contra la libertad sexual.”*³⁶ Igualmente, la Ley Penal Juvenil (1994) Art. 59 -c establece que admiten conciliación todos los delitos o faltas, excepto los delitos relativos a la libertad sexual.³⁷

El Código Penal (1998) establece definiciones y penas para los siguientes delitos:

- **Acceso Carnal.**

Artículo. 159-. *“El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con menor de quince años de edad o con otra persona aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de catorce a veinte años.”*³⁷

- **Agresión sexual en menor e incapaz.**

Art. 161.- *“La agresión sexual realizada con o sin violencia que no consistiere en acceso carnal, en menor de quince años de edad o en otra persona, aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de ocho a doce años. Quien mediante engaño coloque en estado de inconsciencia a la víctima o la incapacite para resistir, incurrirá en*

la misma pena, si realiza la conducta descrita en el inciso primero de este artículo. Si concurriere cualquiera de las circunstancias señaladas en el inciso segundo del artículo anterior, la sanción será de catorce a veinte años de prisión.”

- **Estupro.**

Art. 163.- *“El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal mediante engaño, con persona mayor de quince y menor de dieciocho años de edad, será sancionado con prisión de cuatro a diez años.”*

- **Acoso sexual.**

Art. 165.- *El que realice conducta sexual indeseada por quien la recibe, que implique frases, tocamiento, señas u otra conducta inequívoca de naturaleza o contenido sexual y que no constituya por sí sola un delito más grave, será sancionado con prisión de tres a cinco años. El acoso sexual realizado contra menor de quince años, será sancionado con la pena de cuatro a ocho años de prisión. Si el acoso sexual se realizare prevaliéndose de la superioridad originada por cualquier relación, se impondrá además una multa de cien a doscientos días multa.”*

Asimismo, el Art. 46 5 del Código Penal impone pena de terapia en casos de VS: *“La pena de terapia, será establecida como pena accesoria en los delitos relativos a la libertad sexual, previo examen pericial.”* En el Art. 61-A define operacionalmente la pena de terapia de la siguiente forma: *“La pena de terapia consiste en la asistencia sistemática a sesiones de apoyo reeducativo psicossocial, individuales o grupales, con profesionales que ayuden al condenado a la modificación de patrones violentos de conducta.”*³⁸

El marco jurídico salvadoreño establece también medidas relacionadas con el sector educativo tanto para penalizar el abuso sexual ejecutado por educadores, como también para la prevención del abuso sexual a través de la

³⁶ Ley Penal Juvenil (1994). Disponible en: <http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/c8884f2b1645f48b86256d48007011d2/230999f8b58fe9a806256d02005a3a02?OpenDocument>

³⁷ Ley Especial Integral para una vida libre de Violencia para las Mujeres, 2010 vigente desde enero de 2012. Disponible en: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-especial-integral-para-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres>

³⁸ Código Penal, 1998. <http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/ed400a03431a688906256a84005aec75/29961fcd8682863406256d02005a3cd4>

Instrumentos internacionales relacionados con la VS ratificados por El Salvador

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – “Carta Magna de las Mujeres” – Asamblea General de Naciones Unidas (1979) CEDAW Ratificada en 1981

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención Belem Do Para” – Organización de Estados Americanos (1994) Ratificada en 1995

Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en Pornografía 2000. Ratificado por D. L: N° 238 del 18 de diciembre de 2003 y publicado en D. O. N° 240 Tomo 361 del 23 de diciembre de 2003.

educación sexual. La Ley de la Carrera Docente (1996) impone sanciones para los educadores que acosen sexualmente o cometan actos contra la libertad sexual en contra de compañeros o compañeras de trabajo; alumnos o alumnas; padres o madres de éstos, dentro o fuera del centro educativo, entre las que se incluyen en el Artículo 60 -3 de dicha ley:

"También podrá ordenarse la suspensión en el desempeño del cargo, sin goce de sueldo por acosar sexualmente a compañeros o compañeras de trabajo; alumnos o alumnas; padres o madres de éstos, o cometer cualquier acto contra la

*libertad sexual de los mismos; siempre y cuando existan evidencias que permitan colegir, razonablemente, un riesgo actual o inminente en la supuesta víctima; 4) Por tener procesos pendientes en materia penal, relativos a actos contra la libertad sexual en contra de compañeros o compañeras de trabajo; alumnos o alumnas; padres o madres de éstos."*³⁹

Por su parte la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (2009) en el Art. 32, incorpora la salud sexual y reproductiva como un derecho de la niñez. Establece el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, por parte de sus padres o, en su defecto, por parte del Estado; el mismo que garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia, con el objeto de fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos.⁴⁰

4.1.3. Competencias sectoriales

Las responsabilidades sectoriales establecidas en el marco legal salvadoreño abordan diversas medidas consignadas en los estándares internacionales relativos a la sanción, prevención, y atención de VS. Sin embargo, se verifican vacíos importantes en orientaciones relacionadas

³⁹ LEY DE LA CARRERA DOCENTE (1996) http://www.oei.es/quipu/salvador/Ley_carrera_docente_reforma2006.pdf

⁴⁰ DECRETO No. 839. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 16 de abril 2009 http://www.google.com/sv?url?sa=t&source=web&cd=6&ved=0CDcQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.ute.gob.sv%2Futeweb%2Findex.php%3Fopcion%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D35%26Itemid%3D102&rct=j&q=lepina&ei=AC4vTuG0DYbqgQfW28Bz&usq=AFQjCNHPehA68iBAGwGae_lnekxXYErG3g&sig2=D85c_9zteuP3Cs2chTqhEA

Leyes y reglamentos que incorporan medidas sobre VBG/ VS en El Salvador

Leyes

- Código Penal (1998)
- Código Procesal Penal (2008)
- Ley contra la Violencia Intrafamiliar (1996).
- Ley Especial Integral para una vida libre de Violencia para las Mujeres, 2010 vigente desde enero de 2012
- Ley de protección integral de la niñez y adolescencia. (2009)
Decreto No. 839.16 de abril 2009
- Ley General de Educación (1996).
- Ley de Carrera Docente (1996)
- Ley del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (1996)
- Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra las Mujeres (2011)

Reglamentos y Normas

- Reglamento General del Instituto de Medicina Legal "Dr. Roberto Masferrer" (1990)
- Reglamento de Maternidad Segura.
Decreto No. 92 (2008).
- Norma de Promoción de la Salud.
Resolución Ministerial No. 238. (2008)
- Norma de Atención Integral al Adulto Masculino.
Resolución Ministerial 1687.
- Norma de Atención Integral para la persona Adulta mayor.
Acuerdo Ministerial 213
- Norma de Atención Integral en Salud a la Niñez.
Resolución Ministerial 1297
- Norma de Atención Integral en Salud de Adolescentes.

con la interrupción del embarazo en casos de violación, las visitas domiciliarias, el apoyo a las VSVS después del juicio para obtener compensación y restitución, el apoyo financiero para gastos médicos, de trámites asociados al proceso judicial, el seguimiento a las VSVS, la educación para cambiar percepciones sobre normas que refuerzan la VS, así como la falta de medidas para desarrollar herramientas de evaluación de riesgo aplicadas a respuestas interagenciales.

Sector salud.

Distintas políticas públicas en El Salvador establecen roles y responsabilidades del sector salud en torno a la VBG/VS con énfasis en la identificación de las VSVS, prevención, atención, vigilancia epidemiológica, denuncia de la VS, seguimiento y referencia. La Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2010) en su Artículo 23-5 establece que el MINSAL, será el responsable de:

a) *Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.*

b) *Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.*

c) *La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.*

d) *Garantizar la no discriminación de las mujeres en cuanto al acceso de los servicios de salud, así mismo, que el personal de salud no ejerza ningún tipo de violencia a las usuarias de los servicios, sin que anteponga sus creencias, ni prejuicios durante la prestación de los mismos.*

e) *Registrar estadísticamente casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio de salud pública.*

f) *Elaborar un informe anual relativo al número de mujeres que han sido atendidas e identificadas en situaciones de violencia, el cual se remitirá al Comité Técnico Especializado y al Sistema Nacional de Datos y Estadísticas.*

Además, debe garantizar el cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud, de las Normativas Internas en materia de procedimientos de atención para mujeres, así como, el conocimiento y acceso de las mismas a esos procedimientos.⁴¹

El Código Procesal Penal (2008) en su Artículo 265 impone además de la obligación de denunciar o avisar la comisión de los delitos de acción pública, en este caso, la VS, que: *“Los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás personas que ejerzan profesiones relacionadas con la salud, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté bajo el amparo del secreto profesional.”*

La Norma de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (Acuerdo Ministerial 213) establece que: *“En el establecimiento de salud se promueve la divulgación de los derechos sexuales de las personas adultas mayores, dar atención médica y psicológica a víctimas de violencia y abuso sexual.”* Por su parte, la Norma de Atención Integral al Adulto Masculino, Resolución Ministerial 1687, establece que en *“Entrevista individual con el adulto masculino: Prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, en la Visita Familiar, se identificarán los casos de violencia intrafamiliar y/o sexual, ejercidas por*

⁴¹ Ley Especial Integral para una vida libre de Violencia para las Mujeres, 2010 vigente desde enero de 2012. <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-especial-integral-para-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres>

el hombre y se notificará de inmediato a las instancias competentes. Se hará seguimiento al adulto masculino y se promoverá su participación en grupos de autoayuda de acuerdo a norma y guías de atención.”⁴²

Por su parte, la Norma de Atención Integral en Salud a la Niñez (Resolución Ministerial 1297) en el Capítulo V. Atención del niño (a) de 1 año a menor de 2 años plantea que: *“La atención del niño (a) de 1 año a menor de 2 años en el establecimiento de Salud relacionados con la violencia y con la violencia sexual, deberá ser de la siguiente manera: i) Consejería y orientación en prevención de accidentes en el hogar; ii) Búsqueda de signos de maltrato infantil y violencia intrafamiliar.”*⁴³

La Norma de Atención Integral en Salud de Adolescentes (Resolución Ministerial No. 2163), indica que en *“el componente de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, el personal de salud debe prevenir y detectar oportunamente situaciones de riesgo y atender los daños a SSR que enfrentan en su entorno, en los diferentes ámbitos familiar, comunitario, con la finalidad de detectar y referir a las autoridades competentes los casos de abuso y violencia sexual en adolescentes y atender a las víctimas de acuerdo a la Guía para la Atención de mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar. En el ámbito laboral el personal de salud debe de coordinar con el Ministerio de trabajo, la fiscalía, la PNC, los gobiernos municipales y otros para hacer respetar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes. Debe de impartir charlas sobre el marco legal que protege a las y los adolescentes de explotación sexual y comercial. En el establecimiento de salud se debe realizar evaluación clínica completa y llenado de ficha familiar, haciendo énfasis en la detección de casos de violencia intrafamiliar y sexual.”*⁴⁴

⁴² Norma de Atención Integral al Adulto Masculino. Resolución Ministerial 1687. http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/norma/Norma_atencion_adulto_masculino.pdf

⁴³ Norma de atención Integral en salud a la Niñez. Resolución Ministerial 1297. <http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/norma/NORMA%20DE%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20EN%20SALUD%20A%20LA%20NIÑEZ.pdf>

*Responsabilidad similar es también indicada en la Guía de atención de los principales problemas de salud de adolescentes (2003), en la que se señala que “el diagnóstico, detección y atención de casos de violencia, abuso sexual, así como con los casos de violación sexual, en la población adolescente, dentro de las formas de violencia sexual, se describen: el abuso sexual, la explotación sexual comercial y la violación sexual.”*⁴⁵

En términos de las responsabilidades que vinculan la VS y la salud sexual y reproductiva, el Decreto No. 92.- Reglamento de Maternidad Segura. (2008) en su Artículo 12 establece que: *“Las instituciones responsables de la implementación del Programa deberán proveer de forma integral los siguientes servicios: f) Atención a las víctimas de violencia y abuso sexual.”*⁴⁶ Igualmente, en la Guía técnica de Atención en Planificación Familiar (Resolución Ministerial No. 211 de 2009), se establece la provisión de la anticoncepción de emergencia posterior a una violación sexual, relación sexual imprevista, entre otros.⁴⁷ La oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a VSVS está incluida también en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011.⁴⁸ Asimismo, la Política Nacional de Salud, 2009-2014, 17 de febrero de 2010, establece en la estrategia N° 15 sobre Salud Sexual y Reproductiva, como línea de acción: *“la detección y atención integral a la mujer, niña, niño que sufra maltrato físico, psicológico o sexual.”*⁴⁹

⁴⁵ GUÍA DE ATENCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE ADOLESCENTES (2003). Elaborada en el año 2003. Capítulo XIV. Pág. 215 http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_problemas_salud_adolesc_PII.pdf

⁴⁶ Decreto No. 92.- Reglamento de Maternidad Segura. (2008) http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/reglamento/Reglamento_maternidad_segura.pdf.

⁴⁷ Guía técnica de Atención en Planificación Familiar. Resolución Ministerial No. 211. 2009. http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_planificacion_familiar.pdf

⁴⁸ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011. http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_nacional_de_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

⁴⁹ Política Nacional de Salud, 2009-2014, 17 de febrero de 2010. http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/Politica_nacional_de_Salud.pdf

Por su parte, la Guía de atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia Intrafamiliar y sexual para Hospitales del Segundo y Tercer Nivel incluye dentro de sus objetivos específicos: *"i) Proporcionar criterios y procedimientos técnicos unificados que faciliten el accionar de las y los trabajadoras/es de salud, a Mujeres y Personas Menores de Edad Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual; ii) Establecer Lineamientos para la prevención y atención que contribuyan a proporcionar una atención segura, accesible, y de calidad, bajo los principios de confidencialidad, equidad, igualdad y humanización de los servicios; iii) Proporcionar instrumentos de registro de casos para fortalecer el sistema de registro y de vigilancia epidemiológica de este problema de salud."*⁵⁰

El Ministerio de Salud, a través de su Programa de Atención Integral e Integrada a la Violencia en todos los Ciclos de Vida, ha creado en el año 2011 su norma técnica y administrativa. Además, ha desarrollado una serie de materiales divulgativos sobre la violencia dirigidos a todas las edades.

- Fiscalía General de la República. La Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República (2006) constituye el marco general que define las funciones de esta instancia y en el Artículo 32 describe sus atribuciones, las cuales aplican a la VBG/VS:

"1.-Intervenir en la investigación de los delitos desde que se tenga conocimiento de su comisión y efectuar las pesquisas necesarias para el esclarecimiento de los hechos;

2.-Aportar a los procesos judiciales las pruebas que existen sobre la circunstancias de comisión de los hechos delictivos;

3.-Prestar colaboración a las autoridades administrativas,

⁵⁰ Guía de Atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia Intrafamiliar y sexual para Hospitales del Segundo y Tercer Nivel. http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p2.pdf

Instrucciones Oficiales Autónomas y Municipales, en relación con las actividades de la Unidad;

4.-Desarrollar programas permanentes de formación y adiestramiento en la investigación técnico-científico del delito;

5.-Realizar estudios sobre los perjuicios ocasionados a la víctima con la finalidad de hacer efectiva la acción civil proveniente del delito;

6.-Colaborar con los tribunales de justicia y con la Policía Administrativa, localizando, citando, presentando o capturando a las personas que le indiquen aquéllos;

7.-Practicar peritajes, análisis de laboratorio, realizar estudios y evacuar las consultas en todos los asuntos de su competencia;

8.-Elaborar y mantener un registro general de personas;

*9.-Custodiar debidamente los objetos y demás pruebas recabadas, en el transcurso de las investigaciones."*⁵¹

La Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2010) en su Artículo 57 establece las garantías procesales de las mujeres que enfrentan hechos de violencia, entre ellas:

a) Que se les extienda copia del requerimiento fiscal, de la denuncia administrativa, del reconocimiento médico legal y de cualquier otro documento de interés para la mujer que enfrenta hechos de violencia; así como, a ser tratadas con dignidad y respeto, especialmente por las partes intervinientes en el proceso.

b) Ser atendidas en la medida de lo posible, por personas del mismo sexo expertas y capacitadas en derechos de las víctimas, derechos humanos de las mujeres, perspectiva de género y prevención de la violencia de género, en lugares accesibles y que garanticen la privacidad, seguridad y comodidad.

⁵¹ Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República (2006). <http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/ef438004d40bd5dd862564520073ab15/fc97f84dd92d81c2062571990072988b?OpenDocument>

Responsabilidades sectoriales en cuanto a las intervenciones de salud.

Componentes de la atención	Sector (es)/Organizaciones responsable (s) de ejecutar este componente
a. Detección de VS/SV/ Vigilancia	
b. Confirmación y diagnóstico	MINSAL a través de hospitales de 2º Nivel, si se reciben en otras unidades de atención en salud, son referidas.
c. Registro de casos confirmados	
d. Visita domiciliaria	MINSAL a través de los ECOS Familiares y los promotores de salud.
e. Atención en crisis y apoyo psicológico	MINSAL a través de hospitales de 2º Nivel, si se reciben en otras unidades de atención en salud, son referidas.
f. Anticoncepción de emergencia	
Ofrecer información	MINSAL, IML (referencia al sistema de salud), PNC, FGR, ISDEMU.
Entregar	MINSAL
g. Embarazo	
Adopción	Justicia [Juzgados de Familia], PGR e Instituto Salvadoreño Para El Desarrollo Integral de La Niñez y La Adolescencia (ISNA)
Atención prenatal	MINSAL
h. ITS	
Ofrecer información	MINSAL a través de hospitales de 2º Nivel, si se reciben en otras unidades de atención en salud, son referidas.
Prueba diagnóstica	
Quimioprofilaxis	
i. VIH	
Ofrecer información	MINSAL a través de hospitales de 2º Nivel, si se reciben en otras unidades de atención en salud, son referidas.
Prueba diagnóstica	
Quimioprofilaxis	
j. Referencia a otros servicios	MINSAL a través de las unidades de salud. Deben referir al hospital de 2º Nivel para el adecuado manejo de las VS/SV.

c) No ser discriminadas en razón de su historial sexual o por ninguna otra causa.

d) Ser informada y notificada en forma oportuna y veraz, de las actuaciones que se vayan realizando durante todo el proceso judicial o administrativo, así como de los recursos pertinentes y de los servicios de ayuda. Así mismo, a que se le extienda copia de la denuncia administrativa y del requerimiento fiscal, del reconocimiento médico legal y de cualquier otro documento de interés para la mujer, garantizando un trato digno y respetuoso.

f) Recibir asistencia integral, adecuada y oportuna, la cual podrá exceder la duración del proceso administrativo o judicial, independientemente del resultado.

g) El designar a un acompañante durante todo el proceso judicial o administrativo.

h) No ser coaccionadas por las declaraciones vertidas durante el proceso.

i) Que de manera inmediata se decreten las medidas emergentes, de protección o cautelares establecidas

en ésta o en el resto de leyes vigentes.

j) Recibir el auxilio y la protección, oportuna y adecuada, de la Policía Nacional Civil, o de cualquier otra instancia y de la comunidad.

k) Prestar testimonio en condiciones especiales de protección y cuidado; así como, a utilizar la figura del anticipo de prueba.) A que se tome en cuenta su estado emocional para declarar en el juicio, y que éste sea realizado de manera individual.

l) Recibir información sobre sus derechos y el proceso en un idioma, lenguaje o dialecto que comprendan, en forma accesible a su edad y madurez.

m) Solicitar medidas de emergencia, protección y cautelares en caso de que se otorgue la libertad anticipada a la persona agresora.⁵²

Medicina legal.

Las responsabilidades del IML están definidas en el Reglamento General del Instituto de Medicina Legal "Dr. Roberto Masferrer" (1990) e incorpora los lineamientos técnicos para el personal del IML en el manejo de las VSVS, incluyen la toma de pruebas, su debida protección y análisis, así como la realización de diferentes peritajes para determinar el grado de las lesiones y apoyar en el aporte de pruebas de cargo y descargo. A través de acuerdo el IML tiene entre sus funciones:

"- Cooperar con los Tribunales de la República en la aplicación de la ley, asesorándolos en la realización de análisis científicos de elementos probatorios, en la evacuación de consultas técnicas en materias de su competencia y realizando exámenes que ordenen los funcionarios judiciales.

- Realización de análisis médicos como medio de prueba en los procesos de

⁵² Ley Especial Integral para una vida libre de Violencia para las Mujeres, 2010 vigente desde enero de 2012. <http://www.asamblea.gob.sv/parlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-especial-integral-para-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres>

violencia intrafamiliar y delitos.

*- Practicar reconocimiento pericial de cadáveres, autopsias, exhumaciones seguidas de autopsias, reconocimiento de lesiones, aborto, **delitos contra el pudor Y la libertad sexual**, y calificación de la capacidad mental del imputado, así como todos los demás dictámenes relacionados con otros delitos."*

El Artículo 7 del Reglamento establece los tipos de exámenes que el IML debe realizar (clínico, patología forense, laboratorios y administrativos). De acuerdo al Artículo 8, "al Departamento Clínico corresponderá evacuar pericias sobre lesiones, **delitos contra el pudor y la libertad sexual**, evaluación de incapacidades por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, calificación de edad, paternidad y demás que se consideren pertinentes."⁵³

En cuanto a la **prevención**, la capacitación de proveedores para identificar VSVS es responsabilidad del MINSAL, ISDEMU, ECF y Escuela de Capacitación Judicial, EPDDH, Academia Nacional de Seguridad Pública, IML; y está establecida en la Guía de Atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia Intrafamiliar y sexual para Hospitales del Segundo y Tercer Nivel, la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia y en los planes de capacitación de las Escuelas de Capacitación Fiscal y Judicial; las cuales contemplan el abordaje de contenidos relacionados con el manejo de las VSVS. La educación para cambiar percepciones sobre normas que refuerzan la VS, es competencia del ISDEMU, el Ministerio de Educación (MINED) a través del Programa de educación para la vida, y MINSAL (Programa de Salud Sexual y Reproductiva), con la formación de grupos juveniles en las temáticas de Habilidades para la Vida.

⁵³ Reglamento General del Instituto de Medicina Legal "Dr. Roberto Masferrer". 1990. <http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/0/4a80dccc34eb09cd0625644f0067fad6?OpenDocument>

Responsabilidad de la Fiscalía General de la República y los Juzgados en cuanto a la VS.

a. Órdenes de protección para las VSVS y testigos	Los Juzgados de Familia y de Paz, así mismo pueden establecerlas hasta por 8 horas la PNC y también otros jueces con competencia en lo Penal, en casos excepcionales.
b. Designación de un abogado/a de oficio	En los Juzgados con competencia en lo Penal (Paz, Instrucción y Sentencia).
c. Investigación de la VS	La política de persecución criminal la tiene de manera exclusiva la FGR y la PNC a través de la dirección funcional de la FGR.
d. Valorar la procedibilidad y la fundamentación de la denuncia	La política de persecución criminal es responsabilidad de la FGR y la PNC a través de la dirección funcional de la FGR.
e. Ofrecer la prueba de cargo como la de descargo	FGR
f. Acompañamiento a la VSVS durante el proceso judicial	ISDEMU
h. Referencia a servicios	Todas las instituciones.
i. Audiencias preliminares, juzgamiento y sentencia	Justicia (Juzgados de Paz, Instrucción y Sentencia y de Familia (VIF), Jueces de Menores.
j. Procesamiento y condena de agresores	Sector Justicia (Jueces de Vigilancia Penitenciaria y Ejecución de la Pena), Jueces de Menores.

Las **medidas para evitar la revictimización** corresponden a los Juzgados de Paz y de Familia y la PNC en las primeras 8 horas, así como también otros jueces con competencia en lo Penal en casos excepcionales. De igual forma, también estas medidas son responsabilidad de la FGR, a través de órdenes administrativas de detención según lo establecido en la Ley de Violencia Intrafamiliar, el Código Penal, el Código Procesal Penal, la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, la Ley de Ética Gubernamental, la Ley del servicio Civil y la Ley Orgánica de la FGR.

En cuanto a la **coordinación intersectorial** para la integración en el desempeño de estas competencias sectoriales, en la Guía de atención clínica a mujeres y personas menores de edad

víctimas de violencia Intrafamiliar y sexual para Hospitales del Segundo y Tercer Nivel se especifica el establecimiento de redes de atención con la participación del IML, PNC, FGR, MINSAL, las ONGs, ISNA; y el ISDEMU. La referencia y contra referencia incluye al sector salud, el IML, la PNC, la FGR, las ONGs, el ISNA y el ISDEMU y está establecida en la Guía de atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia Intrafamiliar y sexual para Hospitales del Segundo y Tercer Nivel, el Reglamento General del Instituto de Medicina Legal "Dr. Roberto Masferrer", la Ley Orgánica de la FGR y el Manual de Referencia y contra referencia. Cabe destacar que varias políticas públicas establecen los pasos para la implementación de las medidas establecidas en las mismas: Guía de atención clínica a mujeres.

En el siguiente cuadro se presentan las organizaciones responsables de intervenciones de carácter médico legal relativas a la VS.

a. Registro de la historia de la violencia sexual	
b. Examen físico	
c. Registro y clasificación de lesiones	Médico (a) forense y peritos en las diferentes áreas según corresponda: Ginecología, Psicología, Psiquiatría y otros.
d. Pruebas	
e. Toma de muestras para evidencia legal	
f. Tratamiento y seguimiento a lesiones, prevención del embarazo, ITS, HIV, Hepatitis B, consejería y apoyo social	MINSAL a través de hospitales de 2º Nivel, si se reciben en otras unidades de atención en salud, son referidas a estos centros de atención.
g. Referencia a otros servicios	Médico(a) forense y peritos en las diferentes áreas según corresponda: a hospitales de 2do. nivel, Ginecología, Psicología, Psiquiatría y otros.

y personas menores de edad víctimas de violencia Intrafamiliar y sexual para Hospitales del Segundo y Tercer Nivel, la Ley Orgánica de la FGR, el Código de Familia, el Código Procesal Penal y la Política Nacional para la Mujer (PNM).

En ningún documento de políticas públicas, protocolos y guías se incluyen indicadores específicos de monitoreo y evaluación relacionados con la VS.

La **participación de las organizaciones de mujeres** y otras organizaciones de la sociedad civil está consignada en la Ley contra la Violencia Intrafamiliar y la Ley Especial Integral para una vida libre de Violencia para las Mujeres.

En cuanto al **financiamiento** de las intervenciones relativas a la VS, ninguno de los instrumentos de políticas establece medidas de asignación presupuestaria para su implementación. Al momento de realización del Estudio no se disponía de información sobre la inversión sectorial para la atención y prevención de la VBG/VS en El Salvador. No se dispone de información sobre donaciones en especie para la atención a la VBG/

VS aunque en el marco de proyectos implementados por algunos organismos internacionales, para el MINSAL se tiene contemplado la entrega de medicamentos antirretrovirales, equipo médico quirúrgico pero éstos no son específicos para la atención a VS/S.

4.2. Características de las unidades de los servicios estudiados: estructuras y procesos

En la oferta de servicios de atención a la VS en El Salvador participan organizaciones públicas y privadas. Por un lado, las instancias gubernamentales sectoriales y, por otro lado, las ONGs de mujeres (Las Dignas, ORMUSA, entre otras) que ofrecen servicios de apoyo legal, asistencia psicológica, grupos de apoyo o autoayuda, referencia a la par de la abogacía y la vigilancia ciudadana. Las tres unidades de servicios estudiadas (FGR, hospitales/ MINSAL e IML) ofrecen sus servicios a través de instancias con distintos grados de complejidad en los niveles regional y central, departamental y local. A mayor nivel de complejidad, mayor cantidad de recursos humanos y tipo de servicios.

4.2.1. Oferta de servicios de VS e intervenciones clave

Actualmente la composición de la oferta de servicios de VS presenta variaciones dependiendo del área geográfica. En las unidades de **salud**, las y los entrevistados reportaron que se ofrecen servicios de atención psicológica (a la VS y la familia), atención médica de emergencia y ginecológica, tratamientos profilácticos, apoyo social, referencia (FGR, ISDEMU), seguimiento en consulta externa, provisión de medicamentos. La atención en crisis se ofrece a través de trabajo social. En cuanto a la adopción solo uno de los entrevistados reportó ofrecer información y referencia a juzgados de familia. En todas las unidades de servicios de salud estudiadas reportaron que ofrecen la anticoncepción de emergencia (AE) a mujeres de 10 años en adelante así como atención prenatal en caso de embarazo producto de violación. Debido al carácter ilegal de la interrupción del embarazo, los servicios de salud no ofrecen este servicio. Los servicios de ITS y VIH (diagnóstico, tratamiento y quimioprofilaxis) fueron reportados por todos los servicios analizados. De igual forma, solo en una de las unidades estudiadas reportaron que realizan detección/vigilancia de VS. En términos de horario, las salas de emergencia están abiertas las 24 horas, mientras que algunos servicios especializados funcionan en horario de 8:00 am a 4:00 pm.

En cuanto a los servicios de la **FGR**, las y los entrevistados indicaron que ofrecen asesoría legal, acompañamiento del proceso judicial, recepción de denuncias, asesoría a víctimas, fortalecimiento al grupo familiar, atención a víctimas y testigos, acompañamiento psicológico y social, tratamiento según el caso, referencia al IML para toma de pruebas, y provisión de información sobre VS. También reportaron que

tramitan órdenes de protección (a través de la UTE), designan un abogado de oficio, ofrecen apoyo a la VS después del juicio, aunque algunos mencionaron que solo apoyan hasta la vista pública. Asimismo, señalaron que efectúan seguimiento de las actuaciones de la situación procesal del imputado, realizan investigación de la VS en coordinación con la PNC, la valoración de procedibilidad y la fundamentación de la denuncia y ofrecen prueba de cargo y descargo. En la FGR, los fiscales de turno trabajan 24 horas y el resto de los servicios 8 horas diarias, en horario de 8:00 am a 4:00 pm.

Por su parte, las y los entrevistados del **IML** informaron que realizan peritajes médicos y psicológicos, toxicología, apoyo a través de trabajo social, toma y preservación de muestras, registran la historia del suceso, elaboran el reporte de los exámenes del peritaje, documentan los datos del agresor y de la víctima, realizan toma de muestras de fluidos biológicos y examinan los antecedentes gineco obstétricos. También indicaron que el IML realiza referencia a la FGR y/u hospital, completa la historia clínica, ofrece explicación a la víctima del procedimiento a seguir, cumplimentación de hojas de laboratorio y cadena de custodia. El IML funciona las 24 horas, aunque algunas áreas como Psicología y Trabajo Social trabajan en horario de 8:00 am a 4:00 pm.

Ninguna de las unidades de servicios reportó actividades de prevención primaria de la VS, aunque se indicó que en años anteriores participaban en ferias comunitarias para la prevención de la VBG, incluyendo la VS.

4.2.2. Organización del trabajo

Las y los entrevistados reportaron que el trabajo entre las distintas organizaciones se articula a través de distintas vías tales como

oficios, referencia, solicitudes de evaluación; y de mecanismos de coordinación algunos de ellos, informales.

En cuanto a las **puertas de entrada** a los servicios, son diversas y varían dependiendo del tipo de servicios. Según las (os) entrevistados de la **FGR**, la vías a través de las cuales llegan las VSVS en busca de sus servicios son principalmente las referencia de la PNC y los servicios de urgencia; y la demanda espontánea por parte de las VSVS y/o sus familiares. Las y los entrevistados de las unidades de **salud** señalaron que las principales puertas de entrada son las referencias de la PNC y la demanda espontánea, mientras que en el **IML** las VSVS llegan de manera prioritaria por vía de la referencia de la policía y de las autoridades legales. Llama la atención, la baja proporción de entrevistados que reporta la comunidad (iglesias, escuelas, grupos comunitarios) como una puerta de entrada a los

según la puertas de entrada a los servicios a través de las cuales las VSVS que atienden, llegan a sus servicios.

Cabe destacar que no hay mecanismos documentados de referencia, exceptuando el oficio de FGR. Esto constituye una importante barrera para el adecuado seguimiento a los casos y la coordinación interinstitucional de las funciones asignadas en el marco legal a las unidades analizadas tales como el seguimiento y la evaluación de las VSVS y la vigilancia epidemiológica que debe realizar el sector salud. También limita el acceso a la atención integral, de la cual todas las instancias son responsables.

4.2.3. Recursos humanos (RRHH) para la atención a la VS: tipo y competencias técnicas

Las unidades de **salud** estudiados indicaron contar con médicas

Actividades de coordinación según unidades de servicios estudiadas.

FGR	Hospitales	IML
<p>Coordinan con otras instancias por medio de oficios, por ejemplo, con alcaldías.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con instancias legales, FGR, ISNA, ISDEMU, Concertación de Mujeres • Mediante oficio. • A través del Comité Interinstitucional de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. • Solicitud de evaluación de las VSVS al IML. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a los hospitales. • Coordinación informal con hospitales, PNC y FGR.

Temas en las y los entrevistados han recibido capacitación, según unidades de servicios estudiadas.

FGR	Hospitales	IML
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento específico para la toma de datos • Acta de denuncia 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Hoja de registro único de ISDEMU • Hoja del informe de casos para referencia • Instrucción (IML, FGR, juzgados, ISDEMU, ISNA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento para realización del peritaje médico legal de delitos sexuales • Protocolo de violencia sexual (masculino) • Protocolo de violencia sexual (femenino) • Cadena de custodia • Solicitud de análisis de forensia clínica

servicios que ofrece su institución. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de entrevistadas (os)

(os) generales y especialistas, enfermeras (os), auxiliares de

Número de entrevistados que reporto ingreso de las VSVS a través de puertas de entrada a servicios según tipo de unidades analizadas

Puerta de entrada	FGR	Hospitales	IML
Servicio de urgencias	7/9 (78%)	11/21 (52%)	1/10 (10%)
Consulta externa	5/9 (55%)	9/21 (43%)	1/10 (10%)
Referida por la Policía	7/9 (78%)	16/21 (76%)	6/10 (60%)
Referida por autoridades legales	4/9 (44%)	12/21 (57%)	8/10 (80%)
Referida por la comunidad	4/9 (44%)	8/21 (38%)	-
Demanda espontánea	7/9 (78%)	15/21 (71%)	-
Otros	Unidades de Salud Por psicólogos de servicios de salud.	Referencia de unidades de salud de FGR Hospitales periféricos A través de UDES Por el IML Traída por la familia	La PNC trae a las VSVS Si no traen oficio de FGR, se tramita en el IML. Por FGR Juzgados de Familia

enfermería, trabajadores (as) sociales, psicólogas (os). Los hospitales de Cojutepeque y San Miguel respondieron que cuentan con servicio de asesoría legal. Ninguno de las y los entrevistados mencionó la existencia de facilitadoras (es) de grupos de apoyo. Las y los entrevistados de la **FGR** indicaron que cuentan con fiscales, psicólogos (as), operativos, trabajadores sociales. En el **IML** disponen de médicos cuya cantidad por turno varía entre las unidades estudiadas (2-4 por turno), además de psicólogos (as) y trabajadoras (es) sociales.

En cuanto a las **competencias técnicas de los recursos humanos**, el 90% (36/40) indicó haber recibido por lo menos capacitación en un tema en torno a la VS. Los temas abordados en la capacitación recibida por el personal de las tres unidades de servicios analizadas presentan variaciones ya que se concentran en sus funciones específicas. Sin embargo, también las y los entrevistados reportaron haber participado en actividades de formación en temas comunes como marco legal, atención a VSVS y VS y otros relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Temas en los que han sido capacitados las y los entrevistados, según unidad de servicios estudiadas.

FGR	Hospitales	IML
<ul style="list-style-type: none"> Derechos de las mujeres y la niñez Atención integral a las VSVS VBG Técnicas de investigación de la VS, pericias fiscales Enfoque integral de la VS Violencia sexual Entrevista a las VSVS Abordaje de la VS, círculo de la VS Trata de personas Derechos sexuales y reproductivos Victimología Tratados internacionales Coordinación intersectorial Protocolo y guía de atención a la VS 	<ul style="list-style-type: none"> VBG Intervención en crisis LEPINA, marco legal de la VS, Ley Mujeres libres de violencia Victimas de agresión sexual de parte de IML Trata de personas y VS Sensibilización sobre VS VIF y VS Apoyo psicológico Prevención de la revictimización Intervención integral VS e ITS Acoso sexual Protocolos de denuncia 	<ul style="list-style-type: none"> VS (CDDDET) VS (ICITAP) Curso básico de medicina forense Atención a VSVS por enfermeras forenses de los Estados Unidos LEPINA Atención a VSVS (UNFPA) Investigación de VS Atención a víctimas de VIF, incluyendo VS Igualdad de género (Ipas) Salud sexual y reproductiva

Las necesidades de capacitación, aunque responden a las labores específicas de las unidades de servicios, en las respuestas de las y los entrevistados se identifican contenidos comunes entre los sectores tales como el marco

una sola disponía de buzón de sugerencias para las y los usuarios en general. Cuatro de las unidades tenía la infraestructura necesaria para la protección de pruebas. Las unidades estudiadas no cuentan con cubículos adecuados para la

Temas relacionados con la VS sobre los que les gustaría recibir capacitación según unidades de servicios estudiadas

FGR	Hospitales	IML
<ul style="list-style-type: none"> • Metodología psicológica • Intervención en crisis • Métodos de interrogatorio en vista pública • Mitos sobre la VS • Técnicas para evitar la re-victimización • Metodología de la investigación • Derechos de la mujer y la niñez • Manejo de elementos probatorios de culpabilidad • Derechos sexuales y reproductivos • Atención a las VSVS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral a las VSVS • Trabajo interinstitucional en el abordaje de la VS • Marco legal • Examen físico ginecológico • Clasificación de lesiones • Consecuencias de la VS • Aspectos culturales de la SSR • Género • VS, ITS/VIH • Técnicas de toma de prueba • Colposcopia y fotografía • Mitos sobre la VS • Manejo de la cadena de custodia • Investigación del delito • Intervención en crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en crisis • Marco legal nacional e internacional sobre VS, leyes de niñez y adolescencia • Técnicas para evitar la revictimización • Embarazo y VS • Abordaje integral de menores VSVS • Coordinación intersectorial • Marco conceptual sobre la VS • Guías y protocolos sobre VS • Auditorías de casos de VS.

legal, la intervención en crisis, revictimización y la VS y otros temas de salud sexual y reproductiva.

4.2.4. Infraestructura, insumos, costos y tiempo de espera

4.2.4.1. Características físicas del área de atención a mujeres VSVS e insumos

En cuanto a las **características del espacio físico**, los 7 servicios de salud estudiados, contaban en su mayoría con privacidad auditiva y visual, aunque esto varía dependiendo del tipo, ya que dos servicios específicos (Psicología y Trabajo Social), en dos de las unidades no tenían la privacidad necesaria. En dos unidades no contaban con batas. Todas las unidades disponían de baños, puertas en las oficinas y sillas para las usuarias. En la FGR, todas las unidades estudiadas contaban con sillas para las usuarias y puertas en las oficinas. Cuatro de las cinco unidades tenían niveles adecuados de privacidad (auditiva y visual),

entrevista a niñas y niños. Todas las unidades del **IML** estudiadas, cuentan con capacidad para preservar las pruebas y la evidencia legal a través de la cadena de custodia: refrigeración, almacenaje. Todas las oficinas tienen sillas, puertas y privacidad adecuada para la realización del peritaje.

En cuanto a los insumos, las unidades de **salud** estudiadas cuentan con el instrumental que se usa generalmente en los centros de salud como mesa de exploración, estetoscopio, baumanómetro. En cuanto a los medicamentos e insumos clínicos, el 21% de las y los entrevistados en este sector los consideró insuficientes. Entre los medicamentos utilizados para la quimioprofilaxis de ITS mencionados por las y los entrevistados se encuentran: Azitromicina, Penicilina Benzatínica, Cefixima, Ceftriaxona, Ciprofloxacina, Doxiciclina y Metronidazol. Las unidades del Hospital San Miguel y de San Salvador (Mejicanos) indicaron

no contar con algunos de los medicamentos profilácticos para ITS, mientras que en el Hospital de Suchitoto reportaron no contar con pruebas de embarazo. La mayoría posee pruebas diagnósticas de VIH e insumos para la quimioprofilaxis. Todos los establecimientos estudiados disponían de analgésicos y anestésicos y en todos refirieron que la AE (Femenal 4 4, Levonorgestrel Levonelle, Nordette, Microgynon, Estrogen Fertilan, ó Postinor-2) se oferta en su institución. En cuanto a otros medicamentos y equipos generales, la mayoría de los servicios estudiados cuentan de algodón, equipos esterilizados (espéculo), gasas, guantes, jeringas y agujas estériles, lubricante vaginal estéril, pruebas de embarazo (no en todos), solución salina y vacunas contra tétano y hepatitis B.

4.2.4.2 Costos de los servicios

Los servicios que ofrecen las unidades estudiadas son gratuitos, sin embargo en algunas ocasiones requieren exámenes de laboratorios privados tales como la prueba de embarazo. Entrevistados de la FGR reportan que a veces, los costos de transporte y/o alimentación corren por cuenta de los fiscales a cargo de los procesos.

4.2.4.3. Tiempo de espera en el sector salud

Según las y los entrevistados, el tiempo de espera para que las VSVS reciban los servicios depende de múltiples factores tales como el día y horario en que se solicite el servicio, si la demanda para servicios de VS

es espontánea, así como también las características del hecho.

4.2.5 Material educativo disponible para las usuarias de servicios

En ninguno de los servicios estudiados había material educativo sobre VS disponible para las usuarias de los servicios.

4.2.6. Sistemas de información

Los sistemas de información son cruciales para documentar la VS, avanzar en el conocimiento de las dimensiones del problema y, con base en ello, fortalecer el desarrollo de intervenciones, la planificación y el monitoreo de los servicios. Asimismo, constituyen el referente para la toma de decisiones basadas en evidencia confiable, identificar prioridades y medir el desempeño de los servicios.

El IML cuenta con 5 instrumentos para la recolección de datos de las VSVS incluyendo la hoja de consentimiento para el peritaje. Los protocolos de violencia sexual (masculino y femenino) incluyen una pregunta sobre la vida sexual activa.

Las unidades de salud no cuentan con una ficha específica para VSVS en general ni para servicios especializados como psicología. Disponen de la historia clínica, la hoja de registro único de ISDEMU, la hoja del informe de casos para referencia e instrucción (IML, FGR, juzgados, ISDEMU, ISNA). No todos los servicios tienen estos instrumentos de registros. La historia clínica no incluye

FGR

- Inmediatamente
- 15-20 minutos
- 30 minutos
- Depende del hecho.

Hospitales

- Inmediatamente, si se identifica como VSVS
- 10 minutos durante el día, 8 horas si es de noche.

IML

- Inmediatamente (en la medida de lo posible, durante el día y la semana)
- 1-3 horas
- Durante turnos y fines de semana, depende de la disponibilidad de los médicos, de la carga de trabajo.

Tipo de información	Consentimiento de peritaje médico legal (IML)	Protocolo de VS masculino (IML)	Protocolo de VS femenino (IML)	Solicitud de análisis forense clínico (Laboratorio forense-IML)	Hoja de registro único de ISDEMU
Nombres y apellidos del/ la afectada (o)	X	X Incluye nombre de acompañante y relación	X Incluye nombre de acompañante y relación	X	X
Edad del/ la afectada (o)	X	X	X	X	X
Sexo del/ la afectada (o)	X	X	X	X	X
Tipo de violencia (física, psicológica, sexual)	NA Indica el tipo de pruebas (examen físico, muestras biológicas, evaluación psicológica o psiquiátrica.	X	X Incluye recolección de datos sobre antecedentes gineco-obstétricos, planificación familiar, condición física o mental.	X Registra si se encontraron lesiones en la víctima, la historia del hecho.	X
Detalle del maltrato/ violencia	NA	X	X Incluye recolección de datos sobre antecedentes gineco-obstétricos, planificación familiar, condición física o mental.		X
Documento identidad de la afectada	X	X	X		X
Estado civil/ familiar de la afectada				X	X
Domicilio de la afectada	X	X	X		X
Grado de instrucción de la afectada		X			X
Ocupación de la afectada	X	X	X		X
Parentesco/ relación con el agresor	X	X	X		X
Nombres y apellidos del agresor	La pregunta "en relación con la agresión sufrida por..."	X Identificación del hechor: edad, estado, características, cantidad de agresores	X Identificación del hechor: edad, estado, características, cantidad de agresores.	X Incluye una sección con datos sobre el examen físico del o los sospechosos.	X

Continúa

Tipo de información	Consentimiento de peritaje médico legal (IML)	Protocolo de VS masculino (IML)	Protocolo de VS femenino (IML)	Solicitud de análisis forense clínico (Laboratorio forense-IML)	Hoja de registro único de ISDEMU
Reiteración de la VS		X Fecha de la última relación sexual involuntaria	X Fecha de la última relación sexual involuntaria, además de tipo y condición de himen		X
Denuncias previas					X
Fecha de la denuncia/ del servicio/ de ingreso del expediente	X	X	X		X
Localidad donde se realiza la denuncia/ servicio	X	X	X		X
Dependencia en la que se recibe la denuncia					X
Nombre de quien atiende el servicio		X	X	X	X

Continuación

variables específicas sobre VS, con excepción de presencia de lesiones y violencia. La FGR cuenta con un instrumento de registro que incluye las variables de datos generales de las y los usuarios y la descripción de los hechos; y además un acta de denuncia.

En cuanto a la información que incluyen, los instrumentos analizados, casi todos incorporan nombre y apellido, edad, dirección, ocupación y nivel educativo de la afectada, así como tipo de violencia, detalle de la violencia; la fecha de la denuncia o ingreso al servicio.

Cabe destacar que actualmente, la hoja de registro del ISDEMU establece indicadores comunes de VBG/VS, que permite comparar los datos, aunque cada sector tiene sus propios instrumentos de registro. En cuanto al registro, análisis, diseminación y uso de los datos para toma de decisiones, en

las unidades de salud reportaron contar la ficha única del ISDEMU, la historia clínica y hoja de evaluación por otra institución, aunque éstas con frecuencia no son llenadas por los representantes de dichas instituciones, los cuales no dejan reporte de su evaluación en el expediente. De 16 entrevistadas (os) que respondieron a la pregunta, 14 indicaron que los datos o no se analizan y si se hace, no se realiza de manera periódica, 13/16 respondieron que los datos no se divulgan e igual cantidad reportó que se incluyen en las estadísticas anuales. Asimismo, 13/16 indicaron que si o que se supone que afirmativamente, los datos se utilizan para la planificación y el presupuesto de las unidades estudiadas. Un entrevistado de una unidad de salud señaló que una situación que se presenta es que en el Censo, la VS se coloca como segundo diagnóstico, por lo que al tabular los datos, éste se pierde.

4.3. Procesos asociados a la calidad de la atención

Tradicionalmente, el acceso es uno de los indicadores clave para evaluar la calidad de los servicios ya que se relaciona con la equidad, la calidad de vida de las VSVS y la posibilidad de ejercer sus derechos. Para asegurar el acceso, las VSVS deben entrar a cualquiera de las instituciones del sistema de atención y encontrar proveedores que ofrezcan el servicio y/o a quienes puedan comunicar sus necesidades. El acceso tiene un impacto importante en el bienestar, la salud y el ejercicio de los DDHH de las VSVS así como en la prevención de daños, incluyendo la muerte. La falta o retardo en el acceso de las VSVS a la justicia, salud, policía, refugio, o apoyo social afecta negativamente a las VSVS y la sociedad en su conjunto.

El Estudio exploró las barreras de acceso y las limitaciones que enfrentan las VSVS una vez solicitan los servicios. Las y los proveedores y gerentes de servicios mencionaron barreras que se ubican en tres niveles: i) En el **individual**, factores asociados a los efectos y riesgos de la VS tales como el miedo, incluyendo el temor a ser

asesinadas por los hechores; ii) En el nivel **familiar y comunitario** señalaron los patrones culturales que refuerzan la VS, la práctica casi generalizada de no denunciar la VS, particularmente cuando el agresor es familiar o un conocido; iii) Las barreras en el nivel **sectorial** incluyen la insuficiencia de RRHH en la mayoría de las instancias, deficiencias en la atención tales como la duración de los procesos, la falta de seguimiento, la revictimización, falta de privacidad y de infraestructura adecuada, especialmente para niños y niñas.

4.3.2. Mecanismos de mejora continua de la calidad

Entre los mecanismos de mejora continua examinados, las normas y protocolos y el buzón de sugerencias para las y los usuarios en general fueron señalados por alrededor de la mitad del total de entrevistados. El 25% (10/40) indicó la supervisión de casos y el 20% la evaluación de resultados. El resto de los mecanismos fue reportado por entre 2.5% y el 10% del total de las y los entrevistados.

Barreras al uso de los servicios de atención y protección de la VS, desde la perspectiva de las y los proveedores de servicios

Nivel individual -Condiciones y características de la VSVS	Niveles familiar y comunitario	Nivel sectorial		
		Salud	Justicia (FGR y tribunales)	IML
<p>Consecuencias y riesgos asociados a la VS.</p> <p>Temor Miedo a que las maten o a sus familiares.</p> <p>Las VSVS desisten del proceso.</p> <p>Las VSVS se retractan.</p> <p>Actitudes frente a la VS –normas de género.</p> <p>Creer que el abuso es normal.</p>	<p>Patrones culturales que refuerzan la VS.</p> <p>Retratación de la familia de la VSVS.</p> <p>Temor hacia las víctimas.</p> <p>Falta de denuncia por parte de la familia debido al temor.</p> <p>Tendencia a no denunciar cuando el agresor es un familiar.</p> <p>Naturalización de la VS en las familias y las comunidades.</p>	<p>Atención: falta de apoyo psicológico a toda hora, ausencia de servicio para intervención en crisis.</p> <p>RRHH: poco personal, recursos humanos con necesidad de capacitación. .</p> <p>Insumos: limitaciones para contar con lo necesario para la atención de usuarias.</p> <p>Infraestructura: falta de privacidad en algunos servicios.</p> <p>Aspectos culturales limitan el seguimiento a los casos.</p> <p>Normas: desconocimiento por parte del personal de la normativa del MINSAL.</p> <p>Limitada coordinación con la comunidad y otras instancias (FGR).</p>	<p>Atención: Tardanza en acudir/referir al hospital.</p> <p>RRHH: limitado personal en FGR, falta de psicólogos y trabajadores sociales.</p> <p>Insumos y equipos: falta de disponibilidad de teléfono celular para la comunicación, y de vehículos para el transporte. Ausencia de kits.</p> <p>Características del proceso: procesos judiciales largos, dificultades de acompañamiento en FGR, revictimización en la FGR.</p> <p>Investigación de casos: se pierden en el tiempo, tardanza.</p> <p>Infraestructura en FGR: inadecuada, no hay cubículos para atención de niños con decoración infantil.</p> <p>Se necesita adecuar sala para el interrogatorio con niños.</p>	<p>Atención: Tiempo prolongado para su atención. Larga espera para evaluación por el IML</p> <p>RRHH: poco personal, necesidad de capacitación.</p> <p>Insumos y equipos: falta de kits para las VSVS y de algunos equipos.</p>

Número de entrevistados que reportó mecanismos de mejora continua en su trabajo según unidades de servicios estudiadas

Mecanismo/Unidad de servicios	FGR	Hospitales	IML
Participación de usuarias (os) en el desarrollo de los servicios (encuestas de salida, buzón de quejas, comités de usuarias)	4/9 (44%) A través del buzón para usuarias (os) en general.	13/21 (62%) A través del buzón para usuarias (os) en general.	2/10 (20%) A través del buzón para usuarias (os) en general. Un entrevistado indicó que los usuarios presentan quejas en la jefatura.
Consultas comunitarias	-	1 (5%) A través de las unidades de salud y ECOS	3/10 (30%) A solicitud de las instituciones o cuando el caso lo amerita, en ambos casos son esporádicas.
Acreditación y certificación del personal que trabaja en atención a la VS	-	1 (5%) Acreditado por Profamilia	-
Normas y protocolos para las intervenciones en VS	5/9 (55%)	13/21 (62%)	3/10 (30%)
Programas de capacitación permanente del personal que trabaja en VS	-	-	1/10 (10%) A través de la CSJ.
Supervisión de casos	6/9 (66%). Se realiza diariamente y hasta vista pública. Se hace evaluación de personal.	4/21 (19%) En los casos en que se quedan en control del centro/unidad, y para garantizar seguimiento.	-
Evaluación de resultados (tasas de pacientes que completan tratamiento, tasas de arrestos, tasas de casos procesados y condenados, resultados	6/9 (66%) Evaluación del desempeño laboral.	1/21 (5%)	1/10 (10%) Por interés del equipo de trabajo.

Las medidas para asegurar que las VSVS reciban los servicios y recursos que necesitan de manera ininterrumpida hasta completar el proceso de atención establecido **(continuidad longitudinal)** presentan similitudes y variaciones importantes entre las unidades de servicios. El 100% de las y los entrevistados indicó que su organización ejecuta este tipo de

sus unidades como la colaboración interdisciplinaria, la interconsulta, el apoyo con otras instancias de salud y el internamiento; además del trabajo conjunto con otras instituciones. Las y los entrevistados del IML indicaron estrategias centradas en la remisión de casos a otras instancias y la orientación sobre los procedimientos.

FGR	Hospitales	IML
<ul style="list-style-type: none"> El fiscal se sensibiliza con el caso. Concientizar a la VSVS. Se habla con representantes legales para garantizar la continuidad del caso. Proporcionar acompañamiento y apoyo a las VSVS y sus familiares. Solo se recomienda ir a consulta médica (no siempre va). Si es menor, alojamiento temporal de emergencia (5 días) y remite al ISNA y familia ampliada. Si es mayor de edad, se apoyan con el ISDEMU. 	<ul style="list-style-type: none"> Información. Concientización a las VSVS y sus familias de mantener el proceso hasta el final. Referencia a Psicología y Trabajo social. Trabajo social garantiza que asista a sus controles. Se ingresa – para un mejor manejo. Interconsulta Solo se asegura tratamiento, no se reporta el delito. A través de la entrevista. Se asegura que reciba atención ginecológica, psicológica y terapia antirretroviral. Coordinación interinstitucional. Tratar de que reciba atención de acuerdo a la condición en la que llega al servicio. Concientizar a la VSVS de poner la denuncia y seguir el tratamiento profiláctico. Si son menores de edad se asegura hablar con los representantes legales. Seguimiento a través de unidades de salud y ECOS. 	<ul style="list-style-type: none"> Solo se realiza el examen y los peritajes y se envía a FGR. Se trata de apoyar. Se manda al hospital. Se remite a la FGR. Se refiere a la red de hospitales y a la FGR. Se explican los procedimientos. Concientizar a la paciente. Solo se hace el consentimiento informado y se manda a la FGR para que obligue la inspección. Se explica a la VSVS. Se escribe en el protocolo que no desea el examen, se solicita que firme y se envía a FGR para que haga los trámites.

medidas. En la FGR, las estrategias reportadas se relacionan con la toma de conciencia por parte de la VSVS de la importancia de los servicios a través de la información, orientación; y apoyo social y psicológico tanto a la VSVS como a sus familiares. También señalaron el alojamiento temporal en casos de niñas, niños y adolescentes, y la coordinación interinstitucional. Las y los entrevistados de las unidades de salud reportaron estrategias similares a las de la FGR en cuanto a la información y concientización de las VSVS y sus familiares, aunque indican una mayor cantidad de tácticas a lo interno de

En cuanto a las medidas que toman las instituciones para asegurar que las VSVS reciban los servicios y recursos que necesitan y se ofrezcan fuera y dentro de la institución **(continuidad transversal)**, las y los entrevistados de los tres tipos de unidades de servicios estudiadas señalaron estrategias similares a las relacionadas con la continuidad longitudinal: orientación a las VSVS y sus familiares, referencia, apoyo e información. Resalta que la mayoría de las estrategias enfatizan en el acceso a los servicios internos que tiene cada unidad de servicios, lo que obstaculiza el acceso a una atención integral ya

que las necesidades de las VSVS son múltiples y las respuestas a las mismas generalmente dependen de distintas instancias.

complejas y pueden involucrar el uso de insumos, equipos, materiales, recursos financieros institucionales, así como la

FGR	<ul style="list-style-type: none"> • Esta suscrita en medicina legal. Tiene médico en la misma institución. • Se procura dar transporte. • Informar sobre los procedimientos que se realizan. • Se acompaña durante el proceso. • Se concientiza a la VSVS de la importancia de los servicios brindados. • Abordar el proceso de aceptación, manejo en crisis. Si no procede, se remite a las instituciones pertinentes.
Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> • Se coordina con otros servicios e instituciones para garantizar la respuesta a sus necesidades. • Mediante concientización, persuadir a la paciente. • A través de Trabajo social y todo el equipo que atiende a usuarias. • Solo asegura el tratamiento farmacológico. • Tratar de que tenga acceso a IML, FGR, ISDEMU. • Se brinda atención médica, psicológica y de trabajo social, pero no fuera de la institución.
IML	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a la paciente. • Solo se realiza el peritaje y los exámenes . • Se trata de garantizar la toma de pruebas y evidencias. • Se atiende con calidez y se toman los exámenes pertinentes. • Asegurar que entienden los procedimientos. Trata de no repreguntar para evitar la revictimización. • Los que se pueden hacer, se aseguran. • Solo se realizan peritajes, no proporcionan atención a las necesidades de las VSVS.

4.3.3. Medidas para enfrentar barreras culturales y sociales de las VSVS

articulación con otros sectores para responder a las necesidades de las VSVS. A continuación se presentan las tácticas reportadas por las y los proveedores de servicios estudiados para enfrentar algunas de ellas.

Las estrategias para eliminar barreras de acceso económico, geográfico, cultural y social que enfrentan las VSVS suelen ser

Barreras sociales y culturales	Acciones de proveedores (as) de servicios de salud para enfrentar las barreras de las VSVS		
	FGR	Hospitales	IML
Si habla un idioma distinto al del proveedor(a)	Se auxilian de la Universidad Nacional para los intérpretes. En caso de sordomudos, se solicita un intérprete.	Buscar intérprete. Se busca a alguien que conozca su idioma.	Buscar intérprete. Si son sordomudos o con retraso mental, usan dibujos o señas. Ayuda mucho los esquemas que están en el protocolo. Si hablan inglés, ellos (los proveedores) son bilingües.
Si la VSVS (o su familia, acompañante) no tiene dinero para pagar por los gastos requeridos para recibir o llevar a cabo tratamientos, pruebas, procedimientos o trámites.	Se le informa de la importancia de realizar dichos procesos. Se cubre por cuenta propia del fiscal. Se le explican sus derechos y que debe comprender que ella no es culpable. Se consiguen por oficio.	La Unidad de Salud se encarga. Contactar al promotor. Referencia a la Unidad de Salud y la PNC. En las instituciones de salud no se cobra.	Los servicios son gratuitos. No tienen fondos.

Continúa

Barreras sociales y culturales	Acciones de proveedores (as) de servicios de salud para enfrentar las barreras de las VSVS		
	FGR	Hospitales	IML
Si vive lejos	<p>Coordinar transporte con PNC.</p> <p>Se le da transporte.</p> <p>Se trata de conseguir por los fiscales.</p> <p>Coordinando con las unidades de la FGR.</p> <p>El fiscal cubre los costos con sus recursos personales.</p>	<p>Coordinar con promotores de salud.</p> <p>Coordinar transporte con la Concertación de Mujeres y la PNC.</p> <p>Se refiere a Trabajo social.</p> <p>Realizar trámites de estadía y de transporte con la Unidad de Salud.</p> <p>Se orienta para que se acerque al nivel local a los servicios de salud y legales.</p> <p>Se hospitaliza, por el riesgo social.</p> <p>Si es menor, se ingresa a Pediatría.</p>	<p>Coordinar con la PNC.</p> <p>Es trasladada por FGR.</p> <p>Si tiene lesiones que requieren internamiento, se refieren directamente al hospital y ahí se va a realizar el peritaje.</p> <p>En ocasiones los proveedores proveen recursos propios para las VSVS y acompañantes.</p>
Si la VSVS o acompañante no puede leer la información escrita que se les entrega	<p>Se toma la denuncia, se lee y se solicita que ponga sus huellas.</p> <p>Se habla con representantes legales sobre la importancia de los procedimientos.</p> <p>Se le explican los documentos</p>	<p>Se le lee el consentimiento informado Le damos lectura y le explicamos el significado.</p> <p>Se le explica verbalmente a la VSVS y a los familiares.</p> <p>Se le pide que después de haber superado la crisis del momento, lo lea.</p> <p>Se informa de una forma sencilla los instrumentos a llenar como el consentimiento informado, y luego se solicita colocar sus huellas.</p> <p>En Psicología y Clínica de VIH se usan figuras de colores para determinar horario de tratamiento.</p>	<p>Se manda a Fiscalía.</p> <p>Se explica en vocabulario sencillo.</p> <p>Si es mayor de edad pone la huella, si es menor, la familia firma.</p>

Barreras sociales y culturales		Acciones de proveedores (as) de servicios de salud para enfrentar las barreras de las VSVS		
		FGR	Hospitales	IML
Si las normas culturales de la VSVS o su familia le impiden recibir o ejecutar determinado procedimiento, prueba, tratamiento o trámite	Concientizar a la VSVS Interpuesta la denuncia, no se necesita consentimiento.	Se le informa en lenguaje sencillo sobre la importancia de realizar los procedimientos. Se trata de convencer la familia de la importancia del tratamiento y procedimientos desde el punto de vista médico.	Se lee el consentimiento informado. No realizan el examen. Se pone una nota en expediente y no se realiza el procedimiento.	
	Se debe documentar que no colabora y la VSVS debe firmar.	Se orienta sobre los riesgos de no aceptar el procedimiento o manejo. Se solicita asistencia legal. Se respeta la decisión de la usuaria.	Se respeta el derecho de la VSVS.	

4.3.4. Dimensión socioemocional de la relación entre proveedoras (es) y usuarias VSVS

El 97.5% (39/40) de las y los entrevistados indicó estar de acuerdo con la aseveración de que la VS es un problema grave en las comunidades en que vive la población que atiende la institución. El 95% (37/39) de los que respondieron a la pregunta estuvo de acuerdo con la idea de que las VSVS que acuden a su organización son tratadas con respeto. El 92% (36/39) de las y los que respondieron a la pregunta, considero que las VSVS reciben la información que necesitan sobre los procesos (procedimientos, tratamientos, trámites legales) que involucran los servicios que ofrecen, y que el lenguaje que se utiliza en la organización en la relación con las VSVS es fácil y claro. El 95%, (37/39) de los que respondieron a la pregunta está de acuerdo con la aseveración de que los trámites de los servicios son claros.

4.3.5. Condiciones que promueven el empoderamiento de las VSVS

El 70% (28/40) indicó estar de acuerdo con que la institución ofrece suficiente información a las VSVS sobre sus derechos, el 85% (34/40) respondió que presenta a las VSVS opciones de recursos y servicios existentes para atender a sus necesidades relacionadas con la VS, el 75% (30/40) dijo que trabaja con otros (as) proveedores de servicios dentro y fuera de la organización para responder a las necesidades de las VSVS. El 75% (30/40) está de acuerdo con que la institución consulta la opinión de las VSVS para adaptar los servicios a sus necesidades, el 12.5% (2/40) reportó que consulta a los grupos y organizaciones de mujeres para conocer sus sugerencias y opiniones sobre los servicios. El 87.5% (35/40) indicó que le explica a las VSVS los riesgos y beneficios de las intervenciones (trámites, tratamientos, procedimientos, procesos), el 92.5% (37/40) señaló que trata de que las VSVS no se sientan culpables por la VS, y el

92.5% (37/40) reportó que invita a las VSVS a exponer sus dudas, preguntas, sugerencias sobre los procedimientos, tratamientos y/o trámites a los que podría someterse. El 72.5% (29/40) señaló que promueve que las VSVS elaboren un plan de seguridad, y el 87.5% (35/40) indicó que ayuda a las VSVS a entender sus emociones (miedo, vergüenza, rabia, negación, trastornos del sueño).

Es particularmente notorio, los bajos niveles de coordinación con las organizaciones de la sociedad para conocer sus perspectivas y sugerencias en torno al desarrollo de los servicios.

4.3.6. Percepción sobre su experiencia profesional y personal en la atención a la VS

El desempeño del personal que atiende las VSVS está relacionado no solo con las condiciones de los espacios de trabajo en términos de infraestructura e insumos, pero también la significación personal del trabajo que realizan. La percepción de la experiencia laboral presenta una mezcla de valoraciones que deben ser consideradas en los procesos de mejora continua de la calidad. Por un lado, la valoración positiva por el tipo de trabajo realizado y/o los resultados de las acciones que el/la proveedor (a) ejecuta y la importancia del problema. Por otro lado, las características y efectos de la VS y las barreras que enfrentan

Percepción de las y los proveedores de servicios de los aspectos positivos del trabajo en torno a la VS

Factores	FGR	Hospitales	IML
Satisfacción asociada a las características del trabajo y la vinculación con las VSVS	<p>"Estar sensibilizada, satisfecha."</p> <p>"Me gusta trabajar en esta área."</p>	"Es satisfactoria la oportunidad de trabajar con las VSVS."	
		"Me siento sensibilizada. De esta forma puedo llegar más fácilmente a la gente."	"Es agradable poder servir, apoyar y dar palabras de aliento. Me encanta el contacto con las personas y en los casos de VS se involucra más directamente."
		"Empatía con las pacientes."	"Tratar de ayudar hasta donde se pueda."
		"Es satisfactorio porque me ayuda."	"Es satisfactorio porque las puedo ayudar para hacer justicia. En la medida de lo posible trato de no revictimizarlas y comprenderlas."
		"Es satisfactorio cuando se resuelven los casos de forma positiva."	
		"Existe mucha empatía con estas personas. Hay un acercamiento extremo."	
		"Profesionalmente es una oportunidad para apoyarles emocionalmente y evitar la culpa."	

Continúa

Factores	FGR	Hospitales	IML
Competencia técnica y capacidad resolutoria del servicios	<i>"Trato de poner en práctica la ética profesional y ser eficiente en mi trabajo."</i>	<i>"En el camino se aprende, con cada caso y cada experiencia."</i>	<i>"Tratar de dar intervención en crisis para que puedan sobrellevar esta situación."</i>
	Ética profesional y personal.	<i>"Es satisfactorio al resolver los problemas."</i>	
	<i>"A través de los años se adquieren habilidades y destrezas. Cada caso enseña diferentes cosas. Dependerá de la VSVS si quiere la asesoría y el acompañamiento que se le ofrece."</i>	<i>"Me ayuda a mantener la coordinación intersectorial con FGR, IML y otras organizaciones de la zona."</i>	<i>"Es un problema social. Es bueno que se denuncie porque si no se hace no se va a resolver el problema. Se requiere más divulgación sobre esta problemática y los derechos de las VSVS."</i>
	<i>"Actualizándome continuamente."</i>	<i>"Experiencia bastante buena en la atención médica, sin embargo, me hace falta fortalecer mis conocimientos en el manejo integral."</i>	

las VSVS para recibir una adecuada atención.

"Ya me acostumbre a ver estos casos."

Dos entrevistados del IML respondieron con muestras de experimentar procesos de desensibilización sistemática, la cual suele ser frecuente en proveedores de servicios de VS:

"Nos molesta mucho los casos pero ya estamos inmunizados. La cultura del país es que las jóvenes se embarazan tempranamente."

También las y los entrevistados señalaron retos del trabajo en VS relacionados con las complejidades del problema, las barreras institucionales y sociales para dar respuesta a las necesidades de las VSVS y ser testigos del impacto de la VS.

Número de entrevistadas (os) que reportó la existencia de medidas de autocuidado según unidades de servicios estudiadas

Medidas	Hospitales	IML	FGR	Total
Rotación del personal	4	3		7
Planes de seguridad		2		2
Planes de autocuidado	1	1		2
Verificación de traumatización vicaria y el burnout	2		1	3
Grupo (s) de contención	-	4	2	6
Medidas de bioseguridad	-	-	-	-

Percepción de las y los proveedores de servicios sobre los retos del trabajo en torno a la VS

Retos	FGR	Hospitales	IML
Carga emocional asociada a los factores culturales e institucionales que inciden en la respuesta del personal y el impacto de la VS	<i>"Es frustrante porque muchas veces el sistema no colabora y los aspectos culturales interfieren."</i>	<i>"Es frustrante al no poder resolver algunos problemas culturales o burocracia de los fiscales."</i>	<i>"Este tipo de casos me indigna."</i>
		<i>"Difícil pues carga emocionalmente y a veces uno desea hacer más por la paciente pero es satisfactorio cuando se logra brindar la atención medica pertinente."</i>	<i>"Es indignante la cultura de las personas porque no quieren denunciar. Les parece normal el abuso."</i>
		<i>"Personalmente es frustrante atender niños y niñas VSVS."</i>	<i>"Cuando veo niños me siento molesto, indignado y siento empatía."</i>
		<i>"Se siente frustración cuando se presentan estos casos."</i>	<i>"Me identifico con su dolor y trato de atenderlos en la mejor medida de lo posible."</i>
		<i>"Es frustrante. Se siente impotencia."</i>	
		<i>"Es traumante pues me pongo en el lugar de la usuaria y trato de darle el mayor apoyo emocional posible."</i>	
		<i>"Es frustrante cuando no se resuelven los problemas y sufrimos porque empatizamos con las VSVS."</i>	

4.3.7. Medidas de cuidado del personal

El cuidado del personal es un elemento clave para mantener la salud física y mental de las y los proveedores de servicios en VBG/VS y asegurar un desempeño adecuado de sus funciones. Involucra medidas de carácter preventivo a nivel individual y colectivo. Todas las estrategias de cuidado del personal examinadas

en el Estudio fueron señaladas por una baja proporción de las y los entrevistadas(os) en los tres sectores estudiados, siendo las que más reportadas, la rotación de personal por el 17% (7/40) y los grupos de contención por el 15% (6/40).

5. Oportunidades y retos de los servicios existentes

Actualmente, la VS es uno de los problemas más graves de DDHH salud y desarrollo que enfrenta la sociedad salvadoreña. En el estudio diagnóstico "Acceso a la justicia y salud en situaciones de violencia sexual" (UNFPA, 2010) se estimó que el gasto por violaciones sexuales es de aproximadamente 35.34 millones de dólares, sin contar los gastos de operación del proceso judicial. El costo social del delito de violación equivale al 0.15% del PIB y al 13.3% del presupuesto asignado a la seguridad pública en el 2009 o a casi el total del presupuesto del Órgano Legislativo para ese mismo año.⁵⁴ De enero a octubre de 2011, los delitos de VS (Violación, Violación en menor o Incapaz, Otras Agresiones Sexuales,

Estupro, Estupro por Prevalimiento, Acoso Sexual) constituyeron el 31% de todas las denuncias de delitos cometidos contra mujeres (2,252/7,253). Cabe destacar que estos datos obscurecen las cifras reales de VS ya que una significativa proporción de las otras tipologías de delitos tales como feminicidios y VIF ocurren de manera concurrente con la VS.

Las estadísticas oficiales correspondientes al período enero-octubre de 2001 muestran que las adolescentes son el grupo de mayor riesgo de sufrir delitos sexuales. El 53.7% de estos crímenes fueron denunciados por adolescentes. Asimismo, las estadísticas disponibles sobre VS y escenarios donde ella ocurre como el caso de los feminicidios, muestran retos sectoriales muy importantes. Sobre el particular, el Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres (ORMUSA, 2011) indicó que las adolescentes registran más de la mitad del total de los delitos

⁵⁴ UNFPA. 2010. Acceso a la justicia y salud en situaciones de violencia sexual. Estudio diagnóstico. El Salvador.

registrados por la PNC, siendo los más frecuentes las violaciones sexuales y el estupro; cifras que serían mucho mayor si se toma en cuenta que muchas adolescentes y mujeres jóvenes son agredidas sexualmente antes de que sus asesinos consuman el feminicidio.⁵⁵

El aumento en la demanda de servicios es un elemento crucial para las estrategias de aseguramiento

Asimismo, para avanzar en el fortalecimiento de la calidad en un contexto de ampliación de acceso y cobertura de los servicios de salud, la FGR y el IML, es necesario conocer las oportunidades y retos que enfrentan las unidades estudiadas para la sostenibilidad de sus intervenciones. En términos de respuesta a la VS, el país presenta avances importantes como los cambios en el marco jurídico, la



de calidad, acceso y cobertura, ya que implica una revisión de estrategias relativas a: la cantidad de servicios existentes, los recursos humanos, técnicos y financieros para responder a las necesidades, la ubicación geográfica, las barreras y oportunidades a nivel comunitario y familiar; y la coordinación intersectorial.

existencia de guías y normas que orientan la atención y la respuesta sectorial e interinstitucional. Para el IML ha constituido un logro importante el tener acceso a un mejor laboratorio de genética en Centroamérica, el cual cuenta con dos genetistas. Asimismo, se han producido mejoras en el servicio que provee dicha entidad. Igualmente en la FGR, se ha avanzado en la coordinación del equipo de trabajo y en salud se cuenta con protocolos y personal que ha recibido capacitación en

⁵⁵ Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres. 2011. Indicadores de Violencia Sexual. <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/violenciasexual.php>

algunos aspectos de la VS.

Paralelamente, estos sectores todavía enfrentan importantes retos que deben ser considerados en el proceso de implementación del Modelo de atención integral, los cuales fueron identificados por las y los entrevistados en el Estudio y se describen en el siguiente cuadro.

Estos retos no aplican para todas las unidades estudiadas por lo tanto, se muestran como ilustrativos de los aspectos que deben considerarse de manera individual en cada unidad de servicios al momento de desarrollar estrategias de calidad.

Unidad de servicios	Retos
FGR	<ul style="list-style-type: none"> •RRHH: Insuficiente, faltan psicólogos y trabajadores sociales. •Infraestructuras: No es adecuada, no hay espacios específicos para trabajar con las y los niños. No hay privacidad. •Insumos y equipos: Ausencia de celulares para comunicación entre fiscales ni para comunicarse con la víctima. A veces se dificulta el transporte. •Coordinación intersectorial. Muy limitada •Participación de la comunidad. Ninguna en la actualidad.
Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> •RRHH: No es suficiente porque no es específico para VSVS. Limitado particularmente en nocturnidad y fines de semana. •Infraestructura: No hay privacidad para atender a las VSVS, no hay consultorio adecuado. No hay privacidad auditiva ni visual. No hay cubículos privados en la emergencia para atenderlas. •Insumos y equipos: No hay equipamiento adecuado (emergencia). Cuentan con insumos, sin embargo no conocen los kits de emergencia. Se requieren vehículos para transporte. Se le dejan exámenes de laboratorio urgentes pero se tardan de 4-6 horas en dar la respuesta. •Coordinación intersectorial: No existe coordinación permanente y continua. Es necesario hacer relación con la FGR. No hay coordinación, solo se solicita evaluación al IML. Ha decaído la red, es necesario activarla. Es necesario coordinar con UDES para el seguimiento. Se llama a FGR, IML, Unidad de salud, pero se tardan. No hay coordinación establecida. Mayor información es necesaria para fortalecer la red de apoyo. •Participación de la comunidad: Lo hacen a través de las unidades de salud y los ECOS. No hay participación de la comunidad. No tenemos contacto con la comunidad.

Continúa

Unidad de servicios

Retos

IML

- RRHH: Falta personal para el servicio, falta enfermera y otra profesional de psicología, no se abarca a toda la población. Insuficientes, especialmente durante los turnos.
- Infraestructura: Se requiere otro cubículo para exámenes, ampliación de cubículos, no hay privacidad auditiva.
- Insumos y equipos: Son suficientes, se necesita cámara gesell y cámara colposcopio. Una de las mesas ginecológicas no sirve, el resto no son suficientes. Se requieren equipos de oficina, internet, fotocopidora. No se cuenta con kits para víctimas.
- Coordinación intersectorial. Se ha descontinuado la coordinación intersectorial, coordinación informal.
- Participación de la comunidad: Se hacían en ferias de prevención de la VS pero se han descontinuado.

6. Conclusiones y recomendaciones

a. Competencias sectoriales

Las responsabilidades sectoriales establecidas en el marco legal y otros instrumentos de políticas públicas aunque con avances en su implementación enfrentan limitaciones a lo interno de cada sector e inter institucionalmente. En primer lugar, es necesario fortalecer los mecanismos de coordinación intersectorial, particularmente en lo relativo a las redes de atención, la referencia y contrareferencia documentada, y la participación de las comunidades y las VSVS en el desarrollo de los servicios. De igual forma, se requiere establecer mecanismos de asignación de recursos sectoriales y de seguimiento a la ejecución del gasto en respuesta a la VBG/VS. La respuesta integral a la VS tiene como sustentación programática

y estratégica la eliminación de barreras institucionales y sociales de acceso a la prevención y la atención a las necesidades de las VSVS. Las políticas públicas deben garantizar la seguridad de las VSVS ya que esta es un prerequisite para lograr que las mujeres denuncien la VS y no desistan del proceso judicial, al tiempo que se enfrentan sus múltiples necesidades.

b. Oferta de servicios e infraestructura

- Las unidades estudiadas enfrentan necesidades específicas relativas a la infraestructura (privacidad, dotación de espacios para poblaciones específicas) así como en cuanto a la dotación de equipos, incluyendo vehículos, mesas ginecológicas, cámaras y teléfonos para asegurar la comunicación. La oferta de servicios de FGR, hospitales y la IML debe adaptarse a un enfoque de atención integral, que desde la especificidad de cada sector,

asegure la provisión de todas las intervenciones necesarias para las VSVS. El sector salud requiere diseminar las leyes y normas sobre VS en el personal, así como crear equipos multidisciplinarios que atiendan integralmente a las VSVS y aseguren una oferta articulada a lo interno de los servicios y con otras instancias.

- La conciliación de los casos de VS debe ser eliminada de la oferta de servicios y prácticas del sistema judicial ya que viola los derechos de las VSVS, se contraponen a lo establecido en el marco legal del país y los estándares internacionales.

- Es imperativo crear o fortalecer la referencia y contra referencia entre todos los sectores y establecer mecanismos para reforzar la participación comunitaria en la identificación y referencia de VSVS. Debido a las barreras familiares, individuales y comunitarias que enfrentan las VSVS para buscar ayuda, la integración de las comunidades a los sistemas de referencia es crucial para ampliar el acceso. La referencia debe ser documentada. Puede además, retomarse de las buenas prácticas o experiencias exitosas desarrolladas por las organizaciones de la sociedad civil.

- Resulta preocupante que con los alarmantes niveles de VS, ninguno de los sectores haya identificado estrategias de prevención primaria, además de las limitaciones existentes en intervenciones como evaluación del riesgo, aplicación de medidas de seguridad y protección a las VSVS y sus familias y la lentitud de los procesos de atención. Se deben establecer prioridades en cuanto a la prevención primaria de la VS, articulada a la atención de casos. La sostenibilidad de los servicios depende en gran medida de intervenciones en los niveles comunitario, familiar

y en población general que prevenga la VS antes de que ocurra; al tiempo que se evita la revictimización. Es importante también incorporar temas en la prevención como la VS en citas, la VS en espacios públicos, la VS en las distintas etapas del ciclo vital, masculinidades y normas de género, y VS, y la promoción del enfoque de ciudades seguras para las mujeres. A nivel mundial se cuenta con buenas prácticas de prevención primaria de la VBG/VS que incorporan actividades individuales y comunitarias y usos de medios de comunicación.

- Mecanismos de participación de las VSVS deben estar incorporados como componente clave en el desarrollo de servicios de VS en todas las instancias. Esto forma parte de las estrategias de empoderamiento de las VSVS y constituye una fuente de información clave para obtener retroalimentación permanente sobre los servicios e identificar sus necesidades.

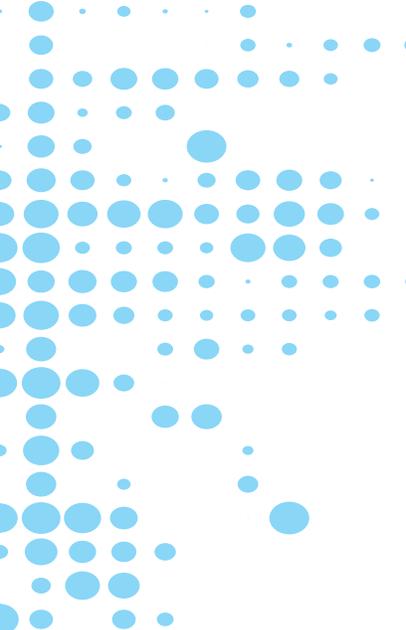
c. Acceso a los servicios

- Es necesario mapear las barreras de acceso desde la perspectiva de las VSVS, y las mujeres de población general en los distintos niveles: individual, familiar, comunitario, sectorial (justicia, salud, policía, ONGs).

- Se deben crear mecanismos para compartir y distribuir información sobre VS y los servicios existentes en las comunidades, particularmente en las escuelas, las iglesias y los centros comunitarios.

- Se recomienda trabajar con los medios de comunicación en la divulgación de información sobre VS y promoción de los servicios existentes.

- Es necesario establecer estrategias sectoriales e



interinstitucionales para eliminar las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y organizacionales. Definir estrategias focalizadas para eliminación de barreras de acceso a los servicios de VS tanto para población general como para poblaciones específicas tales como grupos étnicos, mujeres trabajadoras sexuales, inmigrantes, poblaciones móviles, discapacitadas, etc.

d. Recursos humanos

- Las distintas instancias deberían definir la composición social de los “Equipos de atención a las VSVS”, sus roles y funciones, mecanismos de coordinación y sus responsabilidades en el trabajo en red.
- Programas de desarrollo de capacidades deben ser establecidos sectorial e intersectorialmente a fin de garantizar que todo el personal tenga las competencias técnicas y acceso a recursos de información, intercambio técnico y conocimiento de buenas prácticas para ejercer sus funciones adecuadamente. Estos programas deben considerar las necesidades específicas de cada sector pero también las comunes a todos.
- Se deben identificar las necesidades de RRHH de cada institución y las estrategias para suplirlas de manera continua.
- Se deben establecer programas de cuidado para los equipos de atención a la VSVS en todas las instancias que incluyan grupos de contención, rotación del personal, instrumentos para la evaluación de burnout y traumatización vicaria, planes de autocuidado; y medidas de seguridad y protección del personal. El cuidado de las y los cuidadores (as) institucionales,

comunitarios y familiares que apoyan y/o ofrecen servicios a las VSVS debe ser parte de los principios y componentes clave de la respuesta integral a la VS.

e. Insumos, costos y tiempo de espera

- A partir de la definición de la composición y función de los equipos de VS, se debería construir un listado de insumos y equipamiento básico que requiere cada unidad de servicio según área geográfica. Esto debe estar acompañado de la capacitación en el manejo y mantenimiento de insumos y equipos.
- En cuanto a las pruebas, aunque las instancias cuentan con la capacidad instalada para llevar a cabo la recolección, análisis y procesamiento de las mismas, es necesario que las instancias de salud y el IML fortalezcan sus mecanismos para asegurar la dotación de insumos, equipos y personal.
- Aunque el marco legal salvadoreño establece la oferta de AE aún persisten prejuicios e ideas erróneas sobre su naturaleza y usos. Las estrategias de desarrollo de capacidades debe incluir actividades sobre este tema, articulándolo a otros, como la objeción de conciencia.
- Aunque la mayoría de los servicios de las instancias gubernamentales se ofrecen gratuitamente o a bajo costo, es necesario revisar los costos de certificaciones y algunas pruebas. Asimismo, los gastos en que incurren las VSVS pueden ser relativamente altos si se considera pago de transporte, alimentación, copias de documentos, medicamentos, apoyo legal, entre otros. Medidas de reducción de barreras económicas deben ser establecidas en cada institución.

- Aunque el tiempo de espera depende de múltiples factores en cada institución, estrategias para hacer la atención más expedita deben ser incorporadas en los programas de VS. Esto incluye la reducción del tiempo de espera de resultados de pruebas de laboratorio, de la oferta de servicios y entre la referencia y la fase de completar determinado proceso. Para tales fines se pueden incluir criterios clínicos, severidad, RRHH asignados a determinadas intervenciones, acceso geográfico, políticas de cero tolerancia a largas esperas, entre otras.

f. Material educativo

La ausencia de información sobre VS en todos los servicios estudiados es preocupante. El acceso a información permite a las mujeres en general y a las VSVS aumentar su nivel de conocimiento sobre la problemática, reconocer las formas de VS, sus consecuencias y los lugares donde pueden buscar ayuda.

- Es necesario desarrollar distintos materiales educativos sobre VS adaptados a diferentes audiencias y usando medios diversos (afiches, brochures, tiras cómicas, etc.) Estos deben ser validados previo a su divulgación masiva, para asegurar que sean culturalmente apropiados.
- Las salas de espera pueden incorporar spots de TV y radio así como charlas cortas sobre la VS.
- El material educativo para las instituciones debe desarrollarse en congruencia con una estrategia de prevención integral (primaria, secundaria y terciaria) de la VS que trascienda la promoción de los servicios y promueva el empoderamiento de las VSVS.

g. Sistemas de información

Los problemas en los registros de la VS requieren una revisión del proceso de producción en su conjunto desde la definición de variables, tipologías de VS, documentación, análisis, divulgación y uso de los datos para la toma de decisiones. Las categorías actuales de formas de VS superpuestas que se utilizan para documentar el problema, limitan el conocimiento de sus dimensiones reales y, por lo tanto, responder de manera efectiva a sus características y consecuencias. Se deben diseñar estrategias para el análisis, divulgación y uso de la información para la toma de decisiones sectoriales e interinstitucionales, incluyendo planificación y presupuesto.

- Además de la existencia de los formularios de registro congruentes con la naturaleza del problema, es necesario establecer medidas para que el personal los complete y documente adecuadamente la VS. Igualmente, en el sector salud, la VS no debería ser categorizada como segundo diagnóstico ya que su registro tiende a desaparecer en las estadísticas agregadas institucionales.

- La documentación de la vida sexual de las VSVS en el peritaje forense puede constituir una barrera para el análisis y documentación de los hechos y el uso de ésta información en el proceso judicial puede influir negativamente en el manejo justo de los casos. Esto afecta particularmente a niñas, adolescentes, mujeres trabajadoras sexuales, mujeres solteras y las mujeres en general, en tanto su historia sexual puede ser utilizada para justificar/ explicar la VS.

h. Programas de mejora continua de la calidad de los servicios

En el marco de la implementación del Modelo de atención integral a la VS, es necesario incorporar estrategias de mejora de la calidad de manera sistemática que influya en:

- La vigilancia de los lineamientos sectoriales de la atención a la VS y su adecuada implementación.
- El desarrollo de los equipos sectoriales y redes interinstitucionales.
- Aseguramiento de insumos, equipos e infraestructura para la atención integral a la VS.

- Los procesos que determinan la calidad, incluyendo la relación proveedor(a)-usuaria, el empoderamiento de las VSVS y el cuidado del personal.

- Medir el impacto de los servicios de VS a través de criterios clave tales como acceso y cobertura, ejercicio de los derechos de las VSVS, efectividad de los servicios, calidad de documentación de evidencia forense, nivel de satisfacción de las usuarias, reparación de derechos violados, casos con proceso judicial concluido/condenas.



Diciembre de 2011