

**Servicios de salud para  
VICTIMAS / SOBREVIVIENTES  
de violencia sexual.**



**Calidad de Servicios y  
Políticas Públicas**







**Autoras:**

Yolanda Paredes-Gaitán  
Karen Padilla Z  
Deborah L Billings

**Revisión:**

Lic. Lesbia Gutiérrez

**Foto portada:**

Sara Gómez

**Diseño y Diagramación:**

Arte & Creación Publicidad

**Correspondencia:**

Ipas Centroamérica  
Managua, Nicaragua. Apartado Postal # 1833  
informacion@ipas.org  
www.ipas.org

**Cita sugerida:**

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.

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



# INDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS o ABREVIATURAS

1

INTRODUCCIÓN

2

OBJETIVOS

2

METODOLOGÍA

5

RESULTADOS Y ANÁLISIS

15

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

21

ANEXO



# ABREVIATURAS

<b>AE</b>	Anticoncepción de Emergencia
<b>FESAL</b>	Encuesta Nacional de Salud Familiar
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de Naciones Unidas
<b>GO</b>	Ginecobstetra
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PNUD/UNDP</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>UNICEF</b>	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
<b>VBG</b>	Violencia Basada en Género
<b>VIF</b>	Violencia Intrafamiliar
<b>VS</b>	Violencia Sexual
<b>VSVS</b>	Victimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual



# INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la mayoría de gobiernos ha reconocido que la violencia contra las mujeres, adolescentes y niñas - a veces también llamada violencia basada en el género (VBG) es un problema de derechos humanos y salud pública, además de un obstáculo para el desarrollo de las naciones. La violencia sexual (VS) es una de las manifestaciones de la violencia de género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> define violencia sexual como: “...todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar, el lugar de trabajo, de estudio...”.

Según estimaciones de las Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo será golpeada, forzada a mantener relaciones sexuales, o sufrirá otro tipo de maltrato a lo largo de su vida. En la mayoría de los casos el agresor será una persona de su familia o conocida.<sup>2</sup> En tanto, una de cada cinco mujeres será víctima de una violación o un intento de violación.<sup>3</sup>

En El Salvador, la VBG es un problema fundamental. La VS, sea dentro o fuera de la familia, afecta las vidas de miles de mujeres cada año. El asesinato de las mujeres, producto del VBG, ha sido documentado en los últimos años y es tan prevalente que el término, “femicidio” ha sido adoptado y aplicado a la situación actual.<sup>4</sup>

Siendo la VS reconocida como un problema de salud pública, está implícito que toda víctima y sobreviviente de violencia sexual (VSVS) debe recibir atención en salud como un derecho fundamental, el cual debe brindarse con eficiencia, eficacia y efectividad; en otras palabras, las VSVS deberían ser tratadas con dignidad.

Como una forma de impulsar la organización y mejoramiento de los servicios de salud a VSVS, el programa regional del Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) en asociación con Ipas, han elaborado un diagnóstico de situación de la calidad de atención en salud a las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, en El Salvador, el cual fue desarrollado a través de la observación y análisis de 11 establecimientos de salud, tanto públicos como de la sociedad civil, durante el mes de febrero del 2009.

Este análisis, presenta las fortalezas y debilidades encontradas en los servicios de salud ofrecidos a las VSVS, como punto de partida para la elaboración de planes de mejoramiento continuo de la calidad de atención, a nivel de todas las instituciones que atienden a las VSVS.

Dicho estudio está enmarcado dentro del Programa Regional del Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) en América Latina y el Caribe en el Eje 4 que pretende contribuir en la prevención y mejoramiento del acceso a la salud y la justicia de las mujeres víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual (VSVS) impulsando así el fortalecimiento de los servicios de salud y los sistemas de protección legal. El resultado esperado es generar respuestas adecuadas a la violencia basada en género, especialmente la violencia sexual y la violencia doméstica, a través de intervenciones políticas, en sistemas de protección y legales, la salud sexual y reproductiva y servicios de prevención de VIH, incluso en situaciones de emergencia y post-emergencia. Este proyecto se está desarrollando en coordinación entre UNFPA, Ipas, International Planned Parenthood Federation (IPPF), y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

<sup>1</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003 (Pág. 161)

<sup>2</sup> Heise L, Ellsberg M & Gottemoeller, M. “Ending violence against women” Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health. Population Reports. Serie L Nº 11.1999; Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

<sup>3</sup> Folleto Informativo. Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres: Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas – DPI/2498 -- Febrero de 2008. Acceso el 11 de mayo de 2009.

<sup>4</sup> Informe Especial del Señor Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, Presentado al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), relacionado al cumplimiento de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW El Salvador, Centroamérica, Octubre de 2008.



## OBJETIVOS DEL ANÁLISIS Y DEL INFORME:

### Objetivo general:

Proporcionar a varios públicos—los y las trabajadores de salud, los administrativos y los que hacen políticas relacionadas con la salud-- una visión actualizada y objetiva de la situación existente en los servicios de salud ofrecidos a las VSVS, con el fin de reforzar las buenas prácticas y mejorar las debilidades existentes.

### Objetivos específicos:

- Revisar el marco legal y normativo sobre VS que existe en el país.
- Identificar los puntos de encuentro y colaboración entre los diferentes sectores responsables de la atención a VSVS (sector público y sociedad civil) que faciliten una atención de alta calidad.

## METODOLOGÍA

Observar y analizar los aspectos importantes en el funcionamiento de un servicio de salud en la entrega de servicios que abordan la gama de necesidades que tienen las VSVS: infraestructura física, recursos humanos, procedimientos técnicos y administrativos, dotación y suministros, registros y sistemas de información, acceso y calidad de servicios complementarios.

La “Guía Ver y Atender”<sup>5</sup> sirvió como base para la recolección de datos en los servicios de salud y en la revisión de marcos normativos y legales que guían las prácticas en los servicios. La Guía está basada en recomendaciones globales de la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre los servicios básicos que las VSVS deberían poder acceder. La Guía fue piloteada y validada en Bolivia, Brasil, Nicaragua y México durante los años 2005 y 2006.

- ¡Ver y Atender! comprende cuatro aspectos esenciales de la atención a mujeres VSVS:
- El marco normativo y jurídico de VS, con énfasis en las políticas que guían la entrega de servicios de salud;
- Los servicios de salud que se ofrecen a las VSVS;
- Las perspectivas y observaciones de los y las prestadores de servicios de salud que trabajan con las VSVS
- Las percepciones de las mujeres VSVS sobre la calidad de la atención.

De estos cuatro aspectos el análisis en esta investigación se centró en los tres primeros, ya que para identificar la percepción de la calidad en la atención en salud desde la VSVS, se requería de mayor tiempo, del que no se disponía y el uso de otras herramientas metodológicas, que garantizaran la seguridad de las víctimas y del equipo.

<sup>5</sup> Se describirá en más detalle los elementos de la guía en la sección metodológica. Troncoso Erika, Deborah L Billings; Olivia Ortiz y Cuatli Suarez: ¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Ipas, Chapel Hill NC, 2006.

[http://www.ipas.org/Publications/Ver\\_y\\_atender\\_Guia\\_practica\\_para\\_conocer\\_como\\_funcionan\\_los\\_servicios\\_de\\_salud\\_para\\_mujeres\\_victimas\\_y\\_sobrevivientes\\_de\\_viole.aspx](http://www.ipas.org/Publications/Ver_y_atender_Guia_practica_para_conocer_como_funcionan_los_servicios_de_salud_para_mujeres_victimas_y_sobrevivientes_de_viole.aspx)





## Marco Normativo y Jurídico

La Guía Ver y Atender contiene un instructivo para la captura y análisis de políticas relevantes al tema de VS. En el caso de El Salvador, se realizó una investigación en donde se documentó políticas acerca de la VBG y especialmente las políticas relacionadas a los servicios de salud a las que deberían acceder las VSVS.

Este análisis se enfocó en la identificación de las actividades o árbol de decisiones que cada institución debe implementar para dar cumplimiento con los lineamientos de las normas. Igualmente permitió identificar los alcances y limitaciones en la prestación de algunos servicios, que por ley no son permitidos.

Durante los meses de Enero a Mayo de 2009 se recolectaron los documentos legales y de procedimientos relacionados con el tema de violencia en todas sus expresiones y violencia sexual en particular, los cuales están vinculados con la calidad de la prestación de servicios de salud. Se llevó a cabo esta revisión para poder identificar los aspectos legales que son mandatos para aplicarse en las entidades de salud y que afectan de manera positiva o no, el desempeño en cuanto a la atención de las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (VSVS).

Durante la observación realizada a la legislación salvadoreña encontramos una gran variedad de documentos entre leyes, decretos, resoluciones, protocolos y guía, que de forma directa e indirecta, abordan el tema de la violencia sexual (VS). A continuación se enumeran los documentos encontrados sobre el tema violencia en general, algunos de ellos con componentes específicos sobre VS.

DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO
Constitución	Constitución de la República de El Salvador (1983). Fecha 15/12/1983, con reformas 2003. Publicado en el D.O. No 191, Tomo 361, del 15 de octubre del 2003.
Código	Código Penal, 1997, con reformas de 2008
Código procesal penal	Código Procesal Penal, 1996, con reformas de 2008
Ley	Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, 1996, con reformas de 2004
Ley	Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, Decreto NO. 442
Guía	Guías de atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de Violencia Intrafamiliar y sexual para hospitales de segundo y tercer Nivel, 2007
Guía	Guía para el Personal de Salud en el Abordaje de Trabajadora(es) de Sexo, 2007
Guía	Guías de Atención de los Principales Problemas de Salud de Adolescentes, 2003
Guía	Guía de Monitoreo y Evaluación del Programa de Atención Integral de Salud de Adolescentes, 2007
Norma	Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes, 2007
Política	Política Nacional de Salud, 2008
Procedimiento	Procedimiento Policiales con Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar, 2008

El Apéndice I contiene un resumen de los documentos más relevantes a la atención de VSVS en El Salvador.

## Servicios de salud que se ofrecen a las VSVS

Los establecimientos de salud del estudio, fueron seleccionados por el equipo de UNFPA El Salvador. Se seleccionaron primero los departamentos y ciudades en base al comportamiento sobre VS que han presentado en los últimos años o áreas identificadas como zonas de riesgo debido a la cercanía a un puerto. Además, se consideró la presencia de instituciones con experiencia en atención a VSVS.

La Guía fue aplicada a entidades prestadoras del sector público y de la sociedad civil que atienden a VSVS en las cinco ciudades seleccionadas:

- San Miguel, San Miguel.
- Santa Tecla, La Libertad.
- Sonsonate, Sonsonate.
- Acajutla, Sonsonate.
- San Salvador, San Salvador.

Las visitas fueron realizadas en el mes de febrero del 2009, considerando los siguientes aspectos:

- Se seleccionaron instituciones públicas y de la sociedad civil que dan atención en salud a VSVS. La participación de estas instituciones fue manejada garantizando confidencialidad y anonimato, para facilitar la participación y libre entrega de la información relacionada con la prestación de los servicios de salud a VSVS.
- Se consideraron aquellas instituciones que al momento de la observación tuviesen como mínimo un servicio de salud implementado, tal como consulta médica general o especializada, sicología, enfermería y trabajo social. Se aplicó un cuestionario auto administrado al personal del establecimiento de salud, encargado de la atención a VSVS.
- Cada institución recibió con antelación a la visita, una descripción de la metodología a ser aplicada, donde se señalaba la Guía Ver y Atender y su acceso a internet para una revisión previa por parte de los directivos de las instituciones.
- Para cada visita se solicitó la participación del coordinador(a) del área encargada de la atención a VSVS y la asistencia del personal que tuviese contacto con estas usuarias. Haciéndose énfasis en este punto para garantizar la exactitud y veracidad de la información recolectada.
- El recorrido de observación en las unidades de salud incluyó: servicio de consulta externa, urgencias o cualquier servicio dedicado a la atención en salud a VSVS y sus servicios de apoyo tales como laboratorio clínico o toma de muestras, central de materiales o esterilización, farmacia y manejo de desechos peligrosos.
- Para la revisión del sistema de información se solicitaron los formatos, fichas e historias clínicas seleccionadas al azar de la institución; aquellas instituciones que tenían sistematizada la información se les solicitó un ejemplo de información recolectada a una VSVS, para identificar todos los componentes.



## Análisis de la información

El análisis de los datos fue hecho tanto cuantitativa como cualitativamente, a pesar de las dificultades para recolección uniforme de información, ya que cada institución posee su propia forma de consignar y analizar los datos.



## RESULTADOS Y ANÁLISIS:

### Descripción de las unidades de salud visitadas:

Durante el periodo comprendido entre 16 – 23 de Febrero del 2009 se realizaron visitas de observación a un total de 11 instituciones, distribuidas en 5 ciudades. (Instituciones de Salud Públicas, ONGs y la entidad del Ministerio Público: medicina legal)

Del total de instituciones observadas y analizadas, según el nivel de complejidad, se visitó: del nivel I (6), Nivel II (5) y nivel III (0).<sup>6</sup> La distribución de las visitas y del análisis según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud por región fue la siguiente:

### ESTABLECIMIENTOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD A VSVS. VISITADAS SEGÚN NIVELES DE COMPLEJIDAD. EL SALVADOR, FEBRERO DE 2009.

NIVEL DE ATENCIÓN	SAN MIGUEL	SONSONATE	SANTA TECLA	ACAJUTLA	SAN SALVADOR	TOTAL
PRIMARIO	3	3	0	0	0	6 (55%)
SECUNDARIO	0	0	2	2	1	5 (45%)
TERCIARIO	0	0	0	0	0	0 (0%)
<b>TOTAL</b>	3	3	2	2	1	11 (100%)

<sup>6</sup> Nivel I de atención en salud: servicio básico atención en salud, con baja complejidad tanto en recursos técnicos como humanos, aquí se desarrollan principalmente acciones de promoción y protección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de algunas necesidades de salud. Nivel II igual al nivel uno enfatizando más en recuperación y rehabilitación, incluye servicios de consulta por especialidades. Nivel III Caracterizado por un alto nivel de complejidad de los procedimientos, posee especialistas y sub especialistas en diferentes áreas.

## Situación de los servicios de salud prestados.

### Privacidad, Confidencialidad y Confort

Referente al área física de valoración de la VSVS es bien sabido que estas pacientes son susceptibles a ingresar a la institución de salud por cualquier programa o área (no solo por urgencias como erróneamente se tiende a pensar). La mayoría de las personas entrevistadas cayeron en el sesgo de querer señalar a emergencia como el único servicio capaz de hacer captación de casos de VS.

Las instituciones que no poseían área de valoración física exclusiva (8) tenían consultorios dotados para valoración de tipo ginecológico. Cinco establecimientos de salud poseían deficiente ventilación natural y/o artificial en el área de valoración y deficiente iluminación natural. Si hablamos de calidad en la atención en salud, estas son variables que van en detrimento del confort para el buen desempeño del funcionario de salud, afectando por supuesto la calidad en la atención. La privacidad auditiva y visual fue adecuada en el 100% de los establecimientos, aunque algunas veces por la deficiente ventilación de los consultorios, esta privacidad era quebrantada.

Uno de los establecimientos de salud visitados se dedicaba a la atención en zonas rurales apartadas del país. Este equipo de salud, trataba de acomodar los ambientes para la atención a los y las pacientes en casas de la comunidad, en escuelas o en lugares que para tal fin les fueren dados.

En el 100% de los establecimientos observados, los servicios sanitarios fueron deficientes en número pero en buenas condiciones en los establecimientos que cuentan con ellos. Llamó la atención un establecimiento que poseía ducha y un kit de aseo y prendas de vestir que era ofrecido a la VSVS posterior a la valoración forense (atención que se considera muy humana por parte de este establecimiento).

### Recursos Humanos

Del total de establecimientos observados solo uno no poseía el recurso médico, teniendo en su personal una psicóloga y asesoras legales. Otro de los establecimientos dedicado a la parte emocional y legal, a pesar de poseer el recurso médico, no ejercía acciones de atención directa a la víctima.

El recurso humano más presente fue el personal médico general y de psicología con un 91 % (10) y 73 % (8) respectivamente, uno de los médicos encontrados cumplía solo funciones administrativas. Solo tres establecimientos estuvieron en capacidad

de brindar atención médica especializada por ginecólogo (dos del nivel I y una de nivel II) y una por pediatra (ubicada en el nivel II). Esta atención por especialista

dada en las instituciones, se encontraba identificada como política en una de ellas, las otras la referían al especialista, más por motivación propia que por política institucional.



El comportamiento más encontrado en los establecimientos, era que las VSVS eran atendidas por el personal médico de urgencias o personal médico del servicio que recibiere el caso, independiente de su especialidad.

El personal de psicología estuvo presente en 8 de los establecimientos visitados. A pesar de ser una cifra alta, hay que resaltar que dos de estos dedicaban sus recursos de psicología al área forense y un establecimiento de nivel II, solo atendía a las VSVS en el momento de la consulta. Solo dos dedicaban este profesional exclusivamente a la atención de víctimas de violencia, en el resto es asignado a la atención en psicología en el departamento y en algunos casos podían recibir personas del todo el país, a los cuales no se les podía negar la atención. Con estas limitantes la atención y el seguimiento a las víctimas no era siempre posible en el instante y la cantidad de veces que debería ser. Igual limitación experimentan para la conformación de grupos de apoyo; ya que los múltiples compromisos, no les permite, ni el seguimiento individual, ni el grupal (excepto en los establecimientos donde el recurso de psicología era de dedicación exclusiva para víctimas de violencia).

En cuanto al personal de trabajo social, se encontró presente en el 55% (6) de los establecimientos. Al igual que el recurso de psicología, trabajo social comparte responsabilidades con otros programas a excepción de dos establecimientos en los cuales atienden exclusivamente a víctimas de violencia.

Referente al personal profesional de enfermería, estuvo presente en el 55% (6) de las instituciones. A pesar que es un recurso que en otros países ha sido entrenado y lidera programas dirigidos hacia VSVS incluso en el ámbito forense,<sup>7</sup> en este caso no es identificada con un rol de liderazgo en el tema, aunque 6 de los establecimientos reportaron contar con enfermeras en la atención a la VSVS, su rol es básicamente de acompañamiento durante el examen.

El apoyo legal fue reportado en 3 establecimientos. Esta persona era responsable de la asesoría legal y acompañamiento de la víctima ante el ministerio público. Otras disciplinas fueron identificadas en la observación, pero las mencionadas se consideraron las más importantes, siguiendo los lineamientos del modelo de atención integral propuesto en la literatura sobre el tema de VS.<sup>8</sup>

Es claro entonces, lo insuficiente del número de profesionales en algunas disciplinas.

### RECURSO HUMANO (RH) EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EL SALVADOR, FEBRERO DE 2009.

DISCIPLINA	# DE ESTABLECIMIENTOS QUE TIENEN	# DE ESTABLECIMIENTOS QUE NO TIENEN
Personal Médico	10	1
Personal de Enfermería	6	5
Personal de Psicología	8	3
Personal de Trabajo Social	6	5
Abogado y/o asesor legal	3	8

Si analizamos la conformación de equipos con las disciplinas existentes que en un momento dado atienden a una VSVS, 10 establecimientos (91%) poseían equipos conformados de diferentes maneras, siguiendo la siguiente distribución.

<sup>7</sup> American Forensic Nurses "http://www.amrn.com" Acceso el 1 de Mayo de 2009.

<sup>8</sup> Se considera en la Guía médico-legal para el cuidado a víctimas de violencia sexual publicado por la Organización Mundial de la Salud Pág. 20. (2003). Que otros miembros del equipo multidisciplinario diferentes al equipo de profesionales clínicos tales como personal de medicina y/ o enfermería deberían ser: 1) consejeros entrenados (pueden ser psicólogos, trabajadores sociales o personas o grupos de la comunidad entrenados con este fin); 2) personal de laboratorio clínico y 3) el personal que maneje los contactos o seguimiento de la parte legal del caso (la autora interpreta esto como abogado (a), asesor legal, personal entrenado en el ámbito legal para orientar adecuadamente la denuncia y dar seguimiento y acompañamiento en corte o en otros trámites de justicia.

## CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN A VSVS EL SALVADOR, FEBRERO DE 2009.

CONFORMACIÓN EQUIPO DE ATENCIÓN A VSVS	# DE ESTABLECIMIENTOS CON ESTA CONFORMACIÓN
Personal Médico + Personal de Psicología + Personal de Trabajo social + Personal de Enfermería	1
Personal Médico + Personal de Enfermería	3
Personal Médico + Personal de Psicología + Asesor Legal	1
Personal Médico + Personal de Trabajo Social	1
Personal de Psicología + Personal de Trabajo Social + Asesor Legal	2
Personal Médico + Personal de Psicología + Personal de Enfermería	1
Personal Médico + Personal de Psicología + Personal de Trabajo social + Personal de Auxiliar de Enfermería	1
Personal Médico	1

Total de establecimientos de salud analizadas: 11

### Equipamiento e insumos médicos para la atención:

**Equipamiento:** En general la dotación encontrada fue completa a excepción de un establecimiento que no poseía otoscopio. Todos poseían los otros elementos de dotación clínica mínima (espéculos, equipos de valoración física ejemplo el estetoscopio). El estado de los equipos era adecuado.

Todos los establecimientos de salud reportaron usar espéculos reutilizables, preocupando que la limpieza y esterilización de éstos tenía deficiencias marcadas. La no existencia de protocolos en estos aspectos, hace que cada institución cree sus propias diluciones de las sustancias de esterilización y mecanismos de limpieza y esterilización.

El sistema de esterilización predominante en el 100% de los establecimientos que hacían atención clínica (9), fue el autoclave. Uno de los establecimientos no tenía equipos de esterilización. En esta institución y por motivación propia de la auxiliar de enfermería, los instrumentos de valoración, como los espéculos, eran llevados a una entidad externa que como “un favor” los esterilizaba. En este caso no existía un adecuado seguimiento y estructura del pre-lavado, empaque y transporte de este material que reuniese los requisitos mínimos para un adecuado manejo y esterilización. Todas las instituciones señalaron la cinta de esterilización como el único mecanismo de corroborar que la esterilización había sido exitosa, esta es una atribución errónea dada a la cinta de esterilizar, la cual se comporta como un marcador físico que permite clasificar y separar el material esterilizado del no esterilizado. Es una cinta sensible al calor que en cualquier condición de cambio de temperatura cambia su color, sin querer esto decir, que la esterilización se ha llevado a cabo.

La falta de información y el desconocimiento de variables de esterilización tales como: temperatura, presión y tiempo fue una constante. Solo una institución señaló el ejecutar pruebas biológicas para corroborar el adecuado funcionamiento de los equipos de esterilizar, ésta no estuvo en capacidad de mostrar registros que indicaran el cumplimiento de esta actividad.

Referente al mantenimiento de equipos (como centrífugas) fueron muy deficientes, solo una institución estuvo en capacidad de demostrar un sistema implementado de mantenimiento preventivo y predictivo de equipos; de los restantes, ninguno presentó hoja de vida de equipos o registro de mantenimiento que permitiera evidenciar un sistema de mantenimiento predictivo y preventivo de los equipos que de paso al control de variables que puedan interferir en la adecuada lectura de pruebas.



## INSUMOS MÉDICOS

### Medicamentos:

- **Analgésicos:** fueron hallados en la mayoría de los establecimientos de salud (55%). Entre los analgésicos más presentes se encontró Acetaminofen, Ibuprofeno y Diclofenac.
- **Anticonceptivos para anticoncepción de emergencia (AE):** Lo-Femenal. Se encontró en 5 de los establecimientos de salud.
- **Antibióticos para quimioprofilaxis para ITS:** Sulfas, Dicloxacilina, Ciproxacilina, Penicilina Benzatinica, Azitromicina, Amoxicilina, Ceftriaxone, Metronidazol, Eritromicina, Secnidazol y Clotrimazol. A pesar de que el 67% de los establecimientos cuenta con medicamentos, solo 2 de ellas lo administran como profilaxis. El número promedio de medicamentos encontrados por establecimiento fue de 4 tipos. Solo un establecimiento tenía en existencia aciclovir para los casos de herpes genital.
- **Profilaxis para VIH:** Solamente una institución reportó tener y usar insumos para quimioprofilaxis de VIH.
- **Profilaxis para Hepatitis B:** Ningún establecimiento reportó suministrar a la VSVS la vacuna de la Hepatitis B.

De todos los establecimientos que registraron poseer medicamentos, el 100% demostraron tener inventario y control de los medicamentos. Estas tenían implementado un sistema de logística que permitía la organización de los medicamentos, el adecuado almacenamiento, la verificación de fechas de vencimiento y caducidad.

**Material de reposición periódica:** Como otros insumos, se encontró que todos los establecimientos poseían guantes de un solo uso y que el lubricante usado para la valoración clínica más presente fue la glicerina. La literatura recomienda el uso de solución salina, dado que los lubricantes estándar usados, pueden impedir una valoración forense de la movilidad espermática y de la fosfatasa ácida.<sup>9</sup> Este procedimiento estándar fue claro en las instituciones con ámbito forense.

**Reactivos:** Del total de establecimientos de salud, el 46% (5), poseen el recurso de laboratorio clínico con pruebas básicas tales como VDRL<sup>10</sup>, Gram de secreción vaginal, prueba rápida de VIH, prueba de embarazo etc. Los establecimientos con laboratorio y/o toma de muestras poseían pruebas rápidas para VIH, la más común fue el “Determine”. Ningún establecimiento visitado poseía la prueba de ELISA<sup>11</sup>, tampoco poseen la prueba de clamidia, cultivo de secreción y prueba de hepatitis B.

A cerca del mobiliario, se registró que todos poseían lo mínimo para garantizar la atención, se encontró: camilla, lámpara de cuello de cisne, escalerilla, entre otros.

## MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS

Ningún establecimiento de salud posee un programa de administración del residuo peligroso.<sup>12</sup> Siete establecimientos señalaron que el residuo era entregado a la ruta urbana de residuos sólidos. Uno poseía en el jardín un cuarto en concreto bajo la tierra el cual era cubierto con una tapa de concreto. El establecimiento no tiene un documento que especifique cuál sería el manejo de este residuo después de almacenamiento in situ de ese material. El mismo no poseía control de humedad, olores, gases etc. Todos los establecimientos que reportaron uso de material corto punzante, tenían sistemas de almacenamiento in situ de ese material.

<sup>9</sup> International Planned Parenthood Federation (IPPF), “Estrategias para el Tratamiento y la Prevención de la Violencia Sexual. 2003. Pág. 18

<sup>10</sup> Denominación de las siglas en ingles de VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

<sup>11</sup> ELISA : de las siglas en ingles “Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay” (Ensayo inmuno enzimático ligado a enzimas). Es el acrónimo en inglés para enzimo inmuno análisis de adsorción, este es un examen de laboratorio comúnmente usado para detectar anticuerpos en la sangre.

<sup>12</sup> Dos de las US no entraron en el análisis de residuo peligroso dado que se dedicaban solo a la atención emocional y legal de la VSVS.

## RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE PRUEBAS FORENSES:

Aunque el número de establecimientos con laboratorio y /o toma de muestras es alto, no es suficiente información para hablar de calidad, es necesario determinar el tipo, cantidad y calidad de las muestras allí procesadas. Con respecto al tipo de prueba para ITS la más predominante fue el VDRL y la prueba rápida de VIH.

Los establecimientos de salud señalaron remitían a la VSVS a laboratorios especializados para proceder con las pruebas que no poseían, incluyendo ésto la prueba de ELISA para VIH. Ninguno de los establecimientos tenía sistemas implementados de seguimiento. Queda en duda si la VSVS procede a asistir a otras instituciones para la toma de las pruebas y si además éstas son hechas en el tiempo mandatorio si el asalto sexual ha sido reciente.

Referente al archivo y custodia de muestras, 2 establecimientos mostraron irregularidades en el archivo y custodia de las muestras, en una de ellas se encontró que las muestras eran almacenadas, posterior a su análisis, en un cuarto con problemas de temperatura y eran archivadas en cajas; aunque la entidad como política identificaba las muestra con un código único, el sistema de almacenamiento no es el adecuado, para garantizar la protección de la muestra de factores tales como temperatura, vectores etc. Uno de estos establecimientos con problemas de logística de las muestras, incluso almacenaba la muestra en un cuarto sin seguridad antes de esta ser trasladada al laboratorio central de medicina legal. En las instituciones de medicina legal se encontraron formatos diseñados para garantizar la custodia y adecuado transporte de las muestras al laboratorio central.

La falta de control de la temperatura se ve agravada por la ausencia de sistemas alimentadores de energía de emergencia (los establecimientos de salud que poseían plantas de emergencia, no tenían claro si estas estaban en capacidad de alimentar los refrigeradores que contenían las muestras de sangre y los reactivos). Los fines de semana nadie garantizaba el seguimiento de la temperatura, presencia o ausencia de energía, esto en caso de cortes de energía.

En cuanto a la prueba rápida de VIH, la más predominante fue la Determine según las indicaciones dadas por el fabricante esta prueba debe ser almacenada a temperaturas entre 2 a 30 °C. Como se mencionó anteriormente debido a la no existencia de sistemas de alimentación de energía de emergencia, no hubo forma de dilucidar si esta temperatura era mantenida durante cortes de energía.

Exceptuando el establecimiento de medicina legal, ninguna tenía personal capacitado en el ámbito forense, los establecimientos adujeron que dependiendo del caso decidían atender la paciente y si el suceso era muy grave preferían primero referirla al forense para que este evaluara desde el inicio. Cuando en este punto se exploró sobre cómo se garantizaba el retorno de la VSVS para su posterior manejo (otras pruebas, quimioprofilaxis y seguimiento) la respuesta fue negativa.

En el caso de medicina legal, fueron muy enfáticos al demarcar sus funciones con respecto a las VSVS, la cual se enfocaba en la valoración e identificación de evidencias que pudiesen alimentar el caso ante los juzgados. El seguimiento y posterior abordaje de los efectos a la salud de las VSVS era dejado a cargo de entidades públicas, a las cuales referían las VSVS. Medicina legal reportó tener en su laboratorio central pruebas de toxicología, DNA, fosfatasa ácida, y grupo sanguíneo.





## TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS VSVS

### Abordaje del embarazo en las VSVS

- Las acciones para enfrentar un embarazo producto de violación fueron deficientes debido a la falta de respaldo legal existente en el país sobre el tema aborto. Es muy lamentable que la alternativa de la interrupción del embarazo no exista para ser brindada a las VSVS. Existen múltiples ejemplos de países con legislaciones muy estrictas sobre este tema, que aun así, han abierto una puerta a la opción del aborto cuando éste es producto de una violación o incesto y o cuando representa una amenaza para la salud física o mental de la mujer.<sup>13</sup> La adopción es otro punto delicado, debido a situaciones acaecidas con respecto al tráfico de menores, muchos profesionales expresan el temor de tratar el tema con las VSVS, porque pueden ser señalados como parte de una red de tráfico de menores. Ninguno de los siete establecimientos de salud mostró la existencia de un protocolo que permitiera orientar y ayudar a la VSVS a avanzar en su decisión y trámite de dar al bebé en adopción. En lo referente a control prenatal, cuatro establecimientos que lo brindaban como programa, contestaron afirmativamente ofrecerlo a las VSVS que estuvieren embarazadas.

### Apoyo emocional

- A pesar de que el 73% de los establecimientos de salud reportaron poseer el recurso en psicología, éste era compartido en 3 de los establecimientos con diferentes programas, a excepción de uno cuya dedicación era exclusivamente para víctimas de violencia y el personal de sicología de medicina legal que solo tenían un enfoque forense (ver sección sobre Recurso Humano). Uno de los establecimientos de medicina legal reconoció brindar apoyo emocional a las víctimas en el momento de la consulta, es decir, el abordaje a la víctima en la parte emocional se hacía más allá de lo forense para brindar un apoyo en crisis.

### SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACIÓN DE CASOS:

Nueve de las 11 instituciones presentaron cifras sobre las VSVS. Una de ellas lo hizo basada en estimaciones más que en datos registrados. Encontrar esta información caracterizada por sexo, fue posible en 8 (89%) de los establecimientos que poseían los registros.

Es importante resaltar que medicina legal posee un recurso dentro del personal médico que ha impulsado con mucha dedicación el mantenimiento agudo y preciso de los registros. De la misma forma se ha preocupado por su análisis y uso de esta información para impulsar cambios políticos al interior del país. Este médico haciendo uso de EPI-info mantiene una base de datos que permite caracterizar el comportamiento de la VS en El Salvador. Algo que si se puede afirmar es que medicina legal y las entidades de salud visitadas (que pertenecen a la institución responsable de las políticas hacia la mujer en el Salvador) por las implicaciones jurídicas de los eventos que manejan, tienen registros un poco más precisos y consistentes. El Traumagrama<sup>14</sup> solo se encontró presente en algunos registros de medicina legal.

<sup>13</sup> Sarah Bott, Alessandra Guedes, María Cecilia Claramunt, Ana Guezmes. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo.

<sup>14</sup> Un Traumagrama es un diagrama de la figura desnuda donde el proveedor de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles.



Otros establecimientos demostraron tener totalmente sistematizada la información, alimentando una base de datos que permite un análisis muy amplio de las víctimas de violencia, incluyendo las víctimas de violencia sexual. Llamó la atención en este sistema, los mecanismos para garantizar la confidencialidad y la privacidad de la información. Dado lo delicado de la información contenida en la base de datos sobre VSVS y otros tipos de violencia, ésta podía accederse solo con claves que identificaban a los trabajadores. Cualquier cambio en una información previamente colocada en el sistema, debía ser autorizado por una serie de personas que ratificaban que el cambio era adecuado. Este cambio de información era hecho bajo una serie de claves de acceso como medida de seguridad.<sup>15</sup>

Los registros usados en los 9 establecimientos de salud fueron variados, presentándose el siguiente comportamiento.

### TIPO DE REGISTROS UTILIZADOS EN US OBSERVADAS QUE ATIENDEN A VSVS. EL SALVADOR 2009.

TIPO DE REGISTRO	# DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Solo ficha única sobre violencia	6
Solo historia clínica	2
Historia clínica y ficha	1
otros <sup>a</sup>	1
No posee registro	1

<sup>a</sup> Como otros registros se encontró la historia clínica del adolescente que contempla la violencia dentro del análisis de antecedentes

La historia clínica en los 11 establecimientos tenía diferentes contenidos. En 7 instituciones se encontró el uso de una ficha que había sido diseñada por una entidad del gobierno que trabaja por el bienestar de la mujer. Esta ficha se encontró computarizada, era de fácil llenado y su contenido con respecto al hecho de violencia, era información general, se encontró ausente otra información de importancia para el manejo clínico de la víctima y para su posterior proceso jurídico.

Los registros fueron variados en calidad y deficientes en contenido, contemplando información general, estando ausente información detallada de interés acerca de la víctima y victimario. Se pudo observar que estas fichas únicas no incluían componentes definidos por la OMS como importantes:

- Mecanismo de la lesión y uso de armas u otros objetos.
- Intento o consumación de la penetración, descripción de ésta, tipo de objetos o parte del cuerpo utilizada para este propósito.
- Sitios de eyaculación.
- Uso o no de condón, algún lubricante o anticonceptivo.
- Uso de la restricción de movimientos.
- Actividades desempeñadas por la VSVS antes de la consulta que puedan haber alterado evidencia. (ducha, uso de servicio sanitario, uso de tampón).
- Si hubo sexo con consentimiento en las últimas 72 horas.

<sup>15</sup> Esta US especialmente se encargaba del apoyo emocional y legal de las VSVS, la información recolectada alimentaba procesos jurídicos, de allí lo delicado del cambio o alteración de la información previamente recolectada de la víctima.

- Si la VSVS se cambió de ropa.
- Si usó anticonceptivos y fecha de la última menstruación.
- Si está embarazada.
- Datos sobre la apariencia general de la víctima.
- Lesiones (descripción, número, ubicación y tamaño). <sup>16</sup>

Otro hallazgo de interés fue el encontrar registros del ministerio tales como el registro de atención al adolescente, que contempla en unos de sus apartes, la exploración sobre el tema violencia incluyendo la violencia sexual.

Cinco de las entidades visitadas poseían un análisis de la información, una de ellas incluso difundía los resultados a nivel nacional. En los establecimientos que reportaron sistemas de registro, todos los encontrados fueron deficientes en lo referente al seguimiento a la VSVS en su parte clínica.

## PROGRAMAS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE VS

El material informativo y educativo encontrado fue de buena calidad, aunque insuficiente en cuanto al tipo de temas tratados y la cantidad. La presencia de material que mercadee los servicios que las personas pueden recibir dentro de la institución, estuvo presente en solo dos de los establecimientos de salud. El tema más predominante fue sobre la prevención de VIH/SIDA. Esta información no tenía relación con el tema de violencia sexual. Era más desde el ámbito de definir qué es y cómo prevenirlo. Uno de los establecimientos se destacó por el uso de múltiples métodos de difusión de la información más allá de los carteles y de los folletos, materiales tales como brazaletes con mensajes alusivos al tema de violencia, dulces y confites con frases en el empaque educando sobre prevención de la violencia, pañoletas y diseñadas para jóvenes con diferentes mensajes etc., son algunos de los ejemplos que se pueden mencionar.

### MATERIAL EDUCATIVO ENCONTRADO EN LA OBSERVACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. EL SALVADOR 2009.

TEMAS EDUCATIVOS O DE DIVULGACIÓN / # de establecimientos con materiales acerca de:	CARTELES	FOLLETOS
Aborto	0	0
PAE	2	1
Ubicación de Centros Jurídicos	4	4
Cuestionario auto administrativo sobre violencia	0	0
Derechos Humanos	7	7
Derechos Sexuales y Reproductivos	7	8
Métodos Anticonceptivos	4	4
Promoción del servicio de violencia	3	3
Violencia de Género	3	3
Otros <sup>a</sup>	9	9

<sup>a</sup> Se encontraron como otros temas VIH, VIF y material educativo de otros programas de atención primaria.

<sup>16</sup> U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime. "Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development and Operation Guide. Pag. 77.

<sup>17</sup> El cuestionario de auto diagnóstico de la violencia consiste en preguntas de tamizaje que se pueden hacer durante la consulta o en sala de espera para identificar pacientes que han sido víctimas de Violencia sexual o incluso víctimas de otra clase de violencia. Existen varios ejemplos de este tipo de preguntas, el objetivo de este cuestionario es permitir a la víctima identificar que en la institución de salud hay gente en capacidad de brindarle ayuda. En algunos casos para aquellas víctimas que todavía no se identifican como tal las lleva a la auto reflexión para llegar a la conclusión de que son víctimas de abuso y deben pedir ayuda.

## **ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

El cuestionario de auto diagnóstico de la violencia <sup>17</sup> fue solo sustentado por una US. Este instrumento es de gran interés si pensamos en la detección temprana del abuso sexual. La exploración en consulta de la violencia de género fue identificada solo en 4 entidades, que refirieron hacer preguntas de tamizaje, en éstas no se encontró un protocolo como tal para la detección de la VG.

De los 11 establecimientos observados, 4 reportaron no ejecutar actividades preventivas en el tema de VBG, 3 de ellas porque consideraban que la prevención estaba fuera de su ámbito, este es el caso del área forense.

Como actividades preventivas se mencionaron, charlas educativas a comunidades, uso de sociodrama, videos, cine móvil, ferias de la salud con énfasis en el tema violencia en general y programas en emisoras de radio y cable local. Uno de los establecimientos visitados tenía una trayectoria de años en el tema de violencia y se destacó por la variedad de metodologías educativas usadas para la difusión del tema de violencia en todas sus expresiones.

## **PROGRAMAS DE CONTENCIÓN, AUTO CUIDADO Y ROTACIÓN DEL PERSONAL**

Del 100% de los establecimientos de salud visitados, 3 refirieron tener programas de contención para el personal de salud. Estos 2 establecimientos contaban con charlas periódicas sobre temas emocionales. La rotación de personal fue encontrada en 2 establecimientos visitados. Las personas entrevistadas expresaron que esta rotación en la mayoría de los casos representaba cambios en la ciudad de residencia, con todos los traumas propios de la adaptación al cambio que esto representaba.

También fue notorio en uno de los establecimientos de salud visitados, que la no existencia de vacaciones para parte de su personal, era motivo de sobrecarga emocional.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La atención integral de las VSVS debe ser un objetivo primordial e inaplazable. Esta atención debe comprender, atención física (que puede ser dada por personal médico y de enfermería), emocional (por personal de psicóloga o trabajo social entrenado) y legal (atención forense y orientación, e inicio del proceso legal); todos los componentes de la atención que amerita una VSVS tales como la prevención, detección, atención, sanción y recuperación deben estar al alcance de la víctima.

Esta atención integral debe incluir también el poder brindar a la VSVS la toma de pruebas de laboratorio, ya sea para ser procesadas en el establecimiento de salud o para ser tomadas y enviadas a laboratorios especializados, garantizando así la toma de la prueba de laboratorio y el futuro seguimiento de la misma. Aunque existen textos que interrogan la efectividad de algunas de estas pruebas, el diagnóstico de las ITS no pierde importancia desde el ámbito legal. En muchos casos, los diagnósticos permiten identificar si la VSVS tiene o no alguna ITS desde el ataque o si la infección es producto de la violación.

Mientras se implementa la posibilidad de la atención integral, medicina legal debería analizar a su interior la posibilidad de brindar una atención en salud más allá del análisis y toma de muestras en términos de la evidencia, brindando concomitantemente una atención clínica a la VSVS, de manera conjunta con su atención forense.

La atención integral permitirá de parte del establecimiento de salud poder ofrecer a la VSVS la quimioprofilaxis completa (en el marco de tiempo ideal), evitando la pérdida de la paciente mientras transita dentro del ciclo de la re victimización. Además la atención integral debe considerar el acceso permanente a la misma, es decir el horario de atención por personal capacitado debe ser a cualquier hora, en cualquier día de la semana.

### Manuales, protocolos, guías y procedimientos administrativos

- Los establecimientos de salud deben elaborar protocolos claros de manejo de las VSVS, basándose en su realidad tal como en los servicios que poseen y disponibilidad de recurso humano, (Es importante mencionar que El Salvador posee protocolos para atención de VSVS para nivel primario y secundario, solo un establecimiento poseía éste en el momento de la visita). En cada protocolo los establecimientos deben implementar mecanismos que permitan re- contactar la VSVS en caso de que ésta no asista a sus seguimientos. Estos seguimientos deben estar escritos en el protocolo en términos de tipo de seguimiento, periodicidad de los mismos y árbol de decisiones o referencia con base en los hallazgos. Un ejemplo de este seguimiento son las pruebas de VIH periódicas que se deben hacer hasta dar de alta a una VSVS, o el seguimiento a la toma y efectos de la quimioprofilaxis.
- Los protocolos y guías deben ser documentos muy precisos, que sirvan como un verdadero árbol de decisiones del actuar de los profesionales atendiendo a la VSVS, siendo muy importante el que sean aterrizados a la realidad de cada institución y no una copia del protocolo realizado por otra US.
- El término violencia de género debe reconocerse a todo nivel institucional, para así garantizar una amplia gama de la identificación de los casos de VS y no limitarse solo a la identificación de la VS dentro del ámbito de la VIF.

- Definir de forma clara en los protocolos, como debe ser el manejo (clínico y psicológico) para la VSVS con posible embarazo producto de la violación (antes, durante y post-natal).
- Los establecimientos debe analizar la posibilidad de brindar la orientación y facilitar los mecanismos para apoyar de manera eficaz a aquellas VSVS que decidan dar en adopción al bebé producto de violación. Deben elaborarse protocolos claros y documentos que dejen constancia de un proceso limpio y avalado por un ente gubernamental.

### Infraestructura física:

- En la estructura física debe pensarse en un futuro idear mecanismos de mejora de los servicios sanitarios y de la ventilación en las áreas de consulta. Algunas veces existen alternativas de solución arquitectónicas de bajo costo que ayudan a abordar esta situación. No debe descartarse para un futuro crecimiento de los establecimientos, que estos aspectos deban ser tomados en cuenta.
- Cada institución debe definir acorde con sus capacidades cual es el área física que brinda las mejores condiciones de privacidad y confort para la atención a la VSVS. Dada las características de estos pacientes, es importantísimo que estas variables se garanticen.
- Aunque solo dos instituciones mostraron problemas de privacidad auditiva y visual, las restantes no se exoneraron de tener problemas de privacidad (a pesar de poseer infraestructura física que la podía permitir). Aquellas instituciones que poseen la posibilidad de la privacidad en consulta pero la quebrantan debido a la baja ventilación y manejo de altas temperaturas en el ambiente, deben buscar mecanismos de mejorar estos aspectos y así poder garantizar la privacidad que la VSVS merece.

### Recursos humanos

- Otra forma de disminuir la posibilidad de re victimización sería el poder capacitar más personal de salud en la atención forense, sobre todo para aquellos profesionales que cubren áreas alejadas de los servicios pilotos de medicina legal. En estos casos facilitaríamos la atención, seguimiento, denuncia y justicia en los casos de personas habitantes de zonas rurales alejadas. Alternativas como capacitar más personal de salud en temas forenses, incluyendo personal de enfermería y psicología, plantear la posibilidad de equipos móviles, dotados y capacitados para la atención en crisis emocional, la atención en salud y la toma de evidencia forense (como el ejemplo SANE en USA) deben tomarse en cuenta.<sup>18</sup> En caso de ser necesaria la remisión de las VSVS, debería facilitarse el traslado de ellas, para así garantizar el que la VSVS reciba toda la atención que necesita. (no se debe descartar el pensar en otras alternativas tales como equipos completos en los establecimientos de salud para la atención a VSVS o equipos móviles o instalar un modelo integral).

<sup>18</sup> La experiencia SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) enfermeras evaluadoras de víctimas de asalto sexual, consiste en una propuesta incorporada desde los noventas en Estados Unidos, donde se pretendió darle a la enfermera un papel más robusto en el manejo de VSSV, este papel incluyó: "la valoración de pacientes, la elaboración y recolección de evidencias forenses; la evaluación y aplicación de medidas preventivas para ITS; la evaluación y prevención del embarazo; la intervención en crisis y el cuidado de la lesiones (algunas de estas completadas por el personal médico cuando el caso lo ameritara)" [http://www.ovc.gov/publications/bulletins/sane\\_4\\_2001/welcome.html](http://www.ovc.gov/publications/bulletins/sane_4_2001/welcome.html)

- El entrenamiento al personal de salud profesional y técnico en el tema de violencia sexual es imperativo. A pesar de los múltiples esfuerzos que se ha hecho en promover la capacitación en temas de violencia en El Salvador, todavía es evidente la falta de preparación en el manejo de las VSVS. Esfuerzos como las consejerías de familia, antes implementadas, deberían fortalecerse capacitándolos sobre VS. Este entrenamiento abrirá nuevamente la búsqueda activa de víctimas de violencia sexual, no solo en el ámbito del servicio de emergencias, sino también en cualquier otro servicio que las mujeres busquen para su atención.
- El entrenamiento se debe de iniciar en las universidades que llevan las carreras de salud, medicina, enfermería y salud pública.
- El tema de violencia basada en género y la violencia sexual debe de formar parte de la curricula de cada programa.
- El liderazgo del profesional de enfermería podría reforzarse más, en términos de responsabilidades y en número, para cubrir incluso, zonas alejadas donde el recurso de personal médico no existe. Además de capacitarlo en aspectos administrativos necesarios para el buen funcionamiento de los programas.
- El recurso humano debe garantizar que los servicios a la VSVS sean brindados 24 Horas/Día, 7 Días/Semana los 365 días del año, por el tema de que en vacaciones y emergencias debe existir servicios para las VSVS.
- Permitir a la VSVS decidir el sexo del personal de salud que estará atendiéndola, lo que tiene un efecto directo en la comodidad para la usuaria y la calidad del servicio de salud brindado.
- El recurso personal de Psicología debe ser incrementado para garantizar no solo la atención en crisis, sino también el seguimiento de las víctimas. Este personal debe ser capacitado en el tema de VBG y VS. El desempeño y recurso humano de la trabajadora social, debe ser retomado dada la importancia y gran apoyo que brinda en estos temas, donde el aspecto social es tan complejo y necesita tanta intervención.
- El recurso humano debe ser seleccionado acorde con la región, para respetar y saber negociar aspectos culturales que pueden intervenir en la atención.
- En todos los establecimientos que brindan este servicio de salud, debe incorporarse un componente de auto cuidado para el personal que trabaja con VSVS.

### Equipamiento e insumos

- Cada servicio de atención a VSVS debe poseer un equipo completo de valoración, que incluya el acceso de equipos de órganos de los sentidos (Otoscopio). Cabe mencionar que algunos agresores perforan la membrana timpánica, usualmente cuando imparten cachetadas. <sup>19</sup>

<sup>19</sup> World Health Organization. .Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence.2003 Pag. 51.

- Todas los establecimientos de salud deben elaborar y ser entrenadas en la adecuada limpieza, empaque y esterilización de sus equipos, temas como las diluciones y tipos de sustancias a utilizar con los espéculos, deben ser de manera inmediata aclaradas e implementadas. No se debería descartar la posibilidad de usar espéculos desechables. Aun así, el uso de espéculos desechables, no descarta la urgencia de mejorar los sistemas de limpieza y esterilización.
- Todos los establecimientos usando equipos de esterilización, deben ser capacitadas en implementar controles físicos, químicos y biológicos claros, que garanticen la calidad el proceso. Deberían planearse acciones conjuntas entre los establecimientos de salud o adecuarse los procesos para así disminuir algunos costos derivados de la implementación de éstos, como es el caso del control biológico, que puede ser costoso, se puede adecuar que solo se realice una vez cada mes, dependiendo del volumen de material que maneje central de materiales.
- En cuanto a la dotación de medicamentos e insumos, cada establecimiento de salud atendiendo VSVS, debería poseer un kit completo de atención y manejo que garantice un servicio con calidad. Cada establecimiento debe dotarse de solución salina como lubricante para el examen ginecológico, igualmente deben poseer dotación para, según el caso, brindar la quimioprofilaxis que la paciente amerite. En aquellos establecimientos que tienen programas de vacunación, la vacunación para Hepatitis B, debería ser una opción brindada a la VSVS. Para el uso de estos kit y su profilaxis, el personal debe ser entrenado.
- La AE debe difundirse ampliamente en los establecimientos de salud en la atención a VSVS. Todo el personal debe ser entrenado y sensibilizado para el uso de esta alternativa, incluso debería pensarse en este tipo de capacitación no solo a nivel de los establecimientos que atienden a VSVS, sino a todo nivel, así la mujer en cualquier momento sabrá que existe esta alternativa en caso necesario.

### **Manejo de residuos peligrosos**

- A nivel nacional, es hora de abordar el problema de residuos biológicos, no se puede descartar que el actual manejo del desecho peligrosos, puede estar propiciando que manos inescrupulosas estén reutilizando materiales de atención médica.

### **Toma de muestras**

- Aquellos establecimientos que poseen laboratorio, deberían evaluar la capacidad instalada que poseen para así analizar la posibilidad de brindar otras pruebas. Fue llamativo, cómo laboratorios con buena dotación y recurso humano, ofrecían solo unas cuantas pruebas a la VSVS.
- Los laboratorios deben implementar mecanismos regulares de mantenimiento preventivo y predictivo de los equipos, para garantizar la calidad de los resultados, éstos en algunos casos, pueden ser negociados con el proveedor del equipo.
- Todos los laboratorios y tomas de muestras, deben de manera inmediata, implementar un sistema de cadena de frío, que garantice el buen almacenamiento de muestras y reactivos.





- Cada establecimiento de salud con laboratorio clínico o toma de muestras, deben garantizar que sus refrigeradores tengan una alimentación de energía de emergencia (ante cortes de energía).
- Los laboratorios y tomas de muestras, deben elaborar protocolos de toma, manejo, almacenamiento y transporte de las muestras, éstos deben ser de cumplimiento obligatorio.
- Los laboratorios y áreas de almacenamiento de medicamentos, deben implementar un sistema de logística de reactivos y medicinas que permita la organización, inventario, adecuado almacenamiento y provisión de estos elementos, para garantizar la calidad de los mismos.

### Sistema de registro e información de casos

- Los establecimientos de salud deben mejorar los sistemas de registros, ésta debe ser una política impulsada desde los entes de gobierno, para unificar los registros y permitir un análisis conjunto del problema, entidades públicas y de la organización civil deberían unirse en este objetivo, esto incluso facilitaría la comunicación entre instituciones y colaboraría en disminuir la posibilidad de re victimización.
- El uso de un formato completo con la información necesaria a ser documentada sobre el hecho y el estado actual de la víctima, debería ser común; el uso de papel químico facilitaría en caso de remisión, el envío de la información al sitio de referencia de la VSVS y así evitar re interrogar. Igualmente éste debería ser diseñado de tal forma, que facilite su llenado y su futura sistematización para automatizar los resultados; debería también incluir un traumograma en su contenido.
- Se podría copiar el ejemplo de los programas de vigilancia de VIH que han implementado en algunos países de Centro América, tal es el ejemplo del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida en El Salvador ( SUMEVE)<sup>20</sup> este formato consiste en una ficha de atención a personas atendidas en vigilancia al VIH & SIDA. Esta ficha es precisa en la información, fácil de llenar y sistematizada, así los departamentos de epidemiología pueden tener comportamientos actualizados de esta enfermedad con mucha regularidad.
- El análisis de la VS debería incluir una discriminación por edad y sexo para ser más preciso en el análisis de su comportamiento.
- La historia clínica general debe mejorarse, implementando modelos de historia clínica completa que incluyan todos los componentes, ésto no solo es mandatorio para el caso de VSVS, sino que incluso afecta a todos los servicios prestados por un establecimiento de salud.
- La ficha encontrada en varios establecimientos, debe complementarse su contenido y hacerla difundir tanto en entidades del gobierno como ONG.

<sup>20</sup> Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-Sida en El Salvador ( SUMEVE) que consiste en una aplicación web que es totalmente restringida (solo a usuarios autorizados). Los datos son mantenidos a tiempo real. El SUMEVE, es un software que se accede por un navegador sobre una red, ya sea internet o intranet, no necesita licencia y le asigna a cada usuario un rol o perfil para garantizar el adecuado manejo de la información y la confidencialidad.

## Programas de información y educación

- El personal de psicología deben asumir con mayor intensidad el papel preventivo en las comunidades, impartiendo educación en temas de VIF, VG, VS etc.
- Se deben desarrollar acciones preventivas a todos los niveles y por equipos técnicos interdisciplinarios.
- Instituciones como medicina legal y los hospitales de II nivel de atención, deberían incursionar en temas de prevención en salud; siguiendo los principios del plan y de la políticas de salud, todos son llamados a ejercer un papel preventivo y educativo, sin importar el nivel en que se desempeñan, seguramente el nivel primario será mucho más intenso en esta actividad dado que es su misión; los otros niveles a menor escala, pueden desempeñar el papel preventivo, apoyándose en los niveles I y en las entidades del sector civil que tanto han progresado en esta área.
- Conformar comités locales para el abordaje de la violencia sexual.
- Fomentar el trabajo en redes a los diferentes niveles, tanto del sistema de salud como el sistema legal.
- Otras estrategias educativas deberían implementarse, tales como el de impartir temas acorde con la celebración del mes o utilizar mecanismos educativos con medios audiovisuales, deben ser retomados. No se debe olvidar que en El Salvador todavía hay una alta población que es analfabeta y otra gran parte que a pesar de poseer la habilidad de la lectura, no posee la habilidad o disposición para entenderla o el tiempo para ello; con estos grupos poblacionales, medios masivos y de gran alcance, como la radio, con el uso de programas dramatizados, son una buena opción para alcanzarlos e impactarlos. Sería bueno explorar estos medios, para difundir de manera más amplia el tema de la violencia de género y su componente la violencia sexual.
- Es recomendable que el sector civil y público analicen la alternativa del trabajo conjunto en este aspecto educativo, hay que reconocer que existen entidades del sector civil que tienen una gran fortaleza en este campo.
- Todo establecimiento debe implementar preguntas de tamizaje en la consulta, que permitan la búsqueda activa del tema VS, actividades como la elaboración de cuestionarios auto administrados, que le permite a las pacientes durante consulta y en sala de espera, hacer su propio diagnóstico e identificar donde puede recibir ayuda (no hay que olvidar que algunas víctimas de violencia sexual no se reconocen como tal).
- Diseñar materiales de IEC dirigidos a diferentes audiencias, con el fin de alcanzar a toda la población.



## ANEXO.

### ANÁLISIS DE LAS LEYES, NORMAS, PROTOCOLOS Y GUIAS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL SALVADOR

Este capítulo pretende mencionar parte de la normatividad salvadoreña que afectan de manera positiva o no el desempeño en cuanto a la atención de salud de las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual (VSVS).

El Salvador, como país miembro de la OEA y ONU, ha firmado compromisos internacionales como:

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).

A continuación se enumeran los documentos encontrados sobre el tema violencia en general, algunos de ellos con componentes específicos sobre VS.

#### CONSTITUCION POLITICA DE EL SALVADOR

La Constitución de la República de El Salvador (1983)<sup>21</sup> se fundamenta en el respeto al ser humano, esta afirmación per se es un respaldo hacia todo acto dirigido a erradicar la violencia en todas sus expresiones. Ella establece en el Decreto No. 38: ... *animados de ferviente deseo de establecer los fundamentos de la convivencia nacional con base en el respeto a la dignidad de la persona humana, en la construcción de una sociedad más justa, esencia de la democracia y al espíritu de libertad y justicia, valores de nuestra herencia humanista.* Y el Art. 2. expresa que: *Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Se establece la indemnización, conforme a la ley, por daños de carácter moral.*

La reforma constitucional de 1999 incluye en la definición de “persona humana” el óvulo fecundado, lo que impide la posibilidad de una interrupción del embarazo bajo cualquiera circunstancia, incluso la de violencia sexual: Art. 1: *Asimismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.*<sup>22</sup>

La Constitución también garantiza la salud de los habitantes del país, en la que una vida libre de violencia sexual es parte del derecho a la salud. **Art. 65.-** *La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.*

<sup>21</sup> Constitución de la República de El Salvador (1983). Fecha 15/12/1983, con reformas 2003. Publicado en el D.O. No 191, Tomo 361, del 15 de octubre del 2003. <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/ElSal/constitucion2003.pdf>

<sup>22</sup> D.L. N° 541, del 3 de febrero de 1999, publicada en el D.O. N° 32, Tomo 342, del 16 de febrero de 1999.

<sup>23</sup> CODIGO PENAL , 1997, con reformas de 2008 <http://www.csj.gov.sv/leyes.nsf/ed400a03431a688906256a84005aec75/29961fcd8682863406256d02005a3cd4?OpenDocument>

**CODIGO PENAL <sup>23</sup>**

Bajo el Título, *Delitos Contra la Libertad Sexual* los delitos de violación y agresión sexual están definidos, junto con las penas que las acompañen. La violación está definida como: Art. 158.- *El que mediante violencia tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con otra persona, será sancionado con prisión de seis a diez años.* El caso de violación en menores de 15 años de edad o personas incapaces, la sanción es de 14 a 20 años (Art. 159). Se sanciona en la misma manera quien viola “mediante engaño coloque en estado de inconsciencia a la víctima o la incapacite para resistir”

Los delitos mencionados serán sancionados con la pena máxima correspondiente, aumentada hasta en una tercera parte, cuando fueren ejecutados (**Art.162.**)

**1)** *Por ascendientes, descendientes, hermanos, adoptantes, adoptados o cuando se cometiere en la prole del cónyuge o conviviente;* **2)** *Por autoridad pública o por cualquier otra persona que tuviere bajo su custodia a la víctima;* **3)** *Cuando la víctima fuere menor de dieciocho años de edad;* **4)** *Por persona encargada de la guarda, protección o vigilancia de la víctima;* **5)** *Cuando se ejecutare con el concurso de dos o más personas;* **6)** *Cuando se hiciera uso de medios, modos o instrumentos especialmente brutales, degradantes o vejatorios;* y, **7)** *Con abuso de relaciones domésticas o de confianza derivada de relaciones de trabajo.*

Otros “ataques a la libertad sexual” también son sancionados en el Código Penal, incluso el acoso sexual (Art. 165), el “acto sexual diverso” (Art. 166), corrupción de menores e incapaces (Art. 167), inducción, promoción y favorecimiento de actos sexuales o eróticos (Art. 169), remuneración por actos sexuales o eróticos, la prostitución (Art. 170), y la utilización de personas menores de 18 años e “incapaces o deficientes mentales” en pornografía (Art. 173).

Los funcionarios o empleados públicos y los encargados de servicios de salud, sea público o privado, serán sancionados si no avisan a las autoridades sobre casos que debieran considerarse como provenientes de un delito: **OMISION DE AVISO** Art. 312.- *El funcionario o empleado público, agente de autoridad o autoridad pública que en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, tuviere conocimiento de haberse perpetrado un hecho punible y omitiere dar aviso dentro del plazo de veinticuatro horas al funcionario competente, será sancionado con multa de cincuenta a cien días multa. Igual sanción se impondrá al jefe o persona encargada de un centro hospitalario, clínica u otro establecimiento semejante, público o privado, que no informare al funcionario competente el ingreso de personas lesionadas, dentro de las ocho horas siguientes al mismo, en casos en que racionalmente debieran considerarse como provenientes de un delito.*

**CODIGO PROCESAL PENAL, 1996, con reformas de 2008 <sup>24</sup>**

El Código define como procesar el código penal para que haya procesos claros para probar y sancionar los delitos. Este Código aclara los derechos de cualquier víctima de un delito, incluso de violencia sexual, que el Estado debería garantizar.

**Art. 13.-** *La víctima tendrá derecho: 1) A intervenir y tener conocimiento de todas las actuaciones ante la Policía Nacional Civil, la Fiscalía General de la República, cualquier tribunal y conocer el resultado de las mismas; 2) A ser informada de sus derechos y a ser asistida por un abogado de la Fiscalía General de la República cuando fuere procedente o por el apoderado especial en su caso; 3) A que se le nombre traductor o interprete cuando sea necesario; 4) A ser oída previamente ante cualquier solicitud*

<sup>24</sup> Código Procesal Penal

<http://www.csj.gov.sv/leyes.nsf/ef438004d40bd5dd862564520073ab15/5456de9f805990ee06256d02005a406d?OpenDocument>



*favorable al imputado, salvo los casos en que habiéndose citado no comparezca a la audiencia; 5) A impugnar las resoluciones favorables al acusado aunque no haya intervenido en el procedimiento; 6) A ser escuchada en la fase ejecutiva de la pena antes de conceder permiso de salida de los condenados, libertad condicional o la suspensión condicional de la ejecución de la pena; 7) A ser notificada del abandono o desistimiento de la querrela o de la acusación; 8) A ofrecer pruebas personalmente en las etapas procesales determinadas para tal fin en este Código, sin perjuicio de las facultades conferidas al fiscal o al querellante; 9) A ser indemnizada por los perjuicios derivados del hecho punible, a que se le reparen los daños ocasionados por el mismo o a que se le restituya el objeto reclamado; 10) A que no se revele su identidad, ni de la de sus familiares:*

- a) Cuando fuere menor de edad;*
- b) Cuando tal revelación implicare un peligro evidente para la misma; y*
- c) Cuando la víctima lo solicite.*

*11) A recibir protección en albergues especiales tanto su persona como su entorno familiar, en los casos que la policía, el fiscal o el juez lo estimen conveniente por la complejidad de las circunstancias o se presuma riesgo para sus personas. Todo de conformidad a la ley especial; 12) A recibir apoyo psicológico o psiquiátrico, cuando sea necesario; 13) Cuando la víctima fuere menor de dieciocho años de edad:*

- a) A que se le brinden facilidades para la rendición de su testimonio en ambientes no formales, ni hostiles y que se grabe su testimonio para facilitar su reproducción en la vista pública cuando sea necesario; y,*
- b) A que se de aviso de inmediato a la Fiscalía General de la República;*

## **LEY DE CREACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DECRETO NO. 442 <sup>25</sup>**

Dado que el énfasis del análisis en este informe es sobre los roles y responsabilidades del sector salud en la atención a víctimas de violencia sexual, es importante analizar la ley que creó el sistema nacional de salud. Las metas definidas son aplicables a los servicios que cada víctima/sobreviviente que acude al sector salud para atención y asesoría debería recibir.

*Metas y características: Art. 3: El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.*

## **POLITICA NACIONAL DE SALUD <sup>26</sup>**

Igual, es importante reconocer, que en la política nacional de salud, la violencia, en términos muy generales, está destacado como tema principal en las líneas estratégicas: **Sección 4.5.4.**

*Implementar un modelo de acción integral basado en la salud de la familia y su entorno*

*Líneas estratégicas (incluye) Fortalecer las acciones de atención integral a las víctimas de violencia.*

<sup>25</sup> [http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos\\_SNS/Ley\\_sistema\\_nacional\\_salud.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Ley_sistema_nacional_salud.pdf)

<sup>26</sup> [http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos\\_SNS/Politica\\_nacional\\_de\\_salud.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Politica_nacional_de_salud.pdf)

## LEY CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, 1996 (con reformas 2004) <sup>27</sup>

El comentario que inicia el texto de esta ley destaca la intensidad y frecuencia de la violencia intrafamiliar en la sociedad salvadoreña y por eso, la necesidad de generar legislación que la aborda directamente: En virtud de que la violencia cometida por o contra alguno de los miembros de la familia, forma una agresión constante al derecho a la vida libre de temor, a la integridad física, psíquica, moral y sexual de la persona humana, de su dignidad y seguridad; genera la importancia de dictar la legislación necesaria para su protección y así crear los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico.

Las formas de violencia incluida en la legislación son: física, psicológica, sexual y patrimonial. La ley describe la violencia sexual como una violación de los derechos humanos. Sus principios rectores son: **Art. 2.-** a) *El respeto a la vida, a la dignidad e integridad física, psicológica y sexual de la persona;* b) *La igualdad de derechos del hombre, de la mujer y de los hijos e hijas;* c) *El derecho a una vida digna libre de violencia, en el ámbito público como en el ámbito privado;* d) *La protección de la familia y de cada una de las personas que la constituyen;* y e) *Los demás principios contenidos en las convenciones y tratados internacionales y la legislación de familia vigente.*

La ley no habla específicamente sobre la violencia sexual, pero las estipulaciones en el código penal sobre las penas en caso de violación entre cónyuge o conviviente, abren la aplicación de la ley contra la violencia intrafamiliar a incluir la violación. Igual al Código Penal, esta ley define la responsabilidad que tiene todas las personas a denunciar o dar aviso a los funcionarios competentes cuando hay conocimiento de un hecho constitutivo de violencia intrafamiliar. **Art. 13.** *Toda persona que tenga conocimiento de un hecho constitutivo de violencia intrafamiliar, podrá denunciarlo o dar aviso a la Policía Nacional Civil, a los Tribunales competentes y a la Procuraduría General de la República. La denuncia podrá hacerse de manera escrita o verbal, en forma personal o a través de apoderado o apoderada y en la misma se podrán solicitar las medidas cautelares, preventivas o de protección que se estimen pertinentes. Cuando sea denuncia verbal se hará constar en acta. La denuncia contendrá en cuanto sea posible, la relación circunstanciada del hecho, con indicación de la persona agresora, perjudicados, testigos y demás elementos que puedan conducir a su comprobación. El Art. 14 destaca el rol específico de los profesionales relacionados con la salud: Tendrán obligación de dar aviso de los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar: a) Los funcionarios que los conozcan en el ejercicio de sus funciones; y b) Las o los médicos, farmacéuticos, enfermeros, maestros y demás personas que ejerzan profesiones relacionadas con la salud, la educación y la asistencia social, que conozcan tales hechos al prestar sus servicios dentro de su profesión.*

La Ley no menciona la dotación de información ni provisión de anticoncepción de emergencia; tampoco ofrece información sobre embarazo producto de violación, ITS o VIH. Finalmente, no define un rol en el proceso de la recolección de evidencia forense.

<sup>27</sup> Ley contra la violencia intrafamiliar

<http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/ed400a03431a688906256a84005aec75/ea93e5a68de3343906256d02005a3a9e?OpenDocument>

## GUIAS DE ATENCION CLINICA A MUJERES Y PERSONAS MENORES DE EDAD VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL PARA HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL, 2007 <sup>28</sup>

Las Guías inician con una serie de medidas generales que hay que seguir en la provisión de servicios de salud a las víctimas de violencia sexual:

- *Las mujeres afectadas por violencia sexual deberán ser atendidas por el PERSONAL CAPACITADO en la aplicación de la presente guía o en su defecto por el personal de salud de mayor jerarquía en el hospital del segundo y tercer nivel de atención (de preferencia médica ginecóloga o médica de staff o de tercer año).*
- *Se debe atender en forma inmediata, tratando de reducir el tiempo de espera.*
- *El médico o médica que asista a la afectada debe hacerlo respetando los derechos humanos de la víctima, especialmente con respeto y confidencialidad, preservando su ética profesional.*
- *Se ingresará en un establecimiento del segundo o tercer nivel de atención, a la paciente (debido al riesgo de suicidio) y en el servicio donde esté ingresada será visitada por un médico o médica agregado y por el equipo multidisciplinario capacitado en este protocolo.*
- *Establecerá una relación de confianza y empática con la mujer que ha sido agredida.*
- *Se realizará una intervención en crisis, de los problemas psicológicos que acarrea la violencia, por lo que dejará interconsulta con psicóloga, quien aplicara el tratamiento apropiado según su evaluación o la referencia con psiquiatra si es necesario.*
- *Se informará respecto a la obligación de poner la denuncia de este hecho delictivo a las autoridades competentes como fiscalía o la policía y de lo importante de seguir en el proceso penal.*
- *Se dará a conocer de forma sensible a la víctima que medicina forense debe realizar una evaluación para recopilar las evidencias y que será necesario el examen de sus órganos pélvicos y la toma de diferentes muestras, es importante destacar la importancia de esta evaluación y de las pruebas dentro del proceso legal.*
- *Al dar el alta dejará control en 1 semana en la consulta externa (quién será atendida por el mismo médico que la asistió en el servicio) para verificar los resultados de los exámenes tomados a su ingreso y verificar el cumplimiento del tratamiento médico y psicológico.*
- *Se orientará para acudir a otras instituciones en búsqueda de atención psicológica y social. ISDEMU, DIGNAS, CEMUJER, ORMUSA y otras ONG que trabajan en el tema de violencia.*

Las Guías incluyen secciones sobre cómo ofrecer información y proveer directamente la anticoncepción de emergencia post-violación. Por el marco legal actual, no menciona la opción de interrupción del embarazo, pero guía que hay que realizar una prueba de embarazo para poder, después, ofrecer atención prenatal a la víctima. No existe mención de la opción de dar en adopción post-nacimiento. Las Guías ofrecen lineamientos sobre la provisión de información sobre ITS y VIH post-violación; igual sobre pruebas diagnósticas y quimioprofilaxis para tratar de prevenir infección y de apoyo psicológico a la víctima. Finalmente, Las Guías abordan el tema de la recolección de evidencia forense. Los desafíos que enfrenta el sistema de salud en la provisión de estos servicios incluyen el abastecimiento de los medicamentos necesarios y la capacitación del personal de salud en las necesidades de las víctimas de violencia sexual.

<sup>28</sup> [http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_victimas\\_VIF\\_y\\_sexual\\_p1.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p1.pdf)  
[http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_victimas\\_VIF\\_y\\_sexual\\_p2.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p2.pdf)  
[http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_victimas\\_VIF\\_y\\_sexual\\_p3.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p3.pdf)  
[http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_victimas\\_VIF\\_y\\_sexual\\_p4.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p4.pdf)

## POBLACIONES ESPECÍFICAS

### ADOLESCENTES

Existen una norma y guías de atención específicas para la atención de salud a los y las adolescentes, publicados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes, 2007.<sup>29</sup>
- Guías de Atención de los Principales Problemas de Salud de Adolescentes, 2003.<sup>30</sup>
- Guía de Monitoreo y Evaluación del Programa de Atención Integral de Salud de Adolescentes, 2007.<sup>31</sup>

Cada uno contiene información y directrices sobre los roles de los profesionales de salud en la prevención y detección de violencia sexual, además de la atención que debería de brindar a las víctimas. Cabe anotar que Las Guías de Atención (2003) fueron elaboradas antes de la Norma de Atención (2007).

Coherente con el Código Penal y otros documentos revisados, la Norma destaca la responsabilidad que tiene el personal de salud de dar aviso a autoridades competentes cuando detectan casos de abuso sexual, sea en los Tribunales de Familia, Policía Nacional Civil, Oficinas departamentales de la Fiscalía General de la República.

Hay que atender a las víctimas de acuerdo a las Guías de atención clínica a mujeres y personas menores de edad, víctimas de Violencia Intrafamiliar y sexual, establecida para hospitales de segundo y tercer Nivel, 2007 (ver arriba).

En caso de embarazo producto de una violación, la Norma aclara: *Cuando se trate de sospecha de embarazo o se haya comprobado el mismo, el personal de salud debe referir al hospital de segundo nivel o regional respectivamente, para garantizar que la adolescente reciba la atención necesaria durante ese período, así como en el parto y puerperio con base a la Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido.*

Las Guías de 2003 definen una serie de servicios a las cuales las víctimas adolescentes de violencia sexual, deberían de tener acceso. Incluyen una serie de exámenes de laboratorio (incluso prueba de embarazo y pruebas de VIH y Hepatitis “B”); profilaxis con antibióticos para una serie de ITS; tratamiento preventivo de Hepatitis B y VIH; examen de gabinete; atención psicológica y/o psiquiátrica (para la víctima y su familia); y atención jurídica (o legal); servicios para elevar la autoestima y para fortalecer redes sociales.

Acceso a la anticoncepción de emergencia en caso de no estar embarazada está destacada en las Guías: *Si la paciente no estaba previamente embarazada, administrar anticoncepción de emergencia (Ovral o Neogynon 2 tabletas cada 12 horas # 2 dosis ) dentro de las primeras 72 horas después del incidente; . Repetir la prueba de embarazo después de un mes, si aún no ha visto menstruación.*

La Guía de Monitoreo y Evaluación del Programa de Atención Integral de Salud de Adolescentes incluye Detección y Atención a Víctimas de Violencia como una de sus 6 intervenciones principales en la Línea Programática dentro de la área de “Recuperación de la Salud”.

<sup>29</sup> <http://www.bvs.edu.sv/adolesc/docs/Documentos%20Adolescentes/NORMA%20DE%20ATENCIÓN/NORMA%20DE%20ATENCIÓN.pdf>

<sup>30</sup> [http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20patalog\\_FH10\\_1\\_Adolescentes.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20patalog_FH10_1_Adolescentes.pdf); [http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20patalog\\_FH10\\_5\\_Adolescentes.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20patalog_FH10_5_Adolescentes.pdf)

<sup>31</sup> <http://www.bvs.edu.sv/adolesc/docs/Documentos%20Adolescentes/MONITOREO/MONITOREO.pdf>



## TRABAJADORA(ES) DE SEXO

La Guía para el Personal de Salud en el Abordaje de Trabajadora(es) de Sexo, 2007<sup>32</sup> indica que el personal de salud que atiende a la/os trabajadora(es) de sexo...debe de fortalecer en ellas/os los siguientes aspectos (entre otros): Apoyo psicológico ante abuso sexual/violencia y asesoría legal.

La relación entre el abuso sexual y los ITS y VIH/SIDA está detalladamente descrita en la Guía, la cual sirve como reflexión sobre los retos que se enfrentan tanto a las víctimas mismas como los sistemas sociales que intentan abordar el problema de violencia sexual. Sección 1.7.2 relata: *Los sobrevivientes de abuso sexual intentan sedar el dolor, actuando el sentimiento y/o repitiendo su experiencia traumática, y a su vez reprimiendo el origen de su trauma. Incluso algunas conductas de riesgo (drogas, alcohol, sexualidad desprotegida) ejercen la función de sedantes contra ese dolor tan intenso. Generalmente para un sobreviviente de abuso sexual su cuerpo es el enemigo, es quien los traiciona en una situación de abuso sexual y resulta imposible protegerlo. El trauma no resuelto obstaculiza la formación de la autoestima, por lo cual es común encontrar personas que no temen a las ITS o al VIH/SIDA y encuentran dificultades enormes para protegerse a sí mismos; influenciados por el sentimiento de impotencia pues el no haber podido protegerse ante la experiencia traumática (maltrato y/o abuso) los paraliza para poder protegerse en la vida adulta o futura. La repetición inconsciente de su experiencia traumática, no involucra a la razón y como tal el inconsciente no comprende de riesgos y no deja espacio para pensar en protegerse ante situaciones potencialmente riesgosas como son el riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA o evitar un embarazo no deseado. En los trabajadores del sexo las historias previas de abuso sexual durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta predisponen a tener dificultades para establecer límites y reglas en la relación cliente/TS, pues el cliente puede representar una figura de poder tanto físico como económico. Lo que significa en un sentido más amplio la repetición de una experiencia traumática en donde la impotencia, considerada como la incapacidad para detener o decidir sobre una situación de peligro o riesgo, es el denominador común.*

## SECTOR LEGAL

El Procedimiento Policial con Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar (2008) explica los términos y procesos técnicos que la policía debería seguir para atender a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (que no incluye específicamente el tema de violencia sexual). El Procedimiento no incluye un rol que juega la policía en la dotación de información ni la provisión de anticoncepción de emergencia; tampoco ofrece información sobre embarazo producto de violación, ITS o VIH. Finalmente, no define un rol en el proceso de la recolección de evidencia forense.

<sup>32</sup> [http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia\\_trabajadorassexo\\_vih.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_trabajadorassexo_vih.pdf)







*Protegiendo la salud de las mujeres  
Promoviendo el respeto a sus derechos reproductivos*

