

**Programa Mujer, Salud y Desarrollo**

**Serie Género y Salud Pública**



**Organización Panamericana de la Salud**  
**Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Programa Mujer, Salud y Desarrollo

**Serie Género y Salud Pública**

**14**

**SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO- LEGALES Y DE SALUD  
PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN CENTROAMÉRICA**

*Informe Subregional*

**Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua**

**María Cecilia Claramunt  
Mariela Vega Cortés**

**Con la colaboración de Carlos Saborío en el procesamiento estadístico**

**San José, Costa Rica  
Octubre 2003**

Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN.

Organización Panamericana de la Salud  
Programa Mujer, Salud y Desarrollo  
Apartado Postal 3745-1000 San José,  
Costa Rica.

Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita o reproduzca cualquier parte a:

ISBN: 92 75 32264 3

© Copyright 2003

Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

### **Créditos**

Elaboración Técnica: María Cecilia Claramunt

Conducción Técnica: Lic. Cathy Cuéllar, Asesora Subregional en Mujer, Salud y Desarrollo

Diseño de Reproducción: GenSalud/OPS.

## CONTENIDOS

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	3
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	4
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1 - EL CONTEXTO CENTROAMERICANO</b> .....	9
1.1. Características generales de la región.....	10
1.2. Estudios y datos informativos acerca de la violencia sexual en Centroamérica..	13
<b>CAPÍTULO 2 - ¿EN QUÉ SE BASA EL INFORME?</b> .....	15
2.1 Premisas conceptuales.....	16
2.2 Objetivos y Metodología.....	17
<b>CAPÍTULO 3 - PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b> .....	20
3.1 Panorama General de los hallazgos.....	21
3.2 Caracterización de los servicios que ofrecen respuesta a la violencia sexual en Centroamérica.....	21
3.3. Exámenes y recolección de evidencias.....	34
3.4 Contenido de la atención.....	37
3.5 Equipo para la atención.....	40
3.6 Políticas y protocolos.....	42
3.7 Seguridad.....	45
3.8 Actitudes.....	45
3.9 Entrenamiento.....	46
3.10 Colaboración multisectorial.....	47
<b>CAPÍTULO 4 - DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	49
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	53
<b>REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS</b> .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	58

## **PRESENTACIÓN**

*La Serie "Género y Salud Pública" es producida por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en la subregión de Centro América con el propósito de difundir temas de interés promovidos por el Programa. Se pretende que sea un medio para estimular la reflexión, análisis y acciones desde una perspectiva interdisciplinaria de género sobre aspectos de la salud colectiva.*

*Con el auspicio de los gobiernos de Suecia y Noruega, en estos Cuadernos se publicarán documentos que permiten consolidar los procesos que se realizan en los países centroamericanos, de incorporar la consideración de género en políticas y acciones del Sector Salud. El contenido de la serie puede ser documentos originados por conclusiones de talleres, aportes de autores individuales y resultados de investigaciones.*

*El contenido de los trabajos publicados y la forma como los datos se presentan no implica necesariamente la posición del Programa MSD/OPS sobre el tema en particular.*

## RESUMEN EJECUTIVO

La violencia sexual es tema de preocupación para la seguridad y la salud pública de la Subregión, y su reconocimiento es cada vez más amplio. El Sector Salud juega un importante papel al proveer servicios para la atención en salud y la recolección de evidencia forense de víctimas de violencia sexual. A pesar del reconocimiento regional de la existencia de esta realidad, el mismo no se deriva de ningún estudio representativo de prevalencia nacional o regional de la violencia sexual. El contexto centroamericano frente al problema de la violencia sexual, podría ser resumido de la siguiente manera:

- Se reconoce la violencia sexual como un problema de salud pública, una violación de derechos y un obstáculo para el desarrollo.
- A pesar de este reconocimiento, la violencia sexual es raramente registrada por las instituciones.
- La información centroamericana en torno al problema gira fundamentalmente alrededor del abuso sexual infantil, el incesto y la explotación sexual comercial.
- Se reconoce la existencia de altos índices de impunidad frente a la comisión de un delito sexual, derivada principalmente de la brecha entre la norma jurídica y su aplicación.
- La respuesta institucional en materia atencional a las víctimas es prácticamente inexistente o ineficaz.
- La respuesta del Sector Salud es desigual y la misma se interpreta como el resultado de acciones individuales de prestatarios/as de servicios, bien intencionados.

El diagnóstico situacional de los servicios médico legales y de salud para las víctimas de violencia sexual puede ser mejor comprendido si se vincula con las características centroamericanas, particularmente, en lo referente a tres aspectos básicos: la situación socioeconómica de la región, la situación de las mujeres y la respuesta del sector salud a la violencia basada en género.

El presente Informe Subregional se deriva de una iniciativa compartida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud -específicamente de su Unidad Género y Salud-, para contribuir con el desarrollo de políticas y estrategias atencionales integrales para las víctimas de violencia sexual. Para este fin, a inicios del año 2000 se decidió realizar un diagnóstico regional a partir del análisis situacional de cada uno de los países centroamericanos; ello con el propósito de generar una descripción de la situación de la respuesta ante la violencia sexual en el Sector Salud y de Medicina Legal en la Subregión. En total se realizaron seis estudios, con objetivos, metodología e instrumentos comunes: Guatemala, Honduras, Belice, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica.

Los estudios recopilan datos sobre los servicios médicos y medico legales disponibles para las víctimas de violencia sexual en cada país. Para esto se ha documentado la estructura y recursos de los sectores de salud y legal, que ofrecen una respuesta sistemática a la violencia sexual y se han documentado aspectos relevantes en el proceso de brindar el servicio.

Para el logro de este propósito se utilizó una metodología descriptiva, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, en la cual se describe el estado de situación a partir de la información suministrada por informantes clave del Sector Salud y de Medicina Legal. La selección de informantes se realizó a partir del cargo y la función desempeñada y se utilizaron dos tipos de instrumentos: cuestionario y lista de cotejo o check list. Básicamente, el informe es cualitativo y los datos estadísticos, se presentan sin fines de generalización. Los estudios de cada país fueron asesorados y retroalimentados en el proceso y en la revisión de cada uno de los reportes finales. Para este fin, se estableció la coordinación técnica desde la Unidad de Género y Salud y la contratación de una consultora experta para la coordinación.

El Informe destaca los hallazgos generales y algunas especificidades importantes de recalcar, con el propósito de destacar las fortalezas y los retos pendientes en la región en torno a la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

Dentro de las fortalezas generales se señalan:

- Interés por trabajar el tema por parte de proveedores/as, administradores/as y gerencias.
- Gratuidad de los servicios.
- Hay un avance significativo en el abordaje de la violencia basada en género: políticas, normas y procedimientos. Aunque éstos no sean delimitados para la violencia sexual, constituyen un primer paso para especificar lineamientos
- Presencia de organizaciones no gubernamentales que luchan por los derechos de las mujeres, las cuales apoyan a las víctimas de violencia sexual.
- La presencia en el debate público de temas relacionados: violencia contra las mujeres, explotación sexual comercial y abuso sexual infantil.
- La presencia en la región de diferentes agencias internacionales de cooperación que apoyan e incentivan el trabajo en materia de violencia sexual (OPS; IPEC/OIT; IPAS, UNICEF entre otras).
- La existencia de acuerdos ministeriales en el Sector Salud para declarar la violencia basada en género como un problema de salud pública, lo cual incluye la victimización sexual y por ende, el compromiso gubernamental para trabajar el tema.
- Mayor número de denuncias de violencia sexual en la última década, lo cual refiere a un mayor nivel de conciencia social e institucional para visualizar el problema.
- La metodología utilizada en los estudios nacionales, ha permitido generar no solo expectativas en torno a los resultados sino también compromisos de acción

Entre los desafíos regionales para el abordaje de la violencia sexual, se identificaron tres retos fundamentales: el limitado acceso a los servicios, básicamente en áreas rurales; la ausencia de políticas específicas en torno a la violencia sexual en el sector salud y la poca colaboración multisectorial para ofrecer respuestas articuladas e integrales para las víctimas. Estos desafíos requieren un decidido compromiso regional para lograr su superación. Adicionalmente se destacan:

- Ausencia de información y de sistemas estandarizados de registro
- Ausencia de protocolos estandarizados de detección y atención.
- El proceso de atención es engorroso, la atención no se brinda en un solo lugar, lo que hace necesario que las víctimas sean referidas a diversas instancias. Esto se agrava por las pocas posibilidades de transporte y la ausencia de una verdadera plataforma de servicios articulada, con un buen sistema de seguimiento. Con ello, las víctimas se pierden en el proceso.
- No hay capacitación especializada en violencia sexual para proveedores de servicios. Los esfuerzos son aislados, sin seguimiento y sin cobertura total.
- En los servicios de medicina legal, no siempre se cuenta con atención integral a la salud de las víctimas, incluyendo el apoyo emocional y prescripción de medicamentos necesarios.
- Los servicios no tienen cobertura nacional y por lo general se concentran en áreas metropolitanas.
- Hay carencia de recursos de tipo administrativo que apoye el trabajo en la atención de la violencia sexual, ello se hace evidente en las zonas rurales.
- Muchos proveedores aún consideran la violencia como un tema privado, por lo que dejan de actuar con responsabilidad legal y profesional y depositan las acciones en las familias de las víctimas.
- Existencia de pocos examinadores forenses de acuerdo con la población que se debe atender.

El principal resultado del proceso de investigación es la construcción de una visión subregional de la atención a las víctimas de violencia sexual en Centroamérica. Paralelamente, los resultados emanados en cada país puede ser un insumo para el fortalecimiento de las respuestas nacionales ante situaciones de violencia sexual.

## LISTA DE ACRÓNIMOS

### Generales:

OIT/IPEC:	Programa Internacional para la erradicación de las peores formas de trabajo infantil del Organismo Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organizaciones No Gubernamentales
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

### Honduras:

CESAMO:	Centros de Salud.
CESAR:	Centros de Salud Rurales.
CLIPER:	Clínicas Periféricas de Emergencias.

### Belice:

KHMH:	Karl Heusner Memorial Hospital.
-------	---------------------------------

### El Salvador:

IML:	Instituto de Medicina Legal.
SIBASI:	Sistema Integral Básico de Atención a la Salud Integral.

### Nicaragua:

INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
MINSA:	Ministerio de Salud.
SILAIS:	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

### Costa Rica:

CCSS:	Caja Costarricense del Seguro Social.
EBAIS:	Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud.
ATAP:	Asistentes Técnicos de Atención Primaria.
ECOS:	Educadores Comunitarios en Salud.
O.I.J.:	Organismo de Investigación Judicial.
PROCAL:	Fundación Promoción, Capacitación y Acción de Alternativas.

## INTRODUCCIÓN

El presente documento analiza la plataforma de servicios médico-legales y de salud disponibles en Centroamérica para víctimas de violencia sexual. El mismo es una síntesis de los estudios diagnósticos llevados a cabo en seis países de la región –Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Belice y Guatemala -como respuesta a la iniciativa compartida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud -específicamente de su Unidad Género y Salud-, para contribuir con el desarrollo de políticas y estrategias atencionales integrales para las víctimas de violencia sexual.

La elaboración de un diagnóstico regional sobre la atención en el Sector Salud para las víctimas tiene varios antecedentes, entre los cuales cabe recalcar:

El interés por parte de la Organización Mundial de la Salud para promover *acciones, a partir de una metodología participativa, con el propósito de definir políticas en violencia sexual y para desarrollar un protocolo de atención para víctimas adultas/os y niños/as de violencia sexual*<sup>1</sup>. Este interés queda plasmado en el documento emanado de una reunión de expertas y expertos en la materia, celebrada en Ginebra<sup>2</sup> en el año 2001. En el mismo se señala específicamente que los centros de salud pueden proveer servicios desde el enfoque género sensitivo para atender a las personas que han experimentado situaciones de violencia sexual, y a la vez, pueden recolectar y documentar la evidencia necesaria para establecer las circunstancias en que se presentó el acto violento. A la vez, pueden cumplir también una función de referencia muy importante para otros servicios que la víctima también pueda necesitar.

La Organización Mundial de la Salud reconoce la existencia de un vacío entre las necesidades que pueden tener las víctimas de violencia sexual y la respuesta de los servicios de salud que se ofrece en la mayoría de los países para tales casos. Entonces, la OMS afirma que existe la necesidad de brindar una guía normativa para fortalecer la capacidad de respuesta del Sector Salud para las personas que han sido víctimas de la violencia sexual.

La Unidad Género y Salud de la Organización Panamericana de la Salud al concluir su proyecto en torno a la violencia intrafamiliar -desarrollado en Centroamérica durante los últimos ocho años-, decide continuar respondiendo al problema de la violencia de género y por tanto da inicio en el año 2002 a un proyecto con énfasis en la violencia sexual.

En la reunión anual de evaluación y planeamiento de la Unidad Género y Salud de Centroamérica, celebrada en Costa Rica en junio del año 2002, se analiza la estrategia del Programa para colaborar con la respuesta al problema de la violencia sexual de la región<sup>3</sup>. Como parte de la misma se invita a la representación de la Organización Mundial de la Salud para presentar su iniciativa de trabajo en el tema de la Violencia Sexual.

Dentro de este contexto, la Unidad Género y Salud de la Organización Panamericana de la Salud acuerda realizar el “*Diagnóstico de la situación sobre la atención de víctimas de violencia sexual en Centro América*”, no sólo como una respuesta a la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud sino por considerar que la misma también se ajusta a su plan estratégico. Para lograrlo se elaboró un plan de trabajo y bajo la coordinación de la dirección de la Unidad se elaboró, siguiendo la normativa metodológica de la Organización Mundial de la Salud, un estudio diagnóstico en seis países del área. La integración y síntesis de los mismos es el propósito del presente trabajo. Los estudios de cada país,

<sup>1</sup> Proposal a to Include Central America in WHO's global initiative to spearhead a health response to sexual violence.

<sup>2</sup> Proposed WHO documents to strengthen health sector response to sexual violence. Policy guidance for the provision of adequate services. Ginebra, Noviembre, 2001.

<sup>3</sup> Violencia Sexual Basada en Género y Salud. Sistematización Taller Introductorio Violencia Sexual y Salud. Serie Género y Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. San José. Costa Rica. No. 13.

estuvieron a cargo de Abigail McKay en Belice; Ligia Hurtado en Guatemala; Emilia Alduvín en Honduras; Sofía Villalta Delgado en El Salvador; Carmen María Lang en Nicaragua y Alicia Zamora en Costa Rica.

Este documento por lo tanto, describe la estructura de los servicios médicos y legales y el proceso de entrega de servicios para la violencia sexual en Centroamérica e identifica los principales vacíos y fortalezas con el fin de identificar estrategias prioritarias para fortalecer los servicios existentes y proponer objetivos para la futuras prácticas<sup>4</sup>.

El informe está dividido en cuatro grandes secciones y cada una de ellas se subdivide a su vez en diferentes apartados relacionados entre sí. La primera parte presenta una caracterización general de Centroamérica, tanto en lo referente a su ubicación geográfica, algunos indicadores económicos, demográficos, salud y sobre la situación de las mujeres; así como una breve sistematización de diferentes estudios y datos existentes en la región en torno a la violencia sexual. La segunda: ¿En qué consistió el estudio? contiene las premisas conceptuales, los objetivos y la metodología utilizada. La tercera, presenta los resultados del estudio diagnóstico y la última, ofrece las conclusiones y recomendaciones.

Se espera finalmente, que este estudio sirva como una línea de base para desarrollar en Centroamérica, procedimientos estandarizados para asegurar una buena calidad en los servicios de salud y médico-legales de las personas que han tenido una experiencia de violencia sexual en su contra.

---

<sup>4</sup> Situation analysis of medico-legal services for survivors of sexual violence. World Health Organization. Sexual Violence Research Initiative". Questionnaires one, two, three a-b, four. 2002

## **CAPÍTULO 1**

### **EL CONTEXTO CENTROAMERICANO**

**Características generales de la región:**

**Estudios y datos informativos acerca de la  
violencia sexual en Centroamérica**

## 1.1. Características generales de la región

**Figura # 1 - Mapa de la Región Centroamericana y del Caribe**



Fuente: OIT/IPEC. Explotación sexual comercial. Costa Rica. San José, Costa Rica, 2002

La región centroamericana es geográficamente, una estrecha lengua de tierra que se encuentra localizada entre América del Norte y América del Sur y se encuentra bañada por el Mar Caribe al este y al oeste, por el Océano Pacífico. Esta compuesta por siete países: Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Seis de ellos, comparten –derivado del proceso de conquista y colonización española- el idioma castellano. Esto da lugar a que con excepción de Belice, la región posee, además de una estructura organizativa y productiva similar, tradiciones culturales análogos. Belice, aunque ubicado geográficamente dentro de América Central, comparte el idioma inglés y gran parte de sus tradiciones culturales con países ubicados en la llamada región caribeña; sin embargo, presenta también características similares de tipo socioeconómico con el resto de los países centroamericanos. Los países de la región son pequeños con grandes problemas para satisfacer las necesidades de sobrevivencia y bienestar de su población. El cuadro siguiente muestra dichas características, vinculadas con la garantía para ejercer los derechos humanos de toda persona habitante en América Central.

**Cuadro # 1 - Características generales sociodemográficas de la región centroamericana**

	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	Belice
Extensión En Km2	108.890	112.090	21.040	129.494	51.100	78.200	22.965
Número de Habitantes	12.335.580	5.997.327	5.839.079	3.674.490	3.674.490	2.778.526	228.000
Tasa de crecimiento Poblacional %	2.68	2.24	1.53	2.84	1.9	1.8	2.5
Esperanza de vida al nacer	General: 66 años, hombres: 64 años y mujeres: 69 años	General: 65 años, hombres: 63 años y mujeres: 66 años	General: 70 años, hombres: 67 años y mujeres: 73 años	General: 67 años: hombres: 65 años y mujeres: 70 años	General: 76 años hombres: 74 años y mujeres: 79 años	General: 75 años, hombres: 72 años y mujeres: 78 años	General: 75 años
PIB (en millones)	45.700	14.400	17.500	11.600	24.000	19.900	No se tiene

dólares)							
Renta per Cápita	3.800	2.400	3.000	2.500	6.700	7.300	2.730

Fuentes: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2001.  
UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2002. Resumen Oficial.

Con el fin de conocer con mayor profundidad la situación general de la región centroamericana, se toman como ejemplo algunos datos específicos de Guatemala y Nicaragua.

**Nicaragua** es el país más extenso de Centroamérica y el segundo país más pobre de América Latina, con un PIB per cápita que no sobrepasa los \$500 anuales (el Estudio de la Pobreza ha señalado que el 74.8% de los hogares nicaragüenses se encuentran en estado de pobreza y de éstos el 43.6% están en una situación de pobreza extrema). El 57% de la población nicaragüense es urbana y el 42.9% se ubica en la zona rural, de ésta el 53% son niños, niñas, y adolescentes menores de 18 años; mientras que la estructura por sexo indica que el 49.2% son hombres y el 50.7% son mujeres.

En la actualidad este país se encuentra en período de crisis política y económica, con graves consecuencias como altas tasas de desempleo y pobreza, factores que se han asociado con un aumento generalizado de la violencia social.

Fuente: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. Nicaragua.

**Guatemala**, es uno de los países más pobres del continente y el tercero en inequidad a nivel mundial, es un país multiétnico, pluricultural y multilingüe que cuenta con un 51% de la población del sexo femenino, distribuida en una pirámide ancha, de aproximadamente el 45% de la población menor de 15 años de edad y al menos el 5% mayor de 65 años, las mujeres en edad fértil constituyen el 22% de la población.

En este país, se concentra el 21% de la población en la región metropolitana, y de el, medio millón de habitantes vive en condiciones de marginalidad. La población indígena ocupa el 42.28%, distribuidos en 24 etnias donde se habla igual número de idiomas.

Fuente: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. Guatemala

## Cuadro #2 - La mujer y la participación política Proporción de mujeres (en porcentaje) 1994

País	Parlamento	Ejecutivo
Belice	8%	6%
Costa Rica	14%	10%
Nicaragua	16%	10%
Guatemala	5%	20%
El Salvador	11%	10%
Honduras	8%	11%

La situación de las mujeres, principales víctimas de la violencia sexual, y por tanto, grupo destinatario fundamental de los servicios médico legales y de salud implementados para dar atención a víctimas, puede apreciarse en cuadros #2 y #3. El primero de ellos, refleja la discriminación genérica, tomando como base su participación en la toma de decisiones políticas y el segundo, muestra algunos indicadores sanitarios.

Fuente: PNUD. Informe de desarrollo Humano, 1995

### **Cuadro #3 - Situación de las mujeres en los países estudiados** **Indicadores sanitarios (en porcentaje)**

	<b>Guatemala</b>	<b>Honduras</b>	<b>Belice</b>	<b>El Salvador</b>	<b>Nicaragua</b>	<b>Costa Rica</b>
Prevalencia de anticoncepción 1995-2001	38	50	56	60	60	75
Cobertura de atención prenatal 1995-2001	60	84	96	76	82	70
Partos atendidos por personal especializado 1995-2001	41	55	77x	90	65	98
Tasa de mortalidad materna registrada 1985-1999	190	110	140	120	150	29

Fuente: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2002. Resumen Oficial.

En relación con la violencia basada en género, Centroamérica no escapa de las tendencias estadísticas mundiales en torno a su prevalencia. De ella, la violencia que ocurre dentro de la familia, ha sido la más estudiada y la que ha ocupado mayor incidencia en el debate público.

La Unidad Género y Salud propició en este sentido, un estudio entre los años 1997 y 1999, en torno a la ruta crítica de las mujeres para encontrar atención y solución a sus problemas de violencia. La investigación abarcó todos los países centroamericanos, extendiéndose a Bolivia, Ecuador y Perú,. Dentro de los resultados pertinentes para este informe se obtuvo<sup>5</sup>:

- A pesar del reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública, una violación de derechos y un obstáculo para el desarrollo, la misma es raramente registrada por las instituciones.
- La respuesta del sector salud es desigual y la misma se interpreta como el resultado de acciones individuales de prestatarios/as de servicios, bien intencionados.

Las recomendaciones emanadas de este estudio y dirigidas específicamente al sector salud, incluyen:

- Incorporación del problema en los planes sectoriales con asignación de recursos y presupuesto
- Desarrollo de protocolos de atención
- Creación de servicios especializados
- Registro obligatorio en las causas de morbimortalidad
- Revisión de modelos, prácticas y abordajes que tiendan a la revictimización
- Promoción de estilos de vida saludables
- Coordinación interinstitucional

En síntesis, puede señalarse, que la situación de los servicios médico legales y de salud para las víctimas de violencia sexual puede ser mejor comprendida si se vincula con las características centroamericanas, particularmente, en lo referente a tres aspectos básicos: la situación socioeconómica de la región, la situación de las mujeres y la respuesta del sector salud a la violencia basada en género.

<sup>5</sup> OPS/OMS Programa Mujer Salud y Desarrollo. La ruta crítica de las mujeres afectada por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de caso en diez países. Montserrat Sagot en colaboración con Ana Carcedo. 2000

## 1.2. Estudios y datos informativos acerca de la violencia sexual en Centroamérica

A pesar del reconocimiento regional de la existencia de esta realidad, el mismo no se deriva de estudios representativo de prevalencia nacional o regional de la violencia sexual. Sin embargo, se puede reconocer la existencia de esta problemática a partir de:

- El crecimiento de la demanda de servicios institucionales por parte de las víctimas.
- La tipificación de delitos sexuales en los códigos penales y la presencia de personas sentenciadas por los mismos.
- Los datos procedentes de instituciones privadas y públicas dedicadas o relacionadas con la atención de víctimas.
- El registro de denuncias.
- Los reportajes y noticias periodísticas.
- Los estudios universitarios o institucionales enfocados a la investigación de determinadas variables o tipos de abuso.
- Investigaciones nacionales y regionales en torno al tráfico de mujeres con fines sexuales y la explotación sexual comercial de personas menores de edad.

Puede decirse además, que la información centroamericana en torno a la violencia sexual gira fundamentalmente alrededor de la victimización infantil. Mas recientemente, la preocupación se ha extendido de manera particular al problema de la explotación sexual comercial y por lo tanto, se ha ampliado el interés hacia las personas adolescentes. La violencia sexual contra mujeres adultas no ha sido, comparativamente, un tema prioritario de preocupación para generar procesos de investigación, con excepción del tráfico de mujeres, del cual hay un estudio regional del año 2002.

En este sentido cabe destacar que el comercio sexual ha sido el único problema generador de investigaciones regionales, dentro de las cuales se encuentran:

- a. En el año 1994, a partir del auspicio e iniciativa de UNICEF, se elabora un estudio regional con base en investigaciones de varios países del área para conocer el proceso de victimización en niñas y mujeres adolescentes.

El resultado más evidente de este estudio es su constitución como punto de partida para investigaciones posteriores y el avance en la conceptualización de la explotación sexual comercial de las personas menores de edad. Es decir, constituyó el punto de referencia para pasar de la consideración de la prostitución de niños, niñas y adolescentes como una opción de vida a una manifestación de violencia sexual y una severa violación de derechos humanos.

- b. En el año 2002, Casa Alianza publica la *Investigación regional sobre tráfico, prostitución, pornografía infantil y turismo sexual en México y Centroamérica*<sup>6</sup>. Este estudio es el resultado de una alianza institucional entre diversas organizaciones privadas con el propósito de estudiar factores relacionados con la comisión de delitos: redes de intermediarios, explotadores sexuales, promoción del comercio sexual y la presencia de la misma en Internet. Además, se buscó conocer la aplicación de la legislación y la capacidad y calidad de la respuesta institucional.

Los resultados más importantes son:

---

<sup>6</sup> Casa Alianza Internacional. Investigación regional sobre tráfico, prostitución, pornografía infantil y turismo sexual en México y Centroamérica: Síntesis Regional. San José, Costa Rica: Gustavo Leal, editor. 2002

- La presencia de redes explotadores directos e indirectos dentro de una pluralidad de actores y organizaciones.
  - La vivencia de las víctimas en situaciones de pobreza y exclusión social.
  - Grave distancia entre la legislación y su aplicación para la sanción de los delitos
  - La permisividad social en torno al comercio sexual contra niños, niñas y adolescentes.
  - Ausencia de políticas y estrategias efectivas de intervención institucional
- c. El estudio más reciente de carácter regional fue impulsado por IPEC/OIT<sup>7</sup> para conocer tres dimensiones básicas del problema de la explotación sexual comercial: la ruta de victimización en poblaciones de 100 o más niños, niñas y adolescentes víctimas en cada país, una caracterización general de sus explotadores sexuales (edad, nacionalidad, procedencia, sexo) y un análisis de la respuesta comunal, estatal y legal.

Dentro de sus resultados más importantes se encuentra el reconocimiento de la ruta de vulnerabilidad o violación sistemática de derechos en las víctimas previa al atrapamiento en el comercio sexual; la presencia de intermediarios para la comisión de delitos y explotadores sexuales procedentes mayoritariamente del mismo país, aunque en Costa Rica se evidencia una importante presencia de turistas sexuales. Como respuesta al problema, se encontró básicamente la impunidad y ausencia o ineffectividad de acciones institucionales para con las personas menores de edad víctimas de explotación sexual comercial.

- d. Relacionado con el tema anterior, se encuentra el estudio sobre tráfico de mujeres adultas y personas menores de edad con carácter sexual. Constituye el único estudio regional que abarca el tema de la violencia sexual en la vida adulta.<sup>8</sup> Se realizó en todos los países centroamericanos y República Dominicana.

Las conclusiones fueron:

- No fue posible cuantificar el problema del tráfico
- Ningún país centroamericano ha incorporado el tema en la agenda nacional
- Los representantes gubernamentales reconocen el problema y su incremento.
- Todos los países, con excepción de El Salvador criminalizan el tráfico internacional con fines sexuales, pero la ley es raramente aplicada.
- Los mecanismos de respuesta gubernamental son inexistentes o inadecuados.

A nivel general, las investigaciones sobre violencia sexual, concuerdan en:

- Las mujeres son las principales víctimas de la violencia sexual. Este dato es relevante para la elaboración de políticas nacionales y sectoriales en torno al problema, como para la planificación de los servicios dirigidos a la atención de las víctimas en el sector salud.
- Existencia de altos índices de impunidad hacia los delitos sexuales. La misma, en razón de vacíos en la tipificación de los delitos, las normas procesales en torno a la prueba y fundamentalmente por la brecha entre la norma jurídica y su aplicación.
- La asistencia a las víctimas es pobre y poco articulada.

---

<sup>7</sup> OIT/IPEC. Explotación sexual comercial de personas menores de edad en Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Síntesis Regional. 2003

<sup>8</sup> International Human Rights Law Institute, DePaul University College of Law. In Modern Bondage: Sex Trafficking in the Americas. Central America and the Caribbean. Octubre, 2002

## **CAPÍTULO 2**

### **¿EN QUÉ SE BASA Y COMO SE HIZO EL INFORME?**

**Premisas conceptuales**

**Objetivos y metodología**

## 2. 1. Premisas conceptuales

El problema de la violencia sexual es una violación de los derechos humanos fundamentales y constituye una manifestación común de la violencia basada en género con raíces multifactoriales y repercusiones sociales e individuales. En este sentido, debe ser abordado integralmente en las dimensiones de prevención, sanción a las personas agresoras y atención a las víctimas con el propósito de buscar su erradicación. Se ha señalado que dado que en la gran mayoría de los países del área, se incorporan diferentes tipos de violencia sexual en los códigos penales, el trabajo debe comprender la participación activa del Sector Salud en las redes institucionales, donde ocupan un lugar preferente: los servicios estatales de protección integral a las personas menores de edad, los centros especializados de atención a crisis por violación, las oficinas de recepción y trámite de denuncias y en los países que lo requieren, los departamentos judiciales destinados a realizar los exámenes forenses<sup>9</sup>

Datos manejados por la OMS revelan que la violencia sexual afecta significativamente la salud y seguridad de las personas que son víctimas de ella. Investigaciones han encontrado que más del 36% de chicas, y el 29% de chicos han sufrido abuso sexual infantil, lo cual trae consecuencias tanto físicas, como emocionales y sociales, incluyendo el suicidio, infecciones de transmisión sexual, desorden de estrés postraumático u otras perturbaciones mentales, contagio de HIV/SIDA, adopción de conductas de alto riesgo tales como tener múltiples parejas sexuales y el uso de drogas<sup>10</sup>.

Las siguientes definiciones forman parte de la plataforma operacional ofrecida por la OMS para la realización del estudio diagnóstico. En el anexo N.4 se presentan todas las definiciones operativas.

### **Definición de violencia sexual:**

*“Cualquier acto sexual, intento de acceder a un acto sexual, comentarios o avances sexuales indeseados, actos de tráfico sexual de mujeres, usando la coerción, amenazas con armas o uso de la fuerza física, por una persona de la relación hacia la víctima, en cualquier ámbito, incluyendo el hogar y el trabajo, sin que sea limitado a estos ámbitos”*

El concepto engloba por lo tanto, la fuerza física o la coerción sexual, los intentos de coerción sexual, los ataques con un órgano sexual, el hostigamiento sexual, la humillación sexual, el matrimonio o concubinato forzado, la prostitución forzada, el tráfico de mujeres, el aborto forzado, la negación del derecho de usar métodos anticonceptivos o protegerse a sí misma de una enfermedad de transmisión sexual, y actos de violencia en contra de las mujeres como mutilación genital femenina y el control de la virginidad.

De acuerdo con la OMS, la definición de violencia sexual, debe incluir además los parámetros planteados por Saltzman, Fenlow, McMahon y Shelley (1999):

- El uso de violencia física o psicológica para obligar a una persona a participar en un acto sexual, sea o no sea consumado el acto sexual.
- Un acto sexual (ya sea consumado o el intento) contra una persona que es incapaz de entender la naturaleza o el significado del acto, o de rehusarse, o poder indicarle su rehusa de participar en el acto, ya sea por discapacidad, efectos del alcohol u otras sustancias, o por intimidación y presión.
- Contacto sexual abusivo.

<sup>9</sup> Violencia Sexual Basada en Género y Salud. Sistematización Taller Introductorio Violencia Sexual y Salud. Serie Género y Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género y Salud. San José. Costa Rica. No. 13.

<sup>10</sup> Protocols for the medical management of child and adult survivors of sexual violence”. Nov, 2001.

Se reconoce además, que la violencia sexual puede presentarse entre miembros de la familia o personas íntimas (matrimonio o convivencia), entre conocidos y extraños y puede ocurrir en cualquier momento de la vida a hombres y mujeres.

El fin del estudio diagnóstico es determinar la efectividad de los servicios. La misma se evalúa por medio de los siguientes indicadores:

- el establecimiento de un sistema para el reporte de los casos de violencia sexual
- la creación, aplicación e implementación de protocolos para la atención,
- la creación de medidas de seguridad para usuarios/as
- establecimiento de concilio entre los cuerpos multisectoriales
- la posibilidad de situaciones y el seguimiento adecuado
- número y tipo de equipos y actividades puntualizadas a la provisión del servicio
- recolectar y distribuir información que es representativa para todos los grupos de población
- incremento de la exactitud del reporte de casos, cambios en la organización estructural<sup>11</sup>.

## 2.2. Objetivos y Metodología

### 2.2.1 Los objetivos que guiaron el presente informe son:

#### Objetivo general

Ofrecer datos comparativos de los servicios médicos y legales disponibles para las víctimas de violencia sexual en la región Centroamericana.

#### Objetivos específicos

- a. Documentar la estructura y recursos de los sectores de salud y legal, que ofrecen una respuesta sistemática a la violencia sexual (en los niveles macro y micro).
- b. Documentar aspectos relevantes en el proceso de brindar el servicio

### 2.2.2 Reseña de la metodología empleada

El estudio se realizó entre los meses de noviembre del año 2002 y mayo del 2003 y utilizó la metodología descriptiva propuesta por la OMS, con el fin de poder cumplir con los objetivos propuestos. Es decir, describir el estado de situación a partir de la información suministrada por informantes clave del sector salud, desde los puestos gerenciales hasta las personas que proveen los servicios directos, mediante dos tipos de instrumentos: cuestionarios y listas de cotejo o check list.

Dado el interés de la Unidad Género y Salud de la Subregión, de utilizar el estudio como insumo para la implementación de sus estrategias, se conformaron equipos nacionales con incidencia en la toma de decisiones para validar y complementar la información recolectada.

Como punto de partida, se conformó un equipo coordinador con el fin de hacer una propuesta metodológica que permitiera adaptar los procedimientos propuestos por la OMS a cada país centroamericano, coordinar los esfuerzos, dar seguimiento a los estudios y realizar una síntesis analítica de los estudios nacionales con el propósito de elaborar un informe subregional. Adicionalmente, se

---

<sup>11</sup> Protocols for the medical management of child and adult survivors of sexual violence”. Nov, 2001.

seleccionaron las personas encargadas por país de realizar el estudio, bajo la responsabilidad de los puntos focales del Programa Género y Salud de la OPS.

De los países centroamericanos, formaron parte de la iniciativa: Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. A partir de los hallazgos en cada uno de ellos, se presentan las semejanzas, diferencias, retos y fortalezas comunes y específicas.

La investigación se llevó a cabo en cinco fases:

Primera Fase:	Planificación del estudio y conformación del equipo de trabajo
Segunda Fase:	Recolección de la información en cada país
Tercera Fase:	Sistematización y análisis de la información recopilada
Cuarta fase:	Validación de los resultados por país
Quinta fase:	Redacción de informes (nacionales y subregional)

### 2.2.2 Población participante

En total se consultaron 162 informantes clave, distribuidos por cargo en la siguiente forma: 13 personas en cargos de dirección nacional, 11 en dirección regional, 24 gerentes de servicios, 71 proveedores y proveedoras de servicios de salud, incluyendo medicina forense y 43 proveedores y proveedoras de servicios afines: policía y organizaciones no gubernamentales

### 2.2.3 Instrumentos:

- **Cuestionarios:** Son cinco cuestionarios y se diferencian entre ellos, por el tipo de informante al que se dirigió. Por tanto, cada uno tiene diferentes contenidos para obtener la información que se necesita de cada informante. Los mismos se aplicaron a nivel de dirección nacional de los sectores de salud y medicina legal, a nivel de direcciones regionales o provinciales, a nivel de administración de servicios y a proveedores directos del servicio (examinadores forenses, enfermeras, médicos/as, practicantes, médicos/as con entrenamiento forense, enfermeras con entrenamiento forense y ginecólogos/as) y a proveedores de servicios que no pertenecen al sector salud y de medicina legal: policía y representantes de organizaciones no gubernamentales. La información solicitada cubrió ejes tales como: entrenamiento, actitudes, estructura y contenido de los servicios, recolección de evidencias, procesos, entre otros. Los ejes temáticos se presentan en el Anexo #6.
- **Lista de cotejo:** Se aplicaron en los lugares o instancias en las cuales pueden ser atendidas las víctimas de violencia sexual. La misma estuvo destinada a observar y corroborar la disponibilidad de equipo y materiales, existencia de protocolos, y facilidades de acceso, entre otros. Las variables incluidas en la lista, se presentan en el Anexo #7.

### 2.2.4 Selección de los lugares de estudio para la confrontación de resultados en el nivel central y local

**Cuadro #5 - Lugares seleccionados por país**

País	Nivel Central	Localidad estudiada
Guatemala	Guatemala	Escuintla
Belice	Belice	Cayo
Honduras	San José	Alajuela
El Salvador	San Salvador	Apopa

---

Nicaragua	Managua	Carazo
Costa Rica	San José	Heredia

A partir de la selección anterior, se procedió a elegir las instancias e informantes clave de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión, se aplicaron cuestionarios y listas de cotejo . Los procedimientos en detalle de este proceso y de los llevados a cabo en cada una de las fases se encuentran en el Anexo #8. En el anexo #9, se adjuntan las modificaciones y ajustes metodológicos.

## **CAPÍTULO 3**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**Panorama General de los hallazgos**  
**Caracterización de los servicios**  
**Exámenes y recolección de evidencias**  
**Contenido de la atención**  
**Equipo para la atención**  
**Políticas y protocolos**  
**Seguridad**  
**Actitudes**  
**Entrenamiento**  
**Colaboración multisectorial**

### 3.1. Panorama general de los hallazgos

#### Fortalezas encontradas en la región:

- Interés por trabajar el tema por parte de proveedores/as, administradores/as y gerencias
- Se visualiza la necesidad de contar con protocolos estandarizados de atención.
- La experiencia regional de trabajo en violencia intrafamiliar permite visualizar y comprender el problema de la violencia sexual
- Un sector importante de proveedores y proveedoras de salud cuenta con capacitación especializada en género, violencia intrafamiliar y violencia sexual contra niños y niñas
- Aumento creciente de la denuncia de los delitos sexuales y de la demanda de atención por parte de sus víctimas
- La mayoría de los servicios son gratuitos para la población.

#### Desafíos regionales:

- Hay escasa prioridad al problema de la violencia sexual. Esto se refleja en la ausencia de sistemas institucionales de registro de información, reducidos estudios de prevalencia e incidencia y ausencia de protocolos estandarizados de detección y atención en la mayoría de las instituciones estudiadas.
- El proceso de atención es engorroso, la atención no se brinda en un solo lugar, lo que hace necesario que las víctimas sean referidas a múltiples instancias. Esto se agrava por las pocas posibilidades de transporte y la ausencia de una verdadera plataforma de servicios articulada, con un buen sistema de seguimiento. De esta forma, las víctimas se pierden en el proceso y el derecho a la justicia se ve impedido a ejercerse.
- No hay capacitación especializada en violencia sexual como parte de las políticas institucionales. Los esfuerzos son aislados, sin seguimiento y sin cobertura total.
- En los servicios de medicina legal, no siempre se cuenta con atención integral a la salud, por ejemplo, apoyo emocional y prescripción de medicamentos necesarios.
- Las medidas profilácticas ante situaciones de violencia sexual, (prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH /SIDA, embarazo y hepatitis) no se ofrecen de manera rutinaria en la mayoría de los servicios.
- Los servicios no tienen cobertura nacional y por lo general se concentran en áreas metropolitanas.

### 3.2. Caracterización de los servicios que ofrecen respuesta a la violencia sexual en Centroamérica

#### 3.2.1 Estructura de los servicios en salud

La caracterización y estructura de los servicios en el Sector Salud centroamericano varían en cada uno de los países, aunque en general se tiene que está dividido por dos subsectores: el público y el privado. Del sector privado en materia de salud, hay muy poca información. Los Ministerios de Salud actúan como entes rectores de estos servicios, aunque existen también otras instancias públicas normadoras, tales como la Caja Costarricense del Seguro Social en Costa Rica y el Nivel Central la Gerencia Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer en El Salvador.

Los servicios se brindan básicamente en tres niveles de atención:

- **Primer nivel.** Es de carácter interdisciplinario y dirigido a realizar su trabajo directamente en y con la comunidades. Se encargan de servicios de promoción, prevención y atención básica.
- **Segundo nivel.** Se ubican los servicios que cuentan con una infraestructura y profesionales especializados en salud para atender especialidades básicas (medicina, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría y algunas sub-especialidades). En él se ubican por ejemplo, las clínicas que brindan consulta externa, emergencias, así como servicios de diagnóstico y seguimiento.
- **Tercer nivel:** está compuesto por la red de hospitales nacionales, generales y especializados, así como hospitales regionales y periféricos de carácter general, en los que se ofrecen tanto servicios de consulta externa como de hospitalización.

Estos niveles de atención se encuentran distribuidos tanto en la capital como en gran parte de las zonas provinciales o departamentales. Aunque en la mayoría de los países, hay una clara concentración de los mismos en las zonas urbanas y metropolitanas.

El sector privado está conformado por médicos y médicas particulares, clínicas y hospitales y organizaciones no gubernamentales enfocadas a la atención en salud. También está conformado por farmacias, ópticas, laboratorios de análisis y centros diagnósticos.

Dentro del Sector Salud privado y público de la región, (en los tres niveles) no se han podido identificar servicios especializados para la atención de víctimas de violencia sexual.

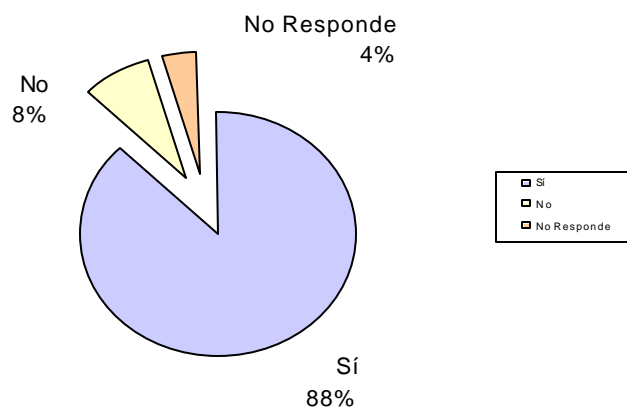
### 3.2.2 Estructura de servicios en Medicina Legal:

A diferencia de la estructura general de los servicios de salud, hay mas diferencia entre los países en torno a la destinada a los de medicina legal, ya que los mismos se estructuran bajo las políticas del Sistema Judicial de cada nación. En general, en Centroamérica, se ha podido identificar la no existencia de servicios médico legales exclusivos o especializados para personas víctimas de violencia sexual. Ellas acuden a éstos, una vez interpuesta la denuncia en los órganos receptores de denuncias. De ahí, son referidas a los servicios de medicina legal para la recolección de evidencias. Estos pueden ofrecerse directamente dentro de los órganos judiciales (Costa Rica) o bien, en un centro de salud (Honduras y Belice).

### 3.2.3 Servicios ofrecidos y tipo de personal:

- a. Servicios especializados para niños y niñas: De acuerdo con la mayoría de las personas entrevistadas en todos los países, existen servicios especializados para niños y niñas, como se puede observar en el siguiente gráfico:
- b. Servicios médico legales: En todos los países, la función primordial de los servicios de medicina forense es la recolección de evidencias. Este servicio será discutido en apartado específico más adelante.
- c. Servicios específicos (no presentes en todos los servicios ni en todos los países):

**Gráfico#1**  
**Existencia de servicios especializados para niños y niñas en la Subregión según informantes clave (%)**



Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes clave en el nivel nacional y local. 2003. N=162

- Cuidados médicos inmediatos.
  - Servicios de intervención en crisis y apoyo emocional.
  - Terapia individual y/o familia.
  - Cuidados en salud a largo plazo.
  - Algunos servicios de asistencia social.
  - Grupos de apoyo, dentro de los hospitales de algunos países.
  - Servicios de ayuda social.
  - Medidas profilácticas
  - Apoyo en la denuncia, por parte de la institución o el/la profesional.
- d. Servicios asociados: Comités de niño, niña y adolescente agredido y agredida, Comités de violencia intrafamiliar, de violencia contra el adulto mayor, en Costa Rica.
- En la Subregión, no se han desarrollado planes nacionales de atención a la violencia sexual, lo cual evidencia las dificultades para que las personas afectadas puedan acceder a un abordaje integral. De esta forma, por ejemplo, la atención en salud sin haber interpuesto previamente una denuncia puede verse limitada. Cerca de una tercera parte de los/as proveedores de servicios en salud y medicina legal entrevistados/as indican que no hay posibilidad de recibir cuidados en salud sin dicho requisito.
- e. Tipo de personal. Dentro de las instituciones centroamericanas del Sector Salud se cuenta con profesionales con grados académicos en distintas ramas: medicina general, ginecología, enfermería, psiquiatría, psicología y trabajo social. Además de estos, se cuenta con el personal de apoyo. En algunos de los países, este personal está autorizado para realizar exámenes forenses, sin embargo no siempre tiene la preparación o el entrenamiento para realizarlos. En otros, sólo los médicos forenses (Costa Rica), o los profesionales legalmente autorizados pueden hacerlo (Nicaragua).

Respecto al tipo de personal que brinda servicios atencionales a víctimas de violencia sexual en la Subregión, la mayoría de las personas entrevistadas ha señalado que son los ginecólogos y ginecólogas (31% de las personas entrevistadas) quienes brindan atención a las víctimas. Para el 29% son los médicos o médicas, para el 24% son enfermeras y enfermeros, para el 11% son los/as examinadores/as forenses y para un 5% médicos y médicas generales de la institución.

Dentro del Sector Salud, se han señalado algunas situaciones específicas en cuanto a los servicios ofrecidos y tipo de personal. En el cuadro siguiente, se ilustra con la situación de Honduras.

#### **Cuadro # 8 - EXISTENCIA DE PROFESIONALES POR TIPO DE INSTITUCIÓN HONDURAS**

<b>Tipo de organización</b>	<b>Profesional que presta el servicio</b>	<b>Existencia en ciudad capital Tegucigalpa</b>	<b>Existencia a nivel regional Danlí</b>
Secretaría de Salud: Centro de Salud y nivel hospitalario	Médicos/as	X	X
	Enfermeras	X	X
Secretaría de Salud: Clínica de Consejería	Psicóloga	X	X
	Trabajadora Social	X	X
	Asesora legal	X	
ONG “Centro de Derechos de Mujeres CDM	Psicóloga	X	
	Asesora legal	X	
Ministerio Público: Clínica Forense	Médico Perito Forense por llamado(15 horas de entrenamiento)		X

	Médico con entrenamiento forense (60 horas)	X	
	Enfermera	X	
	Trabajadora Social	X	

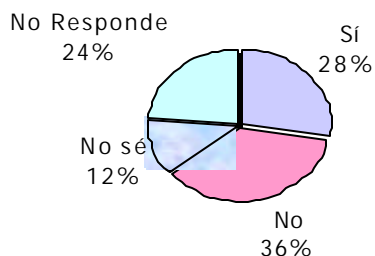
Fuente: Honduras: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

### 3.2.4. Sector de Medicina Legal:

Un servicio central dentro de la atención a las víctimas de la violencia sexual, es la atención del **Sector de Medicina Legal**, y aunque existe en todos los países, los servicios varían en cada uno de ellos.

- **Medicina forense.** Entre los servicios que se ofrecen están: exámenes a las víctimas e imputados, peritajes en los casos de delitos sexuales, violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito, agresiones y lesiones varias, drogadicción, mala práctica médica, abortos, determinación de edad, diagnóstico de embarazo; examen de salud, y examen físico a detenidos y privados de libertad; referendo de dictámenes médicos y hospitalarios y elaboración de certificados del estado físico de la persona.
- **Psiquiatría y/o Psicología Forense.** El servicio central es la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas solicitadas por autoridades judiciales. Se diagnostica la existencia de una alteración del estado mental, valoración psicológica y psiquiátrica, valoraciones de fármaco dependencia, violencia doméstica, delitos sexuales y secuelas de traumatismo; la participación en anticipos jurisdiccionales y asistencia a debates; y la valoración de peligrosidad de imputados

**Gráfico #3**  
**Porcentaje de posibilidades, según proveedores de servicios, de recibir cuidados básicos en salud dentro del sistema legal, indiferentemente de la recolección de la evidencia**



Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as de servicios. 2003. N=114

En las secciones de Medicina Legal usualmente no se otorgan servicios de salud, más allá de la recolección de evidencia como se puede observar en el siguiente gráfico:

Respecto a los profesionales que trabajan dentro del Sector de Medicina Legal se tienen diversas especializaciones, se han podido identificar los siguientes: médicos/as forenses, patólogos/as, odontólogos/as forenses, trabajadores/as sociales, psicólogos/as forenses, abogados/as, laboratoristas, secretarías, enfermeras forense, técnicos en rayos X, fotógrafos forense, auxiliares en autopsias, motoristas, encargados de bodega, y ordenanzas.

### 3.2.5. Otras instancias:

Además de los servicios ofrecidos por el Sector Salud y el Sector de Medicina Legal, se cuenta en la región con otras instancias que igualmente están relacionadas con la atención a personas afectadas por la violencia sexual, como la policía y las organizaciones no gubernamentales dirigidas a mujeres y población menor de edad.

**La Policía.** Se ofrecen servicios de apoyo: presencia policial, orientación, prevención y atención inmediata a las víctimas. En algunos casos, trasladan las víctimas hacia instancias legales o centros de salud. En Nicaragua, por ejemplo, existen las Comisarías de la Mujer y la Niñez, las cuales constituyen un esfuerzo conjunto entre la Policía Nacional, el Instituto Nicaragüense de la Mujer y diversas organizaciones no gubernamentales; las cuales están especializadas para la recepción de denuncias y orientación a las víctimas de diversas formas de maltrato.

**Organizaciones no gubernamentales.** En los distintos países se cuenta con diversas y diferentes organizaciones que apoyan a mujeres en una gran variedad de problemáticas, entre ellas, la violencia sexual. Ellas usualmente brindan servicios de: apoyo y acompañamiento, atención psicológica individual, acompañamiento social e individual, desarrollo de actividades socioeducativas y promocionales, formación técnica en diversas áreas, educación, grupos de apoyo, asesoría e información legal, acompañamiento en los procesos de denuncia y trámites judiciales, atención en salud directa o mediante la coordinación de servicios. Las organizaciones pueden actuar frente a la violencia por función propia o en red. De acuerdo con reportes existentes en torno a su experiencia, la mayoría de las mujeres víctimas son atendidas dentro de la organización pero no siguen o renuncian a los trámites judiciales.

### **3.2.6. Espacio Físico:**

En Centroamérica no se ha identificado un espacio físico específico para la atención de víctimas de violencia sexual.

Para efectos de la realización de exámenes y recolección de evidencias, se cuenta, de acuerdo con las personas consultadas, con un espacio privado. Sin embargo, por no ser un lugar exclusivo para personas afectadas por violencia sexual, para la espera, antes y después de los exámenes, se debe compartir el espacio con otro tipo de usuarios o usuarias de servicios médicos o forenses. En algunos casos, deben esperar inclusive en los pasillos, corredores o en la recepción de la instancia. En el caso específico de Nicaragua, no se cuenta con instalaciones físicas dentro de los departamentos para llevar a cabo los exámenes forenses y éstos deben hacerse en las clínicas privadas de los médicos autorizados, o en los hospitales del Ministerio de Salud (Convenio establecido entre ambos organismos).

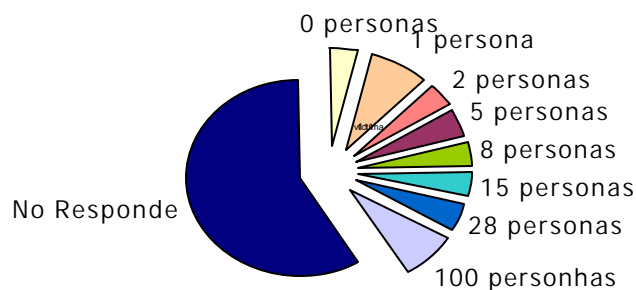
Los servicios de psicología y psiquiatría ofrecidos, tampoco están dirigidos de forma específica o especializada a las víctimas de violencia sexual. En este sentido, el espacio físico es compartido con otro tipo de usuarios para dichos servicios.

De manera similar ocurre en los espacios destinados a la recepción de denuncias y para la atención médica de emergencia en hospitales y centros de salud.

### **3.2.7. Número de víctimas atendidas por mes:**

En la Subregión centroamericana, el número de víctimas atendidas por mes en las diferentes instancias no puede ser precisado. Las cifras varían dependiendo del tipo de servicios y de los sistemas de registro utilizados. En ningún país o sector existen políticas de registro y no hay sistemas de información específicos para la violencia sexual. Por ende, aunque se cuenta con información estadística por tipo de servicio, ésta no necesariamente refleja la magnitud real de la demanda y la atención. Como característica general, se encuentra por lo tanto, el registro de variables no estandarizadas, de tipo manual y con importantes variaciones en los/las informantes clave, sobre el lugar donde debe hacerse el registro. De esta forma, los datos y su interpretación es muy variada. A manera de ejemplo, el rango de variación en la estimación del número de víctimas atendidas por mes, se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico #4**  
**Número promedio de personas víctimas de violencia sexual que accesan a los servicios por mes**



De manera específica, la ausencia de sistemas nacionales de información se evidencian en los siguientes ejemplos.

Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes clave en los niveles de dirección nacional, regional, de administración y de proveedores/as de servicios. 2003. N= 162

**Cuadro #9 - Promedio mensual de casos atendidos/denunciados por violencia sexual en relación con la población nacional.**

**Año 2002 Costa Rica**

Población Nacional	Reportes institucionales				
	Clínica Médico Forense Capital	Fiscalía de Delitos Sexuales Capital	Sección de Psiquiatría y Psicología Forense Capital	Hospital San Juan de Dios Capital	Hospital de Alajuela Trabajo Social
3.674.490	118	90	294	3	15

Fuente: Costa Rica: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

**Cuadro #10 - Promedio mensual de casos atendidos por violencia sexual en Medicina Legal, en relación con la población nacional.**

**Año 2002 El Salvador**

Población Nacional	Reportes institucionales	
	Región Central de Medicina Legal	Región Metropolitana de Medicina Legal
12.335.580	26	98

Fuente: El Salvador: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

### 3.2.8. Distribución por sexo y edad de las víctimas:

En la Subregión se ha identificado que la violencia sexual es un problema que afecta fundamentalmente a las mujeres menores de edad.

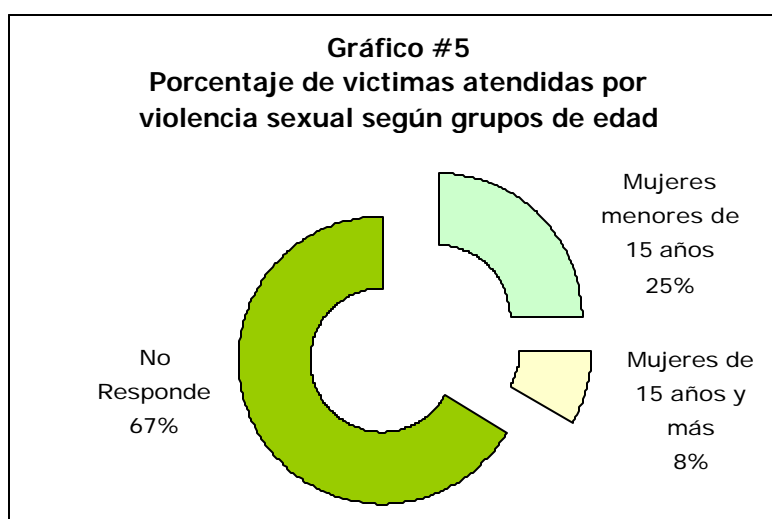
#### a. Distribución por sexo:

Dentro de Centroamérica hay un reconocimiento generalizado entre proveedores/as, administradores/as y directivos/as de que la violencia sexual es una problemática que afecta fundamentalmente a las mujeres. Por ejemplo, el Instituto de Medicina Legal de El Salvador indica en su informe de reconocimiento de víctimas de violencia sexual, que para el año 2000 en la Región Occidental se detectaron 476 víctimas, de las cuales 88.23% eran mujeres. Cabe recalcar que para el año 1999, en la Región Metropolitana del mismo país, se había reportado el mismo porcentaje de mujeres como víctimas de violencia sexual.

Hay acuerdo también en que los varones detectados, son en su mayoría niños, hombres con retardo mental o bien, privados de libertad.

#### b. Distribución por edad:

Según los informes nacionales de los países, las personas más vulnerables a ser agredidas sexualmente son las personas menores de edad. Sin embargo, tal afirmación no es respaldada por la mayoría de proveedores/as, quienes desconocen la distribución etaria de la población que acude a sus servicios. Esta contradicción puede ser interpretada por la ausencia de un sistema de registro e información o por ausencia del enfoque etario en las personas consultadas.



### 3.2.9. Días de mayor atención dentro de los servicios:

Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as de servicios. 2003  
N=114

A pesar de no contar con un registro sobre la atención diaria, los y las proveedores de servicios señalan el día lunes, como el de mayor demanda; ello se atribuye a la acumulación de casos durante el fin de semana. No existe consenso para los días de menor atención.

**Cuadro #11 - Días de mayor y menor atención, según proveedores/as de servicios %**

<b>Días de mayor atención</b>	
Lunes	42%
Sábado	4%
No responde/No sabe	54%
<b>Días de menor atención</b>	
Jueves	17%
Miércoles	8%
Viernes	8%
Domingo	4%
Otros	4%
No responde/No sabe	59%

Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as de servicios. 2003. N= 114

**3.2.10. ¿Dónde van las víctimas por primera vez y por qué?:**

De acuerdo con los/las informantes, muchas víctimas de violencia sexual, no acuden inmediatamente a los servicios después de la agresión sexual. Entre las razones interpretadas por ellos, son: vergüenza, temor a represalias, dependencia económica, temor a ser culpabilizadas o ridiculizadas o, simplemente asumir que es demasiado largo y espinoso el camino de la denuncia y la respuesta no es acorde con sus necesidades.

No obstante, cuando las víctimas acceden a algún recurso de apoyo, el primer contacto de acuerdo con las personas informantes, es con los sistemas informales, por ejemplo a familiares, amistades u organizaciones religiosas. En cuanto a los servicios formales de ayuda que pueden ser accesados por primera vez luego del suceso violento, la información puede apreciarse en el cuadro siguiente:

**Cuadro #12 - Instancias formales de primer acceso para las víctimas, según informantes clave %**

<b>Instancia</b>	<b>%</b>
Policía	27.5%
Hospital Regional	8.5%
Clínica de Atención Primaria en Salud	11%
Instituto Médico Legal	10%
Hospital Terciario	7%
Hospital de Distrito	6%
Oficina de médico general	4%
Organizaciones No Gubernamentales	3.5%
Servicios de Trabajo Social	6%
Centro de Salud designado para víctimas de violencia sexual	2%
Otro*	14.5

Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes clave. 2003. N=162

\*Ejemplos: el servicio 911 para Costa Rica y los profesionales en salud mental privados.

El cuadro anterior revela, la variabilidad de sitios identificados por los y las informantes clave como lugares de primer acceso para las víctimas. Y aunque falta la información procedente de las propias

víctimas, se podría argumentar que ello supone un ir y venir de distintas instancias, al igual que la ruta engorrosa evidenciada para las mujeres que experimentan violencia por parte de su pareja.

En relación con los criterios que utiliza la víctima para decidir dónde acudir por primera vez, los y las proveedores de servicios interpretan:

**Cuadro #13 - Criterios que utiliza la víctima para decidir dónde acude por primera vez, según proveedores/as de servicios %**

Criterio para decidir	%
Proximidad	36.5%
Especialidad del servicio	31.5%
Requerimientos legales para casos de violencia sexual	13%
Otros	12%
Reputación del servicio	3.5%
No sé	3%
No responde	1%

Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as de servicios, 2003.  
N=114

En cuanto a las personas que acompañan a las víctimas de violencia sexual en este primer acceso, las y los proveedoras identifican:

- acuden solas
- acompañadas por familiares o amistades
- maestras y maestros, profesoras y profesores
- miembros de la comunidad
- profesionales en salud mental y trabajadoras/es sociales
- en algunos casos, las víctimas han llegado con el agresor.

La forma de acceder a los servicios, de acuerdo con las personas entrevistadas, no difiere para mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes.

**3.2.11. Proceso:**

En cuanto al proceso que siguen las víctimas de violencia sexual, éste depende de:

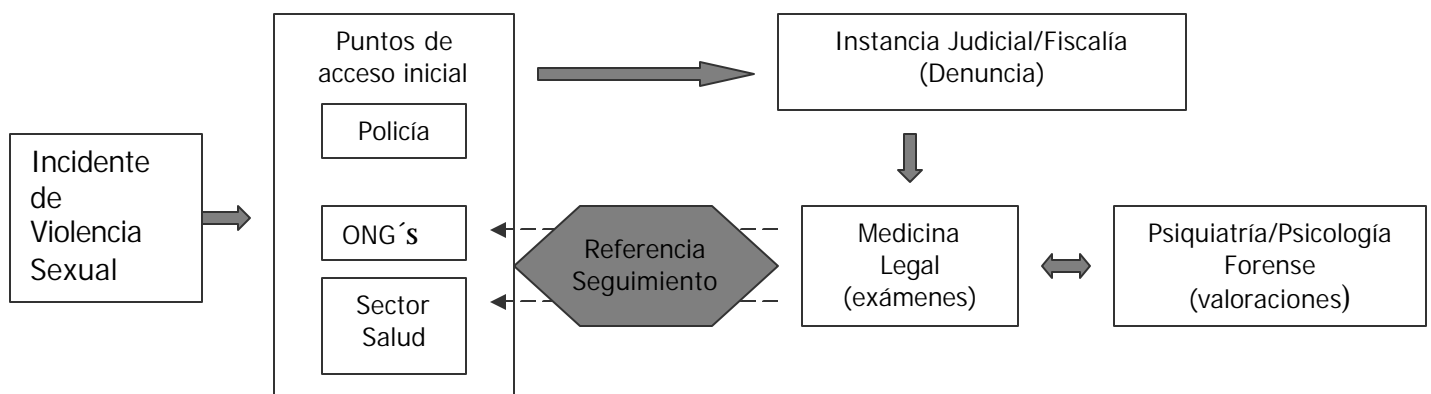
- a. El tiempo transcurrido después del incidente de violencia sexual. Algunos/as informantes han señalado que muchas veces, las personas afectadas no acuden inmediatamente después de ocurrido el abuso a las instancias de atención, sino que se abstienen de hacerlo y luego se ven frente a la necesidad de requerir de estos servicios por consecuencias no inmediatas al acto violento, tales como: infecciones de transmisión sexual o consecuencias emocionales. Por tanto, muchas veces el proceso legal no se aplica de igual manera que cuando la víctima ingresa a los servicios en el momento inmediato posterior al abuso sexual.
- b. El punto de acceso en el que la víctima acude por primera vez. Dependiendo del lugar o instancia, se dirige o refiere el proceso posterior. Por ejemplo si se accede por primera vez a la al Sector Salud o a una organización no gubernamental, y la persona afectada desea poner la denuncia (o existe una obligatoriedad por parte del funcionario como en el caso de personas menores de edad), la persona

adulta debe ser referida, para este proceso legal, a la fiscalía o aparato judicial. En caso contrario, el proceso se sigue a la inversa.

- c. La edad de la víctima: si es una persona menor de edad hay obligatoriedad de denunciar. Los procedimientos de denuncia varían de país a país y de sector a sector. Sin embargo, es común, la presencia de terceras personas en el momento de los exámenes y recolección de evidencias.
- d. La normativa legal de cada país. Aunque existe en la región, una generalidad de leyes que tipifican la violencia sexual, persiste aun dentro de la normativa interpretaciones moralistas de dichos delitos. Por ejemplo, la visión de que los mismos son contra la honestidad (v.g. abusos deshonestos) y no contra la integridad sexual, requiere que para muchas tipificaciones deba comprobarse la honestidad sexual de la víctima. Caso contrario, no existe el delito (estupro). Además de la figura legal, los códigos procesales intervienen directamente en los pasos que debe llevar la víctima, ya que en ellos se determina el tipo y el valor de la prueba que ella debe aportar.

Según la información recopilada dentro de los estudios nacionales, el siguiente esquema ilustra el proceso seguido por las víctimas de violencia sexual.

### Ilustración #2 - Proceso seguido por víctimas de violencia sexual



Dentro de los retos comunes identificados en el proceso, se destaca la necesidad de implementar acciones regionales y nacionales dirigidas a reducir:

- La desarticulación: Los servicios en salud, legales y médico legales se encuentran escindidos, por tanto las víctimas tienen que ir y venir de las instancias para recibir cuidados en salud y llevar a cabo el proceso legal, ya sean niños, niñas, adolescentes o personas adultas. Ello además, representa un costo de transporte que las personas no siempre tienen la posibilidad de enfrentar.
- La revictimización: Se debe relatar la situación de agresión en reiteradas ocasiones en diferentes instancias, para acceder a diferentes servicios.
- Respuestas parciales por parte de las instancias
- Falta de monitoreo en los servicios: Los procedimientos institucionales no se aplican de forma regular y generalizada.

#### 3.2.12. Acceso

Según los estudios nacionales, el acceso a los servicios de atención a la violencia sexual en la región, es limitado por las siguientes razones:

- Concentración de servicios en las áreas metropolitanas

- Insuficiente número de examinadores forenses en relación con la población
- Idioma (dificultad de acceso para poblaciones étnicas que hablan otro idioma al oficial)
- Horarios de atención (no se atiende las 24 horas, salvo los servicios médicos o legales de emergencia que no están necesariamente disponibles en todas las regiones de cada país)
- No acceso a transporte -gratuito o no- en todos los países
- Tiempos de espera muy largos en los distintos procedimientos. Por ejemplo, entre interponer denuncia y juicio; entre solicitud de valoración forense y su realización.

**a. Número de instancias en los países:**

Tanto para el número de instancias y de personal médico forense, así como para su proporción por 100.000 habitantes, el dato que mas llama la atención en la región, es el desconocimiento de la información por parte de la mayoría de personas con cargos directivos o gerenciales. Ello puede evidenciarse en los apartados siguientes.

**Cuadro #14 - Número de instancias por país**

País	Sector Salud	Medicina Legal	Otros:
Belice	8 hospitales públicos 3 hospitales privados 26 clínicas públicas 57 clínicas privadas	No se tiene el dato	No se tiene el dato
Costa Rica	No se tiene el dato	1 complejo de Ciencias Forenses 10 Unidades Médico Legales	No se tiene el dato.
El Salvador	34 unidades de salud	No se tiene el dato	No se tiene el dato
Guatemala	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social: 24 hospitales. 30 consultorios. 18 puestos de primeros auxilios. 5 salas anexas en Hospitales 350 clínicas de consulta externa	No se tiene el dato	1,100 ONGs
Honduras	32 hospitales 9 regiones sanitarias 41 áreas de salud 23 clínicas materno-infantiles 249 centros de salud 964 Centros de Salud Rurales 3 Clínicas Periféricas de Emergencias	33 instancias de servicios médico legales	No se tiene el dato
Nicaragua	849 puestos de salud 176 centros de salud 28 hospitales agudos 4 hospitales crónicos.	7 complejos judiciales 6 médicos forenses. Managua.	No se tiene el dato

Fuente: Informes Nacionales de cada uno de los países. 2003

### b. Número de instancias por 100.000 habitantes:

El 76% de los/as informantes clave desconoce la información y el resto proporciona datos contradictorios. Un 12% indica un promedio menor a una; un 4% señala la existencia de dos instancias; otro 4%, 3 instituciones y el resto, 17 instituciones por 100.000 habitantes.

Un caso excepcional es Belice, tal y como puede observarse en el siguiente cuadro, donde se conoce con exactitud, el número de instancias por cada 100.000 habitantes:

**Cuadro # 17 - Número de instancias por 100.000 habitantes Belice**

Instancia	País	Capital de Belice	Distrito Cayo
Hospitales públicos	3.11	1.87	3.80
Hospitales privados	1.17	3.74	1.90
Clínicas públicas	10.11	7.48	7.61
Clínicas privadas	22.15	59.81	11.41
Examinadores forenses	1.17	-	-

Fuente: Belice: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

A pesar de la ausencia de datos, el acceso a los servicios de atención a la violencia, puede extrapolarse a partir de la información existente sobre el acceso de las mujeres a los servicios de salud en la región centroamericana. Ello, a partir por ejemplo, de las variables “atención al parto por personal calificado” y “mujeres que reciben atención prenatal”.

**Cuadro #18 - Variables del Índice reproductivo, por país\***

País	Atención al parto por personal calificado (%)	Mujeres que reciben atención prenatal (%)
Guatemala	35	53
Honduras	55	83
El Salvador	87	69
Nicaragua	61	71
Costa Rica	97	95

\*El informe omite datos de Belice

Fuente: Population Action International. Informe de PAI, 2001

El cuadro anterior refleja la dificultad para acceder a servicios básicos de salud para una parte importante de la población femenina. En este sentido, la atención especializada para situaciones de violencia sexual puede ser aún más difícil, sobre todo si se toma en cuenta que en comparación con los servicios de salud, muchos países cuentan con menor cobertura de la infraestructura judicial y por ende, de servicios médico legales y de oficinas de recepción de denuncias.

### c. Número de examinadores forenses por 100.000 habitantes:

Al igual que con el número de instancias por 100.000 habitantes, no fue posible a partir de los informantes clave consultados en los estudios, precisar el dato en relación con los/as examinadores/as forenses (la excepción fue Costa Rica). Sin embargo, algunos países dan cuenta de un promedio de 1 examinador forense por cada 100.000 habitantes. Por ejemplo:

- **Costa Rica:** es el país con mayor cobertura de servicios de salud en la región y cuenta con 70 médicos forenses para toda la población, lo cual nos remite a un 1.9 médico por cada 100.000 habitantes.
- **Nicaragua:** en Managua existen 6 médicos forenses, para una población de casi un millón y medio de habitantes, lo que hace una relación de 250 mil habitantes por cada médico forense. No se pudo obtener el dato exacto del número de examinadores forenses en el país.

**d. Rango y horas media de funcionamiento:**

En cuanto al rango u horas media de funcionamiento de las instancias relacionadas con la atención de víctimas de violencia sexual, muchas de ellas cumplen con los horarios calificados como de oficina, los cuales son de lunes a viernes de 7 u 8 de la mañana a 4 o 5 de la tarde. Sin embargo, existen instituciones que cubren las 24 horas como lo son los servicios de emergencias de los hospitales o servicios denominados de guardia de las instancias judiciales. Se ha indicado que existen acuerdos para brindar servicios fuera de los horarios establecidos. Sin embargo, no todos estos servicios están disponibles en todas las regiones del país; por lo general se encuentran en la capital y las cabeceras de departamento o provincia. En igual sentido, hay regiones, específicamente en áreas rurales que se encuentran totalmente desprovistas de todo tipo de servicio.

**e. Costo de los servicios:**

La mayoría de los servicios de salud que son brindados por el Estado, son gratuitos a los usuarios y usuarias de éstos, y se financian con fondos estatales, administrados por las instancias. Sin embargo, a falta de examinadores forenses en las instituciones públicas, las víctimas deben recurrir en algunos casos (Nicaragua, Belice, por ejemplo) a servicios privados. En relación con el costo de un examen forense en la región, existe una variabilidad muy grande que se estima entre los 20 y 200 dólares.

**f. Tiempos de espera:**

Los tiempos de espera en cada una de las instancias varía, pero a nivel subregional, y de acuerdo con los proveedores/as de servicios, el tiempo máximo es de 24 horas. El siguiente cuadro, lo especifica por país:

**Cuadro #19 - Tiempo mínimo y máximo de espera por servicios, por país**

País	Tiempo de espera de servicios	
	Mínimo	Máximo
Belice	5 a 15 min.	25 min.
Costa Rica	30 min.	4 ó 5 horas
El Salvador	5 a 15 min.	24 horas
Guatemala	1 hora	5 horas
Honduras	5 min.	60 min.
Nicaragua	10 min.	30 min.

Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes claves. 2003 N=162

### 3.3. Exámenes y recolección de evidencia forense

#### 3.3.1. Realización de exámenes:

En la mayor parte de los países centroamericanos ante la falta de especialistas y el aumento de la demanda, se ha autorizado a personal médico y de enfermería, sin especialización universitaria para realizarlos exámenes forenses, bajo el requisito de llevar un curso y otros requisitos administrativos. Sin embargo, se debe contar con la autorización legal.

Los y las profesionales autorizados corresponden, de acuerdo con los/as proveedores de servicios a: médicos con capacitación forense (36%), ginecólogos/as (24%), médicos/as generales (18%), médicos de salas de emergencia (11%), enfermeras con capacitación forense o del departamento de emergencias (3%).

En relación con la acreditación, no hay consenso en torno al proceso (con excepción de Costa Rica). El 36% de los directores de servicios del Sector Salud y de Medicina Legal entrevistados indican la existencia de mecanismos de acreditación para los examinadores forenses, el 20% refieren no contar con ellos y un 44% no responde o indican no saber.

Respecto a la cantidad de exámenes forenses que se manejan en un año, al igual que otro tipo de información requerida para un diagnóstico, se cuenta con un alto desconocimiento de la realidad; por tanto, el promedio de exámenes señalado en un mismo país o servicio oscila entre 100 y 3000 casos.

En relación con la evaluación del estado psicológico, paralelo a la evaluación médica, cerca del 80% de los y las proveedores de servicios indica su existencia. El alto porcentaje de respuestas positivas en comparación con otro tipo de información, puede ser interpretado de diferentes maneras. Como punto de partida para todas ellas es la finalidad con que se está llevando a cabo la evaluación psicológica de una víctima de un crimen sexual.

- a. Se evalúa para conocer los efectos de la violencia sexual y referir a las víctimas a servicios de apoyo emocional?
- b. Se evalúa para conocer si la persona está falseando la realidad y por tanto interponiendo una denuncia falsa?
- c. Se evalúa para ofrecer un reporte psicológico/ psiquiátrico para comparar efectos en la salud mental y su correlación con el proceso de victimización?

Sin embargo, se puede plantear como hipótesis al consenso existente en torno de evaluar el estado psicológico de las víctimas, como una manifestación de la cultura patriarcal predominante; donde se tiende a revictimizar a quienes han experimentado situaciones de violencia sexual, pues existe la creencia de que los niños y las niñas fantasean en torno a los contactos sexuales con adultos y que muchas mujeres “inventan” un delito de violación para encubrir una relación coital. Estas creencias han sido estudiadas en diversos estudios dentro de la región. En una investigación realizada en Costa Rica a principios de los años 90, se encontró, por ejemplo, que la mayoría de denuncias fueron consideradas sin prueba suficiente (menos del 5% de sentencias en relación con las denuncias planteadas). El reto de superar la revictimización ha sido una tarea ya iniciada al menos con la población infantil. En el mismo país, la Corte Suprema de Justicia, ha elaborado un conjunto de directrices de carácter obligatorio para todo su personal, con el propósito de eliminar la revictimización de los niños y niñas vinculados con procesos judiciales.

### 3.3.2. Procedimientos mínimos:

Los procedimientos mínimos difieren según el tipo de instancia. Se ha podido establecer la existencia de una serie de procedimientos en los sectores de Salud y Medicina Legal que se han señalado como mínimos, sin embargo según se ha podido conocer, no siempre estos procedimientos son generalizados o no se llevan a cabo en la realidad.

#### **Sector Salud:**

- Tomar muestras (frotis y cultivos), para presentarlas como posibles evidencias de situaciones de violencia sexual. (En las situaciones de que este sector pueda realizar los exámenes forenses)
- Tener expediente clínico a disposición de las autoridades judiciales.
- Envío de resultados de exámenes al Sector de Medicina Legal.
- Intervención en crisis y seguimiento.

#### **Sector de Medicina Legal:**

- **Verificar el requisito judicial.**  
Se necesita el respaldo de una solicitud de dictamen médico forense, firmado por un juez, o en el caso de Nicaragua, verificar si la persona interpuso la denuncia en la policía (cualquiera de ambas alternativas).
- **Completar los datos de identificación de la víctima.**
- **Realizar la valoración médica:**
  - a. Historia médico legal con protocolo, en los países que cuentan con él (como se verá en un apartado posterior a éste).
  - b. Examen clínico completo, de pies a cabeza.
  - c. Exámenes complementarios: semen, ADN, saliva, sangre, infecciones de transmisión sexual, rayos equis y otros, en los países que cuentan con ellos, como se verá más adelante.
  - d. Evaluación psicológica/psiquiátrica de la víctima.

**En caso de niños, niñas y adolescentes:** Se requiere que sean acompañados/as por una persona adulta o responsable, o hacerse acompañar de una enfermera durante la realización de los exámenes; igualmente en el caso de mujeres adultas cuando quien examina es un médico. Sin embargo los proveedores/as agregaron que aunque existe el procedimiento normado, no siempre es posible cumplirlo.

- **Registrar y resguardar los reportes clínicos**  
Los reportes deben estar disponibles como evidencia en las comparecencias que se realicen en las instancias judiciales, aunque se ha indicado que esto no siempre se realiza.
- **Referencia a otras instancias de seguimiento.**  
Se refiere sobre todo al Sector Salud u organizaciones no gubernamentales para el seguimiento de la situación.
- **Otros procedimientos:**  
Entre otros procedimientos, se encuentra la función desempeñada por el personal de enfermería, (el cual no está autorizado para realizar exámenes forenses, con excepción de Belice), pero su papel es de gran importancia, especialmente por el apoyo emocional que se suele brindar a las víctimas. Las enfermeras contribuyen a preparar a la víctima sobre el tipo de examen al que va a ser sometida, así

como el derecho que tiene sobre su cuerpo en caso de que no desee ser examinada. Ellas asisten al médico o médica durante el examen, en la toma de las muestras y tienen a cargo trasladar las muestras a las diferentes secciones del laboratorio para sus respectivos análisis, y según sea el caso también acompañan a la usuaria/o al laboratorio para que se realice los exámenes complementarios.

En relación con la existencia de procedimientos específicos por sexo, el 64% de los informantes ha indicado que se realizan los mismos procedimientos para hombres y mujeres, el 20% indicó que existen diferencias, y un 16% indica no saber o no responden.

### 3.3.3 Entrenamiento para examinadores forenses

Los examinadores forenses tiene como requisito la especialización universitaria, la cual a su vez, se realiza después de haber obtenido la profesión médica. Luego de haber cumplido con esta especialización, no se cuenta con entrenamiento especializado en violencia sexual ya que esto va a depender del interés personal de cada profesional, o a las necesidades de algunos Departamentos de Medicina Legal. Sin embargo, ante la escasez de este tipo de personal se han establecido convenios (por ejemplo, en Nicaragua) para que cumpliendo ciertos requisitos el personal médico sin especialización forense pueda realizar los exámenes, o bien, autorización legal para hacerlo, aun sin convenios específicos (Belice).

Respecto a las personas o instancias encargadas de realizar los entrenamientos en recolección de evidencias, se encuentran en primer lugar a las mismas universidades, ya sea en los cursos de pregrado o postgrado. Cuando se recibe entrenamiento en servicio, el mismo es ofrecido por consultores externos a las instancias o como en el caso de Costa Rica, por la Escuela Judicial (órgano adscrito al Poder Judicial que se encarga de la capacitación de todo el personal administrador de justicia). En general, no existen mecanismos de monitoreo a las capacitaciones.

La situación de Belice y Costa Rica, en particular, llama la atención. En **Belice**, por ejemplo, los médicos del sector salud no cuenta con entrenamiento para llevar a cabo las valoraciones forenses, a pesar de la autorización legal. Y en el otro extremo, **Costa Rica** ya que, los médicos y médicas residentes de la especialización en medicina forense, además de la especialización universitaria, se ofrece capacitación en servicio son supervisados permanentemente por un tutor o tutora especialista durante los 3 años que dura la formación de postgrado. Y para poder obtener la acreditación como tales, deben realizar exámenes forenses siempre bajo la presencia continua de dicho tutor asignado. Se indica que la institución utiliza el mecanismo de recertificación y aumento de puntos en carrera profesional, como incentivos para que sus profesionales se capaciten –de forma continua- en brindar mejores servicios a las víctimas de violencia sexual.

### 3.3.4. Evidencia

Respecto a la evidencia es importante que se haga referencia a la recolección, su análisis, la cadena de custodia, las condiciones y las amenazas para resguardar las evidencias.

En el momento en que hay una referencia para la valoración forense por denuncia interpuesta, y por un deseo de la víctima adulta para proseguir el caso judicial; la evidencia forense es analizada de forma automática, aclarando que quienes definen lo que debe recolectarse, son las y los examinadores/as forenses.

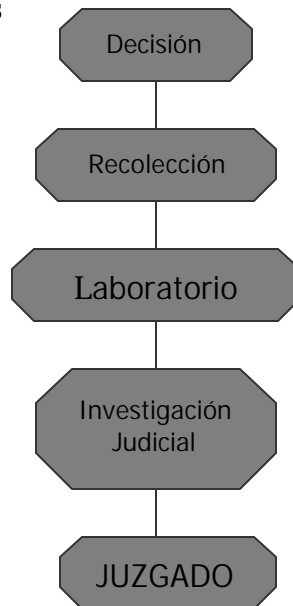
Por su parte, el análisis de la evidencia se encuentra mediatizado por el criterio de la persona que realice la valoración forense. Después de recogida la evidencia, ésta es clasificada y rotulada, para dar lugar a la cadena de custodia.

La cadena de custodia es conceptualizada como la ruta que sigue la prueba hasta llegar al Juzgado. Esta cadena inicia con el transporte de la evidencia recolectada, por enfermeras o por los/as examinadores/as forenses. En algunas ocasiones además de llevar las muestras, se lleva también a la persona afectada para completar los exámenes que se requieren para ampliar las pruebas.

Entre las condiciones que se señalan para mantener la evidencia, antes de que llegue a su destino se tiene que la muestra se mantiene bajo congelación; sobre todo en los casos donde no existe la solicitud previa del Aparto Judicial. En general, se guarda durante aproximadamente seis meses, dependiendo de lo que se trate o el origen de la muestra.

La ruta se puede ejemplificar de la siguiente manera:

### Ilustración #3 - Ruta de evidencias



Amenazas identificadas como comunes dentro de la cadena de custodia:

- No disponer del equipo necesario o de los insumos pertinentes para recoger la evidencia.
- No contar con la infraestructura y equipos adecuados para salvaguardar las evidencias, sobre todo en las áreas rurales.
- La carencia del servicio de laboratorio en horarios fuera vespertinos o nocturnos, al igual que los días feriados o fines de semana.
- Carencia de servicios en áreas rurales

## 3.4. Contenido de la atención

### 3.4.1. Resumen

- Ninguno de los servicios ofrecidos es específico o especialista en la atención a víctimas de violencia sexual, tanto a nivel de las capitales de los países, como en las zonas provinciales o departamentales.

- La atención es parcial y por norma, no se llevan a cabo los procedimientos mínimos de acuerdo con la normativa internacional para casos de violencia sexual.
- A pesar de que se señalan procedimientos, los mismos no se aplican de manera estandarizada.

### 3.4.2. Pruebas de ADN

Según los cuestionarios aplicados a los/as informantes claves, las pruebas de ADN para facilitar el acceso a la justicia por parte de las víctimas, es un servicio casi inexistente en la región, como se refleja en los datos del siguiente gráfico:

Doctor@ con	7	Doctor@ con capacitación forense
Enfermer@ c	4	Doctor@ del departamento de emergencias
Doctor@ del c	4	Enfermer@ del departamento de emergencias
Enfermer@ d	4	Ginecólog@
Ginecólog@	4	Medic@ general
Medic@ gene	6	<a href="#">Otr@s</a>
<a href="#">Otr@s</a>	8	
Otr@ tipo de c	1	
Sí	8	Diseminación de protocolos a través de autoridades
No	5	Entrenamiento de profesionales en la aplicación de
No sé	3	Apoyo a provincias para desarrollar protocolos
No Responde	7	
No Aplica	2	
<a href="#">Niñ@s</a>	1	No Aplica
Mujeres Adole	2	Fondos del Gobierno Nacional

Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes clave. 2003. N= 162

### 3.4.3. Pruebas y atención de HIV/SIDA:

En la mayoría de los países se ofrece consejería en HIV/SIDA en los servicios, y en orden descendente las pruebas y los antiretrovirales para esta infección.

#### Cuadro #21 - Atención HIV

Atención HIV			
HIV	% SÍ	% No	% NS/NR
Ofrece consejería en HIV	70%	17%	13%
Ofrece exámenes de HIV	66%	21%	13%
Ofrece anti-retrovirales	25%	54%	21%

Fuente: Listas de Cotejo aplicadas a proveedores/as de servicios.

### 3.4.4. Pruebas y atención de embarazo, aborto y anticoncepción de emergencia

En la Subregión se ha podido identificar que existe un bajo porcentaje de servicios que ofrecen anticoncepción de emergencia para las víctimas de violencia sexual, así como el poco o nulo acceso al aborto en los servicios públicos de salud.

### Cuadro #22 - Atención en salud reproductiva

Atención de situación de embarazo			
Embarazo	% SÍ	% No	% NS/NR
Discute sobre la prueba de embarazo, de ser necesario	74%	13%	13%
Ofrece anticoncepción de emergencia	29%	41%	30%
Da consejería acerca del aborto	33%	50%	17%

Fuente: Listas de cotejo aplicadas a proveedores de servicios. 2003

Estos datos reflejan que las mujeres que resulten embarazadas como producto del crimen, es muy probable que se vean obligadas a la maternidad.

### 3.4.5. Pruebas y atención de infecciones de transmisión sexual

Tal y como puede observarse en el cuadro siguiente, un 21% de los servicios entrevistados no realizan investigación de las infecciones de transmisión sexual y un 34% no otorgan tratamiento para las mismas.

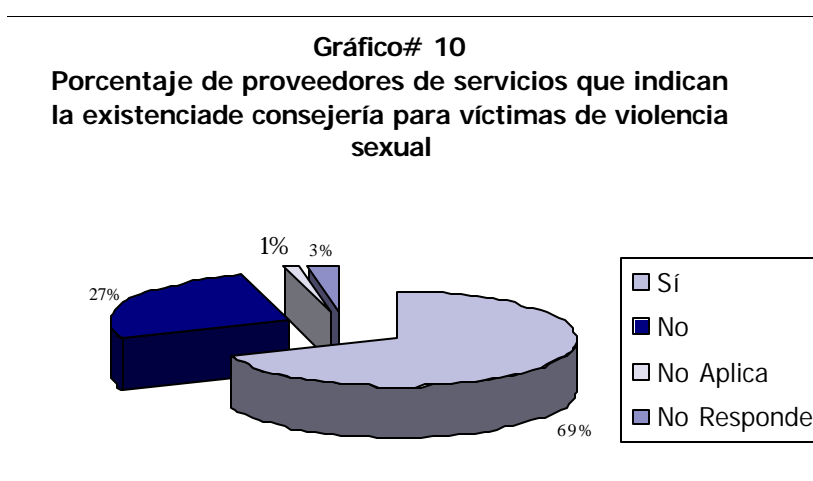
### Cuadro # 23 - Atención de infecciones de transmisión sexual

Atención de infecciones de transmisión sexual			
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	% SÍ	% No	% NS/NR
Investigación de ITS	79%	13%	8%
Tratamientos para ITS	66%	21%	13%

Fuente: Listas de cotejo aplicadas a proveedores de servicios. 2003

### 3.4.6. Asesoramiento psicológico / consejería o referencia a consejería:

En cuanto al asesoramiento psicológico o la referencia a servicios de psicología o consejería, se ha podido identificar dentro de la Subregión que los mismos no se encuentran normados y parece ser más bien, un procedimiento que depende de la disposición de cada profesional y como éste perciba a la víctima. Cuando se realiza, los y las proveedoras, señalan referir a organizaciones no gubernamentales y a los departamentos de trabajo social de las instancias de salud.



Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as de servicios. 2003  
N=114

### 3.4.7 Ejemplos de las especificidades por país en torno al contenido de la atención

**El Salvador.** El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tiene disponibilidad de medicamentos para ITS, anticoncepción de emergencia, hepatitis y retrovirales; sin embargo no todos están disponibles en el primer y segundo nivel de atención.

**Guatemala.** Únicamente el Hospital de Accidentes del IGSS (Capital) ofrece anticonceptivos de emergencia y tratamiento profiláctico de infecciones de transmisión sexual.

**Costa Rica.** Dentro de los procedimientos del Sector Salud, se señala la consejería, exámenes, pruebas, tratamientos y referencias a otros sectores cuando los casos lo ameritan, en VIH, infecciones de transmisión sexual y el embarazo en víctimas de violencia sexual; sin embargo se excluye la anticoncepción de emergencia y la consejería acerca del aborto. La calidad e importancia que los profesionales en salud pongan a este aspecto de la atención, depende de la actitud individual frente al caso, por lo que no son procedimientos que se puedan esperar o que se den con regularidad o rigurosidad.

En relación con el apoyo psicológico:

**Belice.** El 62.5% de las personas entrevistadas indica brindar apoyo psicológico y el 60.0% indica que realizan referencias a este tipo de servicios.

**Honduras.** Para este tipo de servicios, los y las proveedoras identifican por lo general a las Consejerías del Ministerio de Salud para cumplir este rol. También se señala a algunas ONG que trabajan en pro de los derechos de la mujer. Esta última opción solamente está disponible en la ciudad capital.

## 3.5. Equipo para la atención

### 3.5.1. Resumen

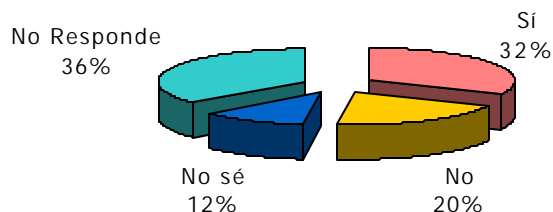
- La disponibilidad de equipo y materiales para la atención de la violencia sexual está determinada por el tipo de instancia: sector salud o sector de medicina legal.
- Existen kits, pero mayoritariamente en el Sector de Medicina Legal.
- Los medicamentos para tratar las lesiones o las infecciones de transmisión sexual están disponibles en el sector salud y no así en el de Medicina Legal.
- Se cuenta con equipo más completo y moderno en las zonas urbanas

### 3.5.2. “Kits” o equipos para el examen de ataque o violación:

Los servicios de Medicina Legal cuentan con la mayor parte del equipo que, de acuerdo con proveedores/as, les permite operar sin problemas en cada uno de los servicios que ofrecen. En el Sector Salud, por el contrario, los proveedores/as señalan no contar con el equipo necesario, más allá de la toma de muestras o cultivos.

La falta de recursos para este fin, puede observarse en el gráfico siguiente.

**Gráfico # 11**  
Porcentaje de proveedores/as y directivos/as que indican la existencia de kits de violación disponibles para la recolección de evidencia forense



Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as y directivos de servicios. 2003

El equipo en caso de estar completo y disponible, permite la recolección y examen de evidencia forense en:

- Material biológico: vellos, pelos, zacate, otros.
- Muestras: semen, saliva, fluidos.
- Cultivos: en infecciones de transmisión sexual.
- Sangre: embarazo, ADN, VIH.
- Refrigeración.

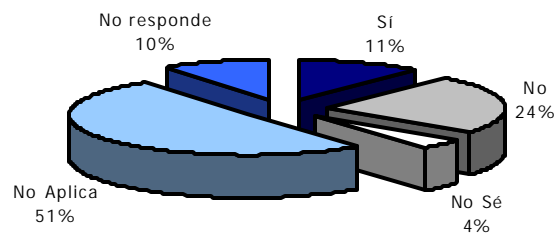
A pesar de lo anterior, solo el 11% de proveedores y proveedoras señala el problema.

### 3.5.3. Medicamentos:

Respecto a los medicamentos utilizados por las instancias se han podido establecer los siguientes datos subregionales:

- Dentro del Sector Salud, las personas informantes señalan contar con la mayoría de los medicamentos necesarios, sin que sean especializados para víctimas de violencia sexual.
- Dentro del Sector de Medicina Legal, por el carácter de sus funciones centradas en el peritaje médico forense o psiquiátrico forense, no disponen de ningún tipo de medicamentos, ni extienden recetas médicas.

**Gráfico# 12**  
**¿Encuentra usted algún problema con el equipo de recolección de evidencia?**



Fuente: Cuestionario aplicado a proveedores/as de servicios. 2003.  
N=114

### 3.5.4. Material administrativo:

Respecto al material administrativo o recursos materiales de oficina relacionado con los exámenes forenses se ha podido establecer que:

- El material administrativo es el que se comparte con todos los servicios otorgados por las instancias, el cual dentro de estos países, según proveedores/as, es poco y desactualizado.
- Los reportes clínicos se resguardan en archivos generales.
- La gran mayoría de los archivos no cuentan con llave, y la única condición de seguridad es la restricción de ingreso al lugar.
- En algunas instancias se cuenta con formularios de consentimiento de las víctimas para ser examinadas, más, algunos proveedores/as admiten no aplicarlo regularmente.
- Se tienen muy pocos materiales informativos para usuarias/os de los servicios, como panfletos o afiches que informen sobre las situaciones de violencia sexual.
- No se cuenta con directorios de referencia que posibiliten el seguimiento.
- Se ha identificado una diferencia sustancial entre los recursos administrativos disponibles entre las regionales urbanas y rurales, en detrimento de las últimas.

### 3.6. Políticas y protocolos

Dentro del marco de este estudio, se evidencia la necesidad de que los servicios cuenten con normativa para proveer servicios para víctimas de violencia sexual de forma comprensiva y género sensitiva, incluyendo la existencia de dos componentes básicos:

- a. Políticas de atención a víctimas de violencia sexual
- b. Protocolos para la atención

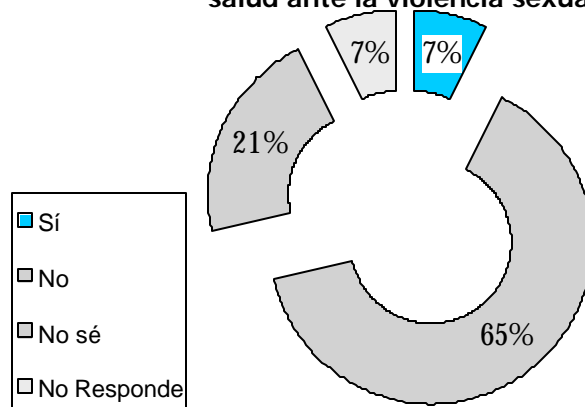
A continuación se expone la información recopilada en torno a las políticas y procedimientos estandarizados para la atención de la violencia sexual dentro de la Subregión. Un vacío en políticas, normas y protocolos marca un desafío para los países.

#### 3.6.1 Políticas:

Un hallazgo sobresaliente es la inexistencia en casi toda Centroamérica de una política en torno a la violencia sexual, y si la hubiese ésta es desconocida por quienes proveen o administran los servicios para las personas afectadas por ella. En el siguiente gráfico, se evidencia que solo el 7% de informantes, afirma la existencia de políticas.

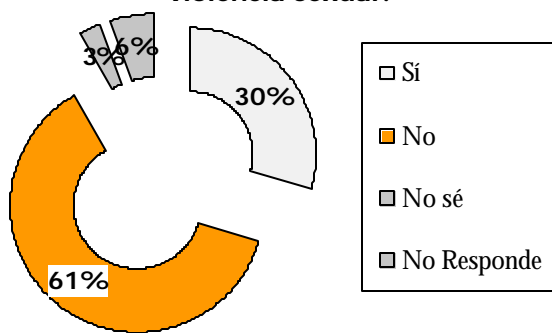
Así mismo, los proveedores de servicios señalan la ausencia de guía o directrices para su trabajo con víctimas de violencia sexual:

**Gráfico #13**  
Porcentaje de informantes claves que afirma la existencia de una política nacional relativa a las respuestas en el sector salud ante la violencia sexual



Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes clave. 2003. N= 162

**Gráfico #14**  
¿Existe alguna política que guíe su trabajo en violencia sexual?



Fuente: Cuestionarios aplicados a proveedores/as de servicios. 2003. N=114

El hecho de que algunos profesionales indiquen que existen políticas y otros no, nos remite al hecho de que en caso de que las políticas existan, las mismas no cuentan con una adecuada divulgación e implementación. Se ejemplifica esta situación con datos como que el 32% de los directores a los que se les aplicó el cuestionario señala que existen políticas y que las mismas se divulgan, mientras que 41% de los administradores/as de los servicios que se entrevistaron ha indicado que se ha entrenado al personal en el uso de esas políticas. En forma contradictoria, sólo el 18% de los/as proveedores/as de servicios ha

señalado haber sido entrenados en el uso de éstas.

Una posible explicación a estas contradicciones, puede ser la extrapolación del concepto de violencia intrafamiliar y sus instrumentos a la materia relacionada con violencia sexual; ya que muchos/as informantes señalaron su equivalencia. En este sentido, cabe resaltar que en la mayoría de los países existe una política, normas y protocolos del sector salud en relación con la violencia intrafamiliar.

## 6.1 Protocolos:

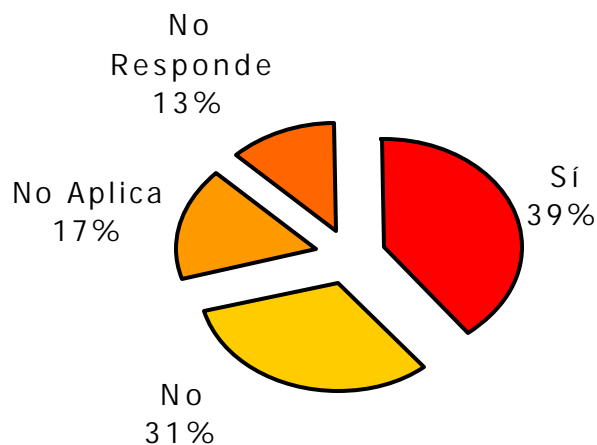
Al indagarse sobre la existencia de protocolos que sean una guía para proveer servicios a las víctimas de violencia sexual, el 39% de los/as informantes clave entrevistados ha señalado que sí, como se puede analizar en el siguiente gráfico:

Es importante señalar, según los estudios nacionales realizados, que los protocolos existentes se encuentran dentro de los servicios de Medicina Legal, aunque los mismos son generalmente de tipo técnico para la recolección de evidencias, pero no necesariamente para la atención integral de la violencia sexual.

Los contenidos mínimos incluyen:

- Datos personales de la víctima.
- Descripción de hecho violento: lugar, fecha, hora,
- Quién o quiénes son los supuestos ofensores, vínculo con el agresor
- Prácticas sexuales abusivas recibidas, para determinar los sitios de recolección de material biológico o humano.
- Exámenes físicos completos para documentar evidencia y
- Datos sobre la situación familiar, la condición física o mental de la víctima, si está embarazada, paridad, condiciones del himen y del ano, y una gráfica de himenograma y anograma.
- Manejo médico.
- Sistemas de referencia.

**Gráfico #18**  
**Porcentaje de informantes clave que indican que se utiliza algún protocolo como guía para proveer servicios**



Fuente: Cuestionarios aplicados a informantes clave. 2003. N= 162

Dentro de este contexto, se identifica la capacitación como el mecanismo privilegiado para el uso y diseminación de protocolos, pues un 73% de los/as informantes clave entrevistados la señalan de esa manera. Sin embargo, sólo el 28% de los/as proveedores de servicios del Sector Salud y de Medicina Legal ha indicado haber sido entrenados para el uso de un protocolo para la atención de la violencia sexual.

## 6.2 Otros mecanismos:

Se ha considerado necesaria la presencia de otros mecanismos de tipo administrativo para la adecuada atención de víctimas de violencia sexual, tales como los relativos al registro, la promulgación,

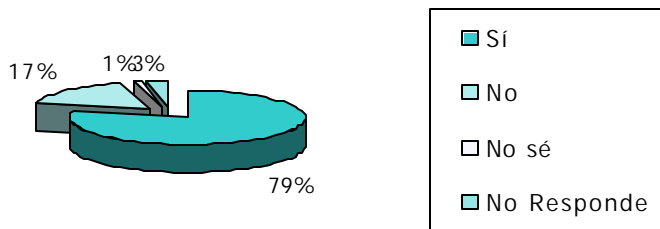
capacitación y aplicación de las políticas o protocolos. Al respecto, la generalidad de personas entrevistadas, señala que aunque existen, no han tenido impacto.

Específicamente, en relación con los procedimientos de registro de casos de violencia sexual dentro del Sector Salud, los mismos constituyen una práctica en proceso de institucionalización dentro de la subregión. Así, aunque la misma está normada en algunos países, su real aplicación aún enfrenta barreras. Entre ellas, muchos de los y las profesionales señalan no registran, para no verse involucrados en los posibles procesos legales posteriores. Adicionalmente, los mismos proveedores/as consideran que hay importante subregistro porque no acostumbran llenar los datos de manera correcta o presentarla o adjuntarla al expediente de la víctima. Al respecto se aducen razones como falta de tiempo, de interés, de capacitación y de sensibilidad para detectar y tratar estos casos.

De esta forma, la existencia de la norma y por ende de la obligación del reporte, la gran mayoría de proveedores/as (79%) reconoce esta obligación, tal y como se observa en el siguiente gráfico:

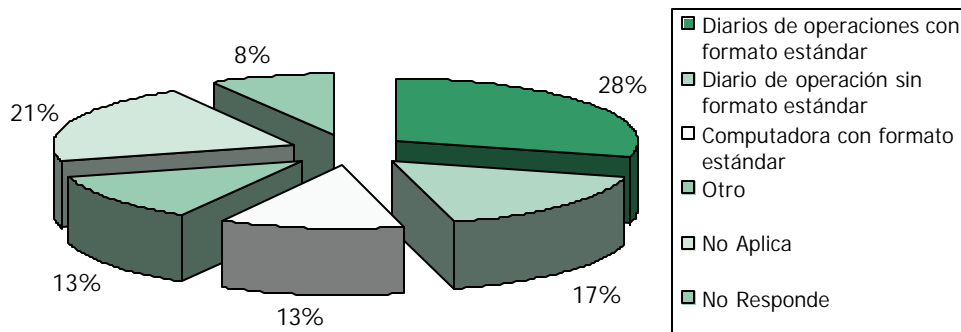
Sin embargo, la existencia del sistema de registro se contradice con los reportes estadísticos de casos atendidos y discutidos en secciones anteriores. Esta disonancia podría ser explicada en razón de la ausencia de un protocolo de detección en el sector salud, de mecanismos estandarizados de registro y de procesos institucionales para monitorear dichos procedimientos. El gráfico siguiente podría ser explicativo de dicha incoherencia.

**Gráfico #22**  
**Porcentaje de proveedores/as de servicios que señala la existencia de un registro regular de información básica sobre las personas afectadas por violencia sexual**



Fuente: Cuestionario aplicado a proveedores/as de servicios. 2003. N=114

**Gráfico #23**  
**Forma en que proveedores de servicios indican realizar los registros (%)**



Fuente: Cuestionario aplicado a proveedores/as de servicios. 2003. N=114

En el Sector Salud, la normativa señalada para el registro indica que la información de las víctimas de violencia sexual, debe considerarse dentro del expediente médico e incluye: los datos personales, síntomas reportados, exámenes practicados, tipos de tratamientos y toda aquella información complementaria al proceso de atención en salud que se recibe, como la presencia de redes de apoyo de la víctima. Estos datos, sin embargo, no siempre se pasan a un sistema de registro institucional que permita dar cuenta de la incidencia de violencia sexual.

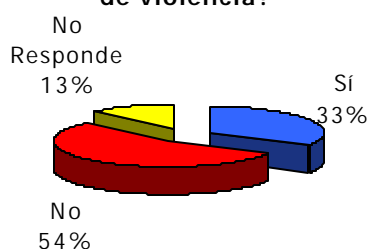
Por su parte, los sistemas de registro de los servicios de Medicina Legal, permiten ser utilizados para:

- Presentar los informes solicitados por la Fiscalía.
- Elaborar los informes anuales de labores de la Sección.
- Realizar investigaciones de tesis.
- Exponer temas de importancia en charlas, seminarios, congresos, u otros.

Otro tipo de mecanismos utilizados son los de rendición de cuentas, los cuales se aplican en muchas instancias a través de buzones de sugerencias. La retroalimentación la hacen a través de la investigación, y una vez que tienen las conclusiones toman las medidas necesarias. Sin embargo hay instancias que no cuentan con ningún recurso para monitorear sus servicios, sobre todo en aquellas ubicadas en las zonas rurales.

### 3.7 Seguridad

**Gráfico #24**  
**¿Posee la institución algún mecanismo de seguridad para responder contra incidentes de violencia?**



Fuente: Cuestionarios aplicados proveedores/as de servicios.  
2003 N=114

Respecto a las condiciones de seguridad de los servicios, los y las proveedoras reconocen la existencia esporádica de incidentes de violencia dentro de las instancias (no hay registro de los mismos); tales como peleas, altercados, daño o destrucción de objetos, malos tratos de manera verbal y uso de armas. Sin embargo, la gran mayoría de personas consultadas, señala que no existen procedimientos estándares para responder a este tipo de incidentes, y si se da una situación de esta índole, se acude por lo general al personal de seguridad de la planta.

Entre algunas medidas de seguridad que han sido implementadas de manera informal, se tiene:

- Cuando llega una usuaria –no importa la edad- se solicita la presencia de una enfermera en el proceso de realización de los exámenes.
- Servicio de vigilancia en la entrada de las instancias.
- Cadena de custodia para la recolección de la evidencia.
- Guardar la evidencia en archivos con llave o en refrigeradores donde no se tenga alcance.
- Acceso restringido a secciones específicas.

### 3.8 Actitudes

Respecto a algunas de las actitudes de los proveedores/as de servicios para la atención de casos de violencia sexual, los estudios nacionales son bastante coincidentes. Entre ellas:

- Una persona que ha sufrido violencia sexual es un caso serio. Se considera que además de las consecuencias físicas, las víctimas afrontan importantes secuelas psicológicas. Al indagar sobre la categoría a la que pertenece la violencia sexual el 31% indica que es un problema social, el 7% dice que es un problema de criminalidad, el 4% dice que es un problema de salud, y el 56% señalan dos o todas las anteriores y un 2% señala otro o no responde.
- Se reconoce las situaciones de mayor vulnerabilidad ante el crimen y el nivel de impacto de la violencia en la salud física y emocional.
- La prevención del problema es vista como un trabajo que puede hacerse con alianzas institucionales estratégicas, para incrementar estilos de vida saludables y para desarrollar acciones de promoción de una vida sin violencia.
- Se ha indicado que el papel de los profesionales en salud en la atención de las víctimas debe ser de calidez, humanidad, facilitar una atención expedita, integral, que ofrezca vías para que la persona afectada puede continuar, por tanto, con apoyo, asesoría técnica y legal.
- Los proveedores de servicios de salud perciben por lo general al Sistema Judicial como un Poder del Estado que deja en libertad a los agresores y que en algunos casos -debido a la impunidad existente en el abordaje de la violencia sexual-, se revictimiza a la víctima, dejándola a merced de su agresor.
- El papel que debe jugar el Sector Salud y sus directores a nivel nacional y departamental, lo relacionan a que se debe reconocer que existe, ofrecer una respuesta rápida y debe ser un tema permanente dentro de su agenda.

Paralelamente también se han identificado algunas otras actitudes negativas en algunos proveedores/as, tales como: interpretación de la violencia como un asunto privado; desinterés; culpar a la familia, principalmente a las madres y culpar a las propias víctimas.

### **3.9 Entrenamiento**

En relación con el entrenamiento que reciben los sectores involucrados en la atención a personas afectadas por la violencia sexual, se ha podido identificar algunos puntos centrales importantes, tales como:

- A nivel general, el personal indica no haber sido capacitado específicamente para la atención a la problemática de la violencia sexual. Las excepciones se interpretan como debidas al interés personal de los y las funcionarias con respecto al tema. Las capacitaciones o entrenamientos en violencia sexual, básicamente se han dirigido a la violencia sexual contra niños y niñas, o bien, violencia intrafamiliar.
- La mayoría de profesionales del Sector Salud considera tener insuficientes conocimientos para la realización de un diagnóstico y tratamiento efectivo de las víctimas de violencia sexual.
- Hay discrepancia entre directores y autoridades y proveedores/as directos. Los primeros indican que si existe capacitación y la mayoría de los segundos, se quejan de su ausencia.
- La capacitación especializadas en violencia sexual, señalan los informantes, no forma parte de los planes de estudio de las universidades (con excepción de los examinadores forenses), sino que han sido cursos, seminarios, talleres y conferencias, ofrecidos por iniciativa de instituciones

gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la problemática, o agencias internacionales de cooperación.

- Debido a la diversidad de capacitaciones, los contenidos o énfasis de éstas también fueron distintos.
- Por lo general, no hay incentivos para quienes se capacitan.
- Las/os funcionarias/os que han recibido algún tipo de capacitación, específicamente en violencia intrafamiliar, han indicado que luego de haberlas recibido les han sido de utilidad en su trabajo.
- Menos del 30% de de los directores de servicios indica contar con un sistema de monitoreo para saber si los entrenamientos son adecuados.
- La duración de los cursos, capacitaciones o entrenamientos varía según la instancia o del programa del que forme parte, por ejemplo se tiene de hasta 2 días, sobre todo en el Sector Salud, hasta la formación de especialización en Medicina Forense que puede durar hasta 3 años.

### **3.10 . Colaboración multisectorial**

Dentro de la Subregión, la colaboración interinstitucional es vista más como una opción ideal, que como una realidad que se esté aplicando en la actualidad. Se señala que a pesar de la intención y algunas iniciativas al respecto, hay gran dificultad de unificar los esfuerzos institucionales, en gran parte, debido a la ausencia de políticas y planes de acción nacionales. De esta forma, la atención es ofrecida de forma aislada por las instituciones y no como parte de una plataforma de servicios articulados.

Respecto a la colaboración entre las instancias y sectores relacionados se pueden citar algunos puntos centrales como:

- Hay variabilidad en las iniciativas de colaboración multisectorial. Muchas de ellas están mediatizadas por las actitudes personales de los/las proveedores de servicios. En su mayoría, cada profesional o instancia cumple únicamente su rol, sin tomarse en cuenta el proceso en general por el que debe pasar la víctima de violencia sexual. Como tal no existe coordinación entre las instancias, pues lo que se hace, en el mejor de los casos, es referir o informar (el 83% de los/as proveedores/as) a la víctima acerca de cuál es la próxima instancia donde puede recibir otros servicios necesarios.
- La coordinación inter-institucional no está normada y no hay convenios inter-institucionales conocidos, por tanto no existen mecanismos estandarizados de referencia y contrarreferencia.
- Las percepciones acerca de la calidad de la relación multisectorial varía considerablemente de un profesional a otro, de acuerdo con la institución donde se ubica, el lugar que ocupa, especialidad, labores que desarrolla y sensibilidad e interés.
- Las coordinaciones que se presentan actualmente, se dan sobre todo entre el Sector Salud, Medicina Legal y el Sector Judicial, para el manejo de la evidencia o la cadena de custodia.
- Los informantes clave reconocen la necesidad de coordinación con una instancia que vele por el bienestar de las personas menores de edad, y les apoyen en este proceso.
- Se identifica la existencia de redes como la instancia que facilita la colaboración multisectorial. Tal es el caso de Nicaragua.

- Los informantes señalan que la inadecuada coordinación intersectorial, acompañada del proceso judicial engorroso por el que deben de pasar las víctimas, las lleva a repetir exámenes y con ello, el riesgo de revictimización.

## **CAPITULO 4**

### **DISCUSION DE RESULTADOS**

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **Fortalezas identificadas**

- Se ha reflejado en el transcurso de la recolección de información, una actitud por parte de los y las proveedoras de servicios del sector salud, medicina legal y otros, de apertura frente a la temática y con capacitación en temas afines con la violencia sexual.
- En la gran mayoría de países, los servicios son gratuitos.
- Hay un avance en el sector salud en relación con el abordaje de la violencia intrafamiliar: políticas, normas, procedimientos y sistemas de registro. Aunque éstos aún se encuentran en proceso de institucionalización y no sean delimitados para la violencia sexual, constituyen un primer paso para especificar lineamientos. De esta forma, las lecciones aprendidas en torno a la atención de dicha problemática son de gran utilidad para implementar modelos de atención integral a la agresión sexual y todas las manifestaciones de violencia basada en género.
- Se han identificado organizaciones no gubernamentales que luchan por los derechos de las mujeres, las cuales han apoyado a aquellas que han sido víctimas de violencia sexual. En igual sentido, la existencia de este tipo de organizaciones dirigidas a la niñez y la adolescencia. Las mismas constituyen un recurso importante en la implementación de una plataforma de servicios que puede ser articulada o fortalecida por los sistemas de salud.
- En relación con los contenidos de la atención, se observa casi siempre la existencia de consejería en las instituciones del sector salud sobre temas relacionados: HIV/SIDA, embarazo e infecciones de transmisión sexual.
- Los centros especializados en medicatura forense, cuentan con personal calificado y el equipo necesario, lo cual puede permitir el traslado de experiencias exitosas y lecciones aprendidas al resto del país y de otros servicios.
- La presencia en el debate público de temas relacionados: violencia contra las mujeres, explotación sexual comercial y abuso sexual infantil.
- La presencia en la región de diferentes agencias internacionales de cooperación que apoyan e incentivan el trabajo en materia de violencia sexual (OPS; IPEC/OIT; UNICEF, IPPF, IPAS, entre otras).
- La existencia de acuerdos ministeriales e internacionales en el sector salud para declarar la violencia basada en género como un problema de salud pública, lo cual incluye la victimización sexual y por ende, el compromiso gubernamental para trabajar el tema.
- Mayor número de denuncias de violencia sexual en la última década, lo cual refiere a un mayor nivel de conciencia social e institucional para visibilizar el problema. En este sentido, las respuestas del sector salud, aunque aún son incipientes, reflejan también un reconocimiento de la necesidad de ofrecer un mejor servicio, adecuado a las necesidades de las víctimas.

Adicionalmente, el proceso investigativo:

- Ha permitido generar no solo expectativas sino compromisos de acción, particularmente por la conformación de equipos nacionales para validar los resultados.

- Ha generado un diagnóstico que permite visualizar no solo los problemas sino que de pie a la construcción de alternativas viables de realizar para cambiarlos.
- Permite comparar resultados para buscar, diseñar, compartir y retroalimentar acciones regionales.

### **Desafíos identificados:**

- Se identifican tres barreras fundamentales: el acceso a los servicios, básicamente en áreas rurales, la ausencia de políticas específicas en torno a la violencia sexual en el sector salud y la poca colaboración multisectorial para ofrecer respuestas articuladas e integrales para las víctimas, que contribuyen con la existencia de una ruta engorrosa y desestimulante para acceder a la justicia y a la atención integral.
- Los servicios no se encuentran a disposición de toda la población, no solamente en relación con el sector salud sino también con el de justicia. Esto último, constituye una importante limitación relacionada no solamente con la posibilidad de interponer denuncias sino también en lo referente a la recolección de evidencias, ya que no se cuenta ni con instancias, personal idóneo y los recursos y el equipo necesario para recolectar y salvaguardar indicios forenses.
- A nivel general, el personal que trabaja con víctimas de violencia sexual no cuenta con entrenamiento especializado lo que puede propiciar una atención inapropiada y revictimizante.
- Hay ausencia de protocolos de atención integral, que incluyan aspectos que trasciendan la recolección de evidencias.
- No hay un sistema de registro nacional, a partir de los insumos institucionales que den cuenta de la incidencia de la demanda por violencia sexual. Ello se acompaña por la carencia de equipos de cómputo y mecanismos estandarizados de registro.
- Hay carencia de recursos de tipo administrativo funcional que apoye el trabajo en la atención de la violencia sexual, ello se hace evidente en las zonas rurales.
- La ausencia de un sistema estandarizado en los servicios de salud para la detección y el registro de violencia sexual. Ello se agrava particularmente cuando las personas acuden a los servicios mucho tiempo después de ocurrida la violencia, manifestando secuelas que pueden pasar inadvertidas como consecuencias de la problemática (ITS, embarazo, entre otros). En igual sentido, la falta de integración del tema de violencia sexual en los servicios de salud sexual y reproductiva puede incrementar la no detección.
- Existen proveedores y proveedoras de servicios que aún consideran la violencia sexual como un tema privado, por lo que dejan de actuar con su responsabilidad profesional.
- La ausencia de mecanismos de control y monitoreo de las normas institucionales relativas a la atención en violencia y su registro.
- La existencia de pocos examinadores forenses de acuerdo con la población que se debe atender.
- Los servicios médico legales por lo general están concentrados en áreas metropolitanas. De esta forma, personal calificado, kits para violación y otro tipo de insumos y recursos no están disponibles

para la gran mayoría de la población centroamericana: población rural, indígena, que habla otro idioma al oficial, migrante en condición de ilegalidad, entre otros.

- Falta de seguimiento a las víctimas.
- La dispersión de los recursos institucionales para atender la misma problemática.
- La carencia de recursos materiales y de presupuesto asignado específicamente para atender la problemática en la gran mayoría de instancias gubernamentales.
- Problemas en la calidad de la atención, derivada específicamente de:
  - Desconocimiento del trato que deben de darles a las personas víctimas de violencia sexual.
  - La poca capacitación del personal de salud en aspectos legales en materia de violencia sexual.
  - Falta de privacidad en el momento de la recepción de denuncias y la atención.
  - Carencia de recursos para brindar una atención e infraestructura adecuada.
  - Falta de protocolos que brinden los lineamientos necesarios para atender a las víctimas y dar seguimiento a los casos.
  - Desconocimiento del tipo de ayuda legal que deben proveerles a las víctimas y/o lugares a donde puedan referirla.
- El contexto socioeconómico y cultural en la región comparte problemas que inciden directamente con la atención integral a la violencia sexual: las brechas de género que promueven no solo la agresión y el control masculino sexual sobre la sexualidad de las mujeres, sino la legitimidad social para los mismos; la falta de equidad entre grandes grupos poblacionales; altos índices de criminalidad; pobreza extrema y exclusión social y una gran disparidad entre zonas urbanas y rurales en torno al acceso a los recursos materiales e institucionales.
- Adicionalmente, el problema de la atención integral de las víctimas en Centroamérica se agrava por el alto índice de impunidad a los crímenes sexuales.

## Recomendaciones

*Las siguientes recomendaciones se agrupan de acuerdo con el tiempo en que se espera obtener los productos. De esta forma, en las estipuladas a corto plazo, por su carácter prioritario, constituyen recomendaciones que deben iniciarse de inmediato para obtener resultados en un periodo de seis meses a un año. Y las de mediano plazo, contemplan aquellas, que una vez obtenidos los productos previos, se inicie su implementación para alcanzar sus productos en un periodo no superior a los tres años. Las recomendaciones de largo plazo, cuyos resultados deben observarse en el próximo quinquenio, no se incluyen en este documento, por el carácter urgente de las primeras.*

Paralelamente se incluyen recomendaciones dirigidas a los procesos de investigación en torno a la problemática de la violencia sexual.

### A corto plazo

#### 1. En el nivel político

- Desarrollar políticas universales de atención a la violencia sexual
- Desarrollar un plan nacional de atención a la violencia sexual con su adecuado presupuesto. En él se deben plasmar las metas generales y anuales, los objetivos y estrategias, así como la designación de responsabilidades sectoriales e institucionales.
- Establecer las responsabilidades institucionales bajo la premisa de construcción de una plataforma de servicios integrales y articulados.
- Diseñar un modelo de monitoreo del plan, con sus respectivos indicadores de éxito que permita a partir de la rendición de cuentas institucionales, modificar e implementar acciones correctivas. En este mismo sentido, debe designarse la instancia responsable de su ejecución.
- Desarrollar un plan para facilitar el acceso progresivo a los recursos para la atención de la violencia sexual en las regiones y poblaciones sin cobertura.
- Promover la participación de todos los sectores sociales en la promoción, prevención y erradicación de la violencia sexual.
- Buscar estrategias de coordinación entre el sector justicia y médico en aras de poner al alcance de todas las víctimas, los servicios de recolección de evidencias y demás recursos necesarios para el acceso a la justicia.

#### 2. En el sector salud

- Desarrollar políticas y estrategias sectoriales de acción que permita atender la violencia sexual en todos los niveles de incidencia y la integración del problema en los servicios (por ejemplo, emergencias, salud sexual y reproductiva, atención primaria, entre otros)
- Desarrollar un plan sectorial de atención acorde con los planes nacionales y en coordinación con otros sectores para alcanzar un sistema articulado de respuestas.
- Incorporar en el plan de trabajo sectorial, el enfoque de género y generacional.
- Desarrollar normas, protocolos y procedimientos estandarizados para la detección, atención, registro y seguimiento.
- Elaborar un plan para dotar progresivamente de mayores recursos (por ejemplo, kits) para mejorar la atención y el acceso a los servicios, específicamente en las zonas y poblaciones identificadas con mayores limitaciones.
- Elaborar un plan presupuestario para disponer de mayores recursos para la consecución del equipo necesario para la atención de la violencia sexual.

- Desarrollar un plan sectorial de educación continua, que incluya la sensibilización, la capacitación y el entrenamiento.
- Desarrollar un sistema de monitoreo y seguimiento de políticas, normas y procedimientos de atención, con la designación de responsabilidades, criterios de éxito y responsables.
- Solicitar a las universidades la incorporación del tema de violencia en el nivel de pregrado y posgrado.
- Desarrollar un plan de trabajo para intervención en crisis

### **3. En el sector médico forense:**

- Desarrollar políticas y estrategias de educación continua para el personal que trasciendan la recolección de evidencias forenses.
- Establecer sistemas de monitoreo para el adecuado uso de peritajes.
- Desarrollar una propuesta específica para ampliar la cobertura de los servicios médico forenses hacia áreas donde éstos no existen, mediante estrategias creativas y de maximización de los recursos propios y los del sector salud..
- Buscar mecanismos para reducir el tiempo de espera para la recolección de evidencias, ampliar horarios de atención (incluyendo los de laboratorio)
- Participar y fomentar la participación del sector en redes contra la violencia sexual.
- Proponer mecanismos de atención no revictimizantes Implementar un modelo de seguridad estandarizado para resguardar la cadena de custodia de evidencia, particularmente en zonas alejadas.
- Desarrollar un modelo de atención con enfoque de género y generacional
- Incluir dentro de los procedimientos estandarizados:
  - a. Aspectos relacionados con el apoyo o contención emocional
  - b. Aspectos relacionados con el tiempo y forma de resguardar evidencias.
  - c. La ruta de evidencias.
  - d. Articular el trabajo médico con el de trabajo social y psicología y psiquiatría, mínimamente.

### **4. En el sector justicia**

- Desarrollar una política sectorial que permita dentro del sector disminuir la impunidad de los delitos sexuales, que puede contener desde la elaboración de proyectos de ley y su respectiva presentación y abogacía en los órganos legislativos, el fortalecimiento de los ministerios públicos y sus instancias receptoras e investigadoras de las denuncias de delitos sexuales hasta la promulgación de directrices institucionales en la materia
- Desarrollar un plan de trabajo institucional que incluye políticas y directrices para reducir la revictimización (una sola declaración, cámara de Gessell, entre otros)
- Buscar mecanismos para ampliar la cobertura de los servicios médico legales en conjunto con los departamentos médico forenses y representantes del sector salud.
- Dotar de los recursos materiales necesarios para aumentar el acceso a la justicia por parte de las víctimas de violencia sexual: investigación de los delitos y la recolección apropiada de evidencias en el mayor número de instancias y en todo el país.
- Buscar mecanismos para ampliar el número de plazas de examinadores forenses.

## **A mediano plazo:**

### **1. En el nivel político**

- Implementar las políticas, estrategias y planes nacionales
- Iniciar el proceso de monitoreo y rendición de cuentas sectoriales e institucionales

- Buscar y aplicar soluciones correctivas

## **2. En el sector salud:**

- Desarrollar e implementar un sistema de registro estandarizado con los recursos mínimos para su implementación.
- Implementar las políticas, estrategias y planes sectoriales
- Iniciar el proceso de monitoreo y rendición de cuentas para identificar, vacíos, incumplimiento de acuerdos o responsabilidades e implementar las acciones correctivas.
- Desarrollar el plan de capacitación y educación continua, así como la articulación del mismo con las universidades e instancias nacionales formadoras de profesionales.
- Promover la investigación sectorial e institucional sobre violencia sexual e iniciar su desarrollo.

## **3. En el sector médico forense:**

- Implementar las políticas, estrategias y planes
- Implementar los procesos de monitoreo.
- Desarrollar un directorio de referencias y ponerlo a disposición de todo el personal de atención directa.
- Promover y desarrollar investigación en materia de violencia sexual que permita dar cuenta de experiencias exitosas y que puedan funcionar de forma centinela a otros lugares, servicios y países.

## **4. En el sector justicia**

- Implementar las políticas, estrategias, directrices y planes
- Desarrollar e implementar el proceso de monitoreo y los ajustes correspondientes
- Poner en ejecución los planes de ampliación de cobertura

## **Recomendaciones para futuras investigaciones en materia de violencia sexual**

- Incorporar la voz de las víctimas y con ello, un enfoque de no revictimización y enlace a los recursos.
- Dar seguimiento a los hallazgos en materia de acciones nacionales y sectoriales
- Elaborar diagnósticos situacionales sobre normativa legal y aplicación de la justicia
- Desarrollar propuestas y planes de investigación incorporados a los servicios
- Desarrollar dentro de las estrategias metodológicas, las propuestas de validación, discusión y difusión de los resultados
- Incorporar el enfoque de los derechos humanos en toda investigación que gire alrededor del tema de violencia sexual y violencia basada en género.
- Aplicar la normativa internacional en materia de derechos humanos pertinente a propuestas de investigación con seres humanos.
- Desarrollar propuestas de investigación con metodologías rápidas, creativas y acordes con los reducidos presupuestos existentes para tal efecto al interior de los países.

## Referencias bibliográficas

- Casa Alianza Internacional. (2002). **“Investigación regional sobre tráfico, prostitución, pornografía infantil y turismo sexual en México y Centroamérica: Síntesis Regional”**. San José, Costa Rica: Gustavo Leal, editor.
- International Human Rights Law Institute, DePaul University College of Law. (2002) **“In Modern Bondage: Sex Trafficking in the Americas”**. Central America and the Caribbean. Octubre.
- OIT/IPEC. (2003) **“Explotación sexual comercial de personas menores de edad en Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Síntesis Regional”**.
- OMS. (2002). **“WHO initiative to strengthen health services for persons who have experienced sexual violence. Situational analysis of medico-legal and health services for victims of sexual violence. A Study of the Sexual Violence Research Initiative. Research protocol”**.
- OMS. (s.f.) **“Proposal a to Include Central America in WHO`s global initiative to spearhead a health response to sexual violence”**.
- OPS. (s.f.) **“Violencia Sexual Basada en Género y Salud”**. Sistematización Taller Introductorio Violencia Sexual y Salud. Serie Género y Salud Pública. OPS. Unidad Género y Salud. San José. Costa Rica. No. 13.
- OPS/OMS Unidad Género y Salud. (2002). **“La ruta crítica de las mujeres afectada por la violencia intrafamiliar en América Latina”**. Estudio de caso en diez países. Montserrat Sagot en colaboración con Ana Carcedo.
- OMS. (2001) **“Proposed WHO documents to strengthen health sector response to sexual violence. Policy guidance for the provision of adequate services”**. November.
- OMS. (2001). **“Protocols for the medical management of child and adult survivors of sexual violence”**. Noviembre.
- OMS. (2002) **“Situation analysis of medico-legal services for survivors of sexual violence. World Health Organization. Sexual Violence Research Initiative”**. Questionnaires one, two, three a-b, four.
- PNUD.(1995). **Informe de desarrollo Humano,**
- UNICEF. (2001). **Estado Mundial de la Infancia.**
- UNICEF. (2002) **Estado Mundial de la Infancia.** Resumen Oficial
- Villalta. Sofía. (s.f.) **“Sistematización de la atención de la agresión sexual. Experiencia en el Salvador”**. OPS. Secretaría Nacional de la Familia.

**Estudios nacionales (sin publicar):**

OPS. Belice: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

OPS. Costa Rica: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

OPS. El Salvador: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

OPS. Guatemala: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

OPS. Honduras: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

OPS. Nicaragua: Diagnóstico situacional de la atención a víctimas de violencia sexual. 2003.

## ANEXO 1 - Cuestionarios

<b>Cuestionario Uno Nivel Nacional</b>		
<b>Sección</b>	<b>Temática</b>	<b>Ítems</b>
A	Información sobre la persona entrevistada	(14)
B	Facilidades médico – legales para sobrevivientes de violencia sexual	1 - 14
C	Examinadores forenses	15 - 21
D	Entrenamiento curricular para examinadores forenses	22 - 47
E	Políticas en violencia sexual	48 - 51
F	Protocolos en violencia sexual	52 - 56
G	Estructura de los servicios médicos y legales	57 - 66
H	Evidencia forense	67 - 80
I	Actitudes	81 - 85

<b>Cuestionario Dos Nivel provincial o regional</b>		
<b>Sección</b>	<b>Temática</b>	<b>Ítems</b>
A	Información sobre la persona entrevistada	(15)
B	Facilidades médico – legales para sobrevivientes de violencia sexual	1 - 14
C	Examinadores forenses	15 - 21
D	Entrenamiento curricular en exámenes forenses y en violencia basada en género	22 - 48
E	Políticas en violencia sexual	49 - 54
F	Protocolos en violencia sexual	55 - 59
G	Estructura de los servicios médicos y legales	60 - 69
H	Evidencia forense	70 - 83
I	Actitudes	84 - 88

<b>Cuestionario Tres A Administradores de servicios</b>		
<b>Sección</b>	<b>Temática</b>	<b>Ítems</b>
A	Información sobre la persona entrevistada	(15)
B	Estructura de servicios	1 - 6
C	Seguridad	7 - 14
D	Provisión del servicio	17 - 43
E	Estructuras de responsabilidad	44 - 46
F	Protocolos	47 - 51
G	Entrenamiento	52 - 57
H	Colaboración multisectorial	58 - 68
I	Otros comentarios	69

<b>Cuestionario Tres B Proveedores del servicio</b>		
<b>Sección</b>	<b>Temática</b>	<b>Ítems</b>
A	Información sobre la persona entrevistada	(14)
B	Provisión de los servicios	1 - 64
C	Políticas y protocolos	65 - 70
D	Entrenamiento	71 - 80
E	Colaboración multisectorial	81 - 90
F	Otros comentarios	91 - 93

<b>Cuestionario Cuatro</b>		
<b>Otras organizaciones relacionadas</b>		
<b>Sección</b>	<b>Temática</b>	<b>Ítems</b>
A	Información sobre la persona entrevistada	(15)
B	Provisión de los servicios	1 - 12
C	Colaboración multisectorial	13 - 27
D	Servicios forenses y de salud para víctimas de violencia sexual	28 - 36

## ANEXO 2 - Perfil ocupacional de informantes clave

Tipo de cuestionario	Informantes clave	
Uno	1	Director nacional del sector salud
	2	Director nacional del servicio de medicina forense
Dos	3	Director regional o provincial del sector salud
	4	Director regional o provincial de servicio de medicina forense
Tres A	5	Administrador de servicios del sector salud de la capital
	6	Administrador de servicios de sector salud de provincia
	7	Administrador de servicios de medicina forense de la capital
	8	Administrador de servicios de medicina forense de provincia
Tres B	9	Examinador forense de la capital
	10	Examinador forense de provincia
	11	Enfermera de la capital
	12	Enfermera de la provincia
	13	Médico de la capital
	14	Médico de provincia
	15	Practicante de la capital
	16	Practicante de la provincia
	17	Médico con entrenamiento forense de la capital
	18	Médico con entrenamiento forense de provincia
	19	Enfermera con entrenamiento forense de la capital
	20	Enfermera con entrenamiento forense de provincia
	21	Ginecólogo de la capital
	22	Ginecólogo de provincia
Cuatro	23	Miembro de la policía de la capital
	24	Miembro de la policía de provincia
	25	Trabajadora social de la capital
	26	Trabajadora social de provincia
	27	Representante de centro de atención de violación en capital
	28	Representante de centro de atención de violación en provincia
	29	Representante de una ONG relacionada, en la capital
	30	Representante de una ONG relacionada, en provincia
Lista de cotejo	31	Personal o un proveedor directo de servicio en medicina forense, en la capital
	32	Personal o un proveedor directo de servicio en medicina forense, en provincia.
	33	Personal o un proveedor director del Sector Salud, en la capital
	34	Personal o un proveedor director del Sector Salud, de provincia

## ANEXO 3 - Contenido de informes nacionales

**Resumen ejecutivo** - *una sinopsis de una página del estudio y sus hallazgos claves-*.

**Introducción** – *resumen del protocolo de investigación o documento metodológico-*.

### Contexto de fondo

- Información y datos en boga, acerca de la violencia sexual en el país.
- Organización y provisión de servicios generales en salud.
- Objetivos del estudio – *del protocolo de investigación o documento metodológico-*.

### Metodología

- Resumen de la metodología – *tipos de cuestionarios, informantes claves, o lo que aparece en el protocolo de investigación o documento metodológico-*.
- Cómo fue escogida la muestra – *poner detalles-*.
- Traslación del proceso- *si es necesario informar sobre algún traslado -*.

### Resultados:

- Estructura de los servicios – *en lo nacional, en la capital y en provincia, a nivel de los cuestionario de nivel macro, nivel medio y administradores de instancias -*.
- Tamaño total de la muestra.
- Tipos de instancias examinadas: - *puede verse en el cuestionario de administradores o gerentes de instancias o servicios-*.
- Tipos de servicios ofrecidos, tipo de personal. – *incluir información de ONGs -*.
- Número de víctimas atendidas por mes – *total por todas las instancias – significado y rango por instancia -*.
- Distribución por sexo y edad de las víctimas.
- Días de más demanda y días de menos demanda de los servicios.
- Relación de examinadores y/o personal necesitado para la atención de las víctimas, basándose en el número mensual de víctimas.
- Dónde van las víctimas por primera vez y por qué.
- Proceso – *cómo las víctimas vienen y van de las instancias .*
- Acceso – *en tabla o texto -*.
  - Número de instancias en el país, la capital y provincia –
  - Número de instancias por 100.000 habitantes –
  - Resultados de la distribución de los servicios en relación con la población.
  - Número de examinadores forenses por 100.000 habitantes.
  - Rango y horas media de funcionamiento.
  - Costo de los servicios (*promedio – rango*).
  - Tiempos de espera: promedio y rango para la corta y larga espera
- Exámenes y evidencia forense:
  - Procedimientos mínimos
  - Entrenamientos para examinadores forenses / quiénes pueden hacerlos
  - Evidencia .
- Contenido de la atención:
  - Tabla de respuestas de administradores o gerentes de instancias o servicios –
  - Porcentaje de proveedores que han levantado resultados o procedimientos de HIV, embarazo, y de enfermedades de transmisión sexual (*incluir diferencias entre la capital y zona rural*).
  - Tabla de atención médica
  - Porcentaje de proveedores que están conduciendo asesoramiento psicológico, dando consejería y refiriendo a consejería
- Equipo (actual y reportado) – *poner algunas diferencias entre los tipos de respuestas y personas que responden:*

- “Kits o equipos para el examen de ataque o violación”.
- Otros equipos para la recolección de evidencia.
- Tabla de las listas de cotejo de las instancias (*check lists*).
  
- Políticas y protocolos – existencia, implementación, entrenamiento. Diferencias para hombres, mujeres y niños/as.
  
- Seguridad
- Dudas de administradores o gerentes de instancias o servicios.
- Tabla de seguridad de las listas de cotejo (*check lists*).
  
- Actitudes
  
- Entrenamiento (Disparidad entre los reportes dados y los reportes administrativos o ministeriales del entrenamiento recibido)
  
- Colaboración multisectorial.

**Discusión:**

- Fortalezas y cosas por mejorar.
  
- Calidad de la atención, en relación o comparación con los objetivos identificados dentro de la investigación (*detalles de esto fueron enlistados en el protocolo de la investigación o documento metodológico: estatutos para mejorar la salud, seguridad de la adecuada documentación de la evidencia, asegurar las expectativas de satisfacción del cliente, asegurar el desarrollo de la comunidad*).
  
- Barreras identificadas para la atención:
  - Distribución geográfica de los servicios, en relación con los/as habitantes.
  - Horas de servicio y tiempos de espera.
  - Transporte.
  - Otras.
  
- Problemas identificados por los proveedores y administradores o gerentes de servicios o instancias.
  
- Problemas identificados por ONGs u otras instancias relacionadas.
  
- Otros problemas
  
- Comentarios sobre el proceso investigativo de estudio, como el uso de los instrumentos (cuál fue tu experiencia en llevar a cabo el estudio).

**Conclusiones:**

- Recomendaciones – *imagine que el núcleo de las recomendaciones servirán como los términos de referencia para encuentros o entrevistas nacionales y provinciales, para discutir como debe ser la capacitación en esta área.*

## **ANEXO 4 - Ejes de información de los cuestionarios y lista de cotejo**

### *a. Cuestionarios*

- Facilidades médico – legales para sobrevivientes de violencia sexual
- Examinadores forenses
- Entrenamiento curricular para examinadores forenses
- Políticas en violencia sexual
- Protocolos en violencia sexual
- Estructura de los servicios médicos y legales
- Evidencia forense
- Actitudes
- Seguridad
- Provisión del servicio
- Estructuras de responsabilidad
- Colaboración multisectorial
- Servicios forenses y de salud para víctimas de violencia sexual
- Otros comentarios

### *b. Lista de Cotejo*

- Existencia de protocolos
- Facilidades de acceso
- Medidas de seguridad
- Cuarto de exámenes
- Equipo
- Medicamentos
- Suplementos administrativos

## ANEXO 5 - Procedimientos metodológicos

### Primera Fase: Planificación de la investigación

Incluyó los siguientes procedimientos básicos:

- a. Elaboración de guía metodológica y cronograma de trabajo
- b. Elaboración de una base de datos diferencial para cada cuestionario y lista de cotejo
- c. Elaboración de matrices y categorías de análisis para la presentación de la información cualitativa recolectada
- d. Elaboración de criterios para la selección de investigadoras nacionales (Ver anexo I)
- e. Proceso de comunicación y divulgación en cada país, a las instancias ministeriales e institucionales con injerencia en el problema para dar a conocer la propuesta investigativa, sus alcances y expectativas.

### Segunda Fase: Recolección de la Información

#### Procedimientos básicos:

#### a. Selección del departamento o provincia para la confrontación de resultados en el nivel central y local

El criterio fundamental para la elección del nivel departamental, fue la coincidencia con el lugar donde se han desarrollado acciones -o se planea hacerlo- por parte de la Unidad Género y Salud. Sin embargo, algunos países, seleccionaron departamentos o provincias donde hubiese un interés particular para desarrollar estrategias en contra de la violencia sexual.

#### b. Selección de instituciones e informantes clave del nivel central y local, de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión.

El estudio tomó como base dos niveles de investigación, que están directamente relacionados con las personas que se entrevistaron:

- Macro: gobierno central y provincial.
- Micro: proveedores directos del servicio.

Para la aplicación de los instrumentos del diagnóstico en los países se tomaron los siguientes criterios para la elección de las fuentes de información:

- Centro de medicatura forense (de forma obligatoria cuando en un país, sólo este órgano puede llevar a cabo la recolección de las pruebas forenses en violencia sexual).
- Centros de salud, cuando en el país no se reduce la recolección legal a instituciones del poder judicial. En estos países, por tanto, se incluyen los órganos de medicatura forense y centros de salud públicos o privados.
- Inclusión de instituciones de la capital y de una provincia, región o departamento, donde se encuentre un punto focal o algún proyecto de la OPS.
- El nivel nacional se incluye por medio de directores nacionales de salud y de directores de medicina forense.

Los criterios de inclusión para seleccionar a informantes claves en los distintos cuestionarios, se relacionaron básicamente con el tipo de información que puede aportar una persona según el puesto que ocupa en el sector salud. Si la persona no podía responder a las preguntas podía referir a la investigadora a quien la tuviese o al lugar donde podía encontrar la información requerida. De esta forma, el criterio básico de selección fue la función desempeñada en el sector salud. Se entrevistaron por lo tanto, proveedores y proveedoras del nivel nacional y departamental con funciones gerenciales, administradores de servicios, prestatarios que tienen contacto directo con usuarias y usuarios y otro tipo de funcionarios externos al sector salud, pero relacionados con la atención a la violencia sexual: policía y

funcionarias/os de ONGs. El perfil de puestos solicitado por la Organización Mundial de la Salud puede apreciarse en el anexo I.

Para completar las listas de cotejo, se ha tomado que el informante que laborase en ese lugar tuviese contacto directo con las personas que son atendidas ahí.

### c. Lugares e informantes claves:

En los seis países estudiados, logró entrevistarse a un total de 168 informantes claves de los diferentes niveles de atención.

Por país, los lugares e instancias seleccionadas fueron:

**Honduras.** El estudio se realizó simultáneamente en Tegucigalpa, la ciudad capital y Danlí, en el sector oriental del país. Se entrevistó un total de 25 funcionarios de diversas organizaciones y niveles: Secretaría de Salud (nivel local, regional y central), la Clínica Forense (nivel directivo, regional y local), la Policía Nacional Preventiva, una ONG que trabaja en derechos de las mujeres. La elección de los y las informantes claves se hizo tomando en consideración los criterios definidos y se desarrollaron 2 reuniones claves para la definición, con la Jefa de la Región Sanitaria Metropolitana y con el Jefe de la Región Sanitaria #1. A la vez se consignó información sobre equipamiento e insumos de las clínicas médico – forenses en las listas de cotejo, una a nivel de la capital y otra en la Región #1, en Danlí. Se entrevistó a un total de 25 personas en las ciudades de Tegucigalpa y Danlí y se aplicaron 2 listas de cotejo.

**Belice.** Se seleccionó la ciudad capital y el Distrito Cayo. La capital es importante para este estudio en la medida en que cuenta con una gran parte de la población del país y es el centro del comercio del país; en esta área sólo se ha localizado un hospital terciario y aquí se ha ubicado a gran parte del personal en salud a nivel nacional. El Distrito Cayo es la capital legislativa en salud del país, en la región oeste, cuenta con 3 hospitales (2 públicos y 1 privado) y cuenta con un poco más de la población viviendo en comunidades rurales. El Hospital Belmopan es un hospital de referencia secundaria en la Región Oeste en Salud con un director regional de servicios en salud. En este país, todos los hospitales de la Capital Belice y del Distrito Cayo fueron tomados en cuenta dentro de la escogencia de informantes, 3 por cada una de las instancias: un administrador, un médico y una enfermera de la unidad de emergencias. El administrador fue la persona a la cual se le pidió colaborar en la aplicación de la lista de cotejo. A la vez fue seleccionado un centro de salud de atención primaria: Matron Roberts, en la capital. El centro urbano de Benque Viejo en Cayo fue seleccionado para representar la zona oeste del distrito; esta instancia es de una comunidad urbana pero da servicios a todas las áreas que la rodean. Se tomó en consideración para este estudio, alrededor de 20 instancias y propuso una muestra total de 45 informantes claves, 27 en la Ciudad Capital y 18 en el Distrito de Cayo, sin embargo por las modificaciones metodológicas que se especificaran con anterioridad, se concluyó el estudio con un total de 25 cuestionarios completados.

**Costa Rica.** Para la realización de este estudio, las instituciones de servicios en salud que se eligieron fueron: el Hospital San Juan de Dios en la capital, y al nivel provincial el Hospital San Rafael. Los criterios que prevalecieron para esta selección fueron la importancia de su ubicación geográfica, el tipo de servicios que ofrecen, su amplia cobertura poblacional, así como la relación y coordinación que establecen con los servicios de medicina legal existentes en el país. En lo que respecta a los servicios médico-legales, por encontrarse éstos centralizados, se realizó el estudio en el Departamento de Medicina Legal del Poder Judicial, en las secciones de Clínica Médico Forense y la de Psiquiatría y Psicología Forense. En este país, se entrevistaron 34 funcionarios y funcionarias de distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Se contó con la participación de 9 instancias. Las entrevistas que se aplicaron a informantes claves fueron 34 y se completaron 3 listas de cotejo.

**El Salvador.** Para la selección de informantes en la capital se seleccionaron los siguientes lugares: Dirección de Medicina Legal, Dirección Técnico Normativo Forensía Clínica, Hospital de Maternidad y Hospital Primero de Mayo. El área geográfica de provincia, Apopa, fue seleccionada en el SIBASI Norte y la Unidad de Salud de Apopa, perteneciente a dicho SIBASI. Esta selección se hizo con base a experiencias previas de la OPS en esa área y capacitación relacionada en violencia intrafamiliar. La cobertura de medicina legal en Apopa es desde la capital, por esa razón se seleccionó la parte de medicina legal en la provincia de la Región Central y se incluyó también dentro de esa misma área el Hospital San Rafael, segundo nivel de atención del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

Los informantes claves fueron seleccionados de acuerdo a los cargos a nivel Macro: Dirección General y Provincial y a nivel micro: proveedores directos del servicio como ginecólogos/as, médicos/as en servicios social, médicos/as forenses, enfermeras en salud y forenses y trabajadoras sociales, abogadas/os de ONGs y Fiscalía General de la República. Se tomó en consideración los tres niveles de atención para la selección de la muestra y los niveles administrativos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fueron. Respecto al tamaño total de las personas entrevistadas y los instrumentos aplicados se tiene que se completaron 29 cuestionarios y 4 listas de cotejo.

**Guatemala.** Se seleccionó para el estudio, la ciudad capital y el distrito de Escuintla. Se seleccionaron las siguientes instancias: Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio Público, Ministerio de Gobernación, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y como ONG la Oficina de Atención a la Víctima en la ciudad capital; y en la provincia: Organismo Judicial, Hospital Nacional, Jefatura de Área y el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Comisaría de la Policía Nacional y el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla, así como la aplicación de cuestionarios a una muestra seleccionada de personal disponible en estas instancias: examinadores forenses, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicóloga y el comisario de la Policía Nacional. Contó con un total de 12 instancias y se aplicó un total de 32 cuestionarios y 5 listas de cotejo.

**Nicaragua.** Se ha seleccionado el Departamento de Atención a la Mujer, ubicado en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, pues ha sido una importante contraparte histórica del trabajo en Género, y particularmente en lo que se refiere a violencia intrafamiliar. En la parte provincial o municipal se seleccionó a SILAIS Carazo, dentro del mismo municipio de San Marcos, ya que atienden población mayoritariamente rural, la otra localidad fue Managua, por ser la ciudad capital del país. En un inicio se había escogido a nivel municipal el SILAIS Masaya en el Municipio de Tisma, sin embargo la directora del primer nivel de atención, consideró que Carazo era más adecuado por la experiencia acumulada en atención a la violencia intrafamiliar, ya que éste desarrolló un trabajo fuerte en el tema por el apoyo y presencia a nivel local del proyecto SAREM de la cooperación finlandesa. Una vez que se seleccionaron estas 2 localidades en el país, se fueron identificando los servicios y las personas informantes en Carazo y en Managua. Se contó con 12 instancias para la aplicación de los cuestionarios a informantes. En total, en este país se aplicaron 23 cuestionarios y 5 listas de cotejo.

#### **d. Aplicación de cuestionarios y listas de cotejo.**

Los cuestionarios se aplicaron a un grupo de 32 informantes clave tanto del sector salud -nivel central y local- como de otros vinculados con la atención a víctimas de cada país.

La guía de observación o lista de cotejo se aplicó en el nivel central y local del sector salud.

La consigna para la aplicación de los instrumentos, fue dar primero la información en torno al qué pretende el estudio, dónde se está realizando, qué pretende, por qué y para qué. Una vez ofrecida la información, aclarado cualquier duda y recogidas las observaciones o comentarios, se procedió a completar los instrumentos.

#### **Principal limitación de esta fase:**

La aplicación de los cuestionarios debió hacerse en muchos casos, solicitando citas previas para lograrlo. De esta manera, el tiempo transcurrido desde la solicitud hasta la aplicación, en algunos casos significó un atraso significativo dentro del cronograma propuesto, debido a diferentes razones, entre ellas: periodo de recolección de información coincidió con periodo de elecciones presidenciales, huelgas del sector salud o bien, por problemas de disponibilidad de tiempo en puestos gerenciales, por ejemplo.

#### **Tercera Fase: Sistematización y análisis de la información recopilada**

Para llevar a cabo el análisis de los datos recogidos por los cuestionarios y las listas de cotejo se han planteado dos formas, una cuantitativa y otra cualitativa. Las preguntas cerradas de los cuestionarios y puntos de listas de cotejo se ingresaron dentro de la base de datos Excel para los informes nacionales y en SPSS para el informe Subregional, con estos datos se estableció una base de datos que ha servido de base por los datos cuantitativos por sí mismos y para complementar el análisis cualitativo. Entonces se ha planteado el análisis cualitativo, por medio de la

interpretación de los datos cuantitativos, de las preguntas o secciones abiertas que se presentaban dentro de los cuestionarios y otras observaciones de las investigadoras.

#### **Cuarta fase: Validación**

La coordinación subregional de la Unidad Género y Salud solicitó la elaboración de un taller de validación del informe de cada país con autoridades en la materia, con el fin de complementar la información recopilada en el proceso investigativo y contribuir a su vez, dotando por medio del mismo, con un insumo para la toma de decisiones que favorezcan la adecuada atención de las víctimas de violencia sexual en Centroamérica.

A nivel general, participaron en los talleres, funcionarios y funcionarias de distintas dependencias vinculadas con la temática, entre ellas:

Ministerio de la Condición de la Mujer

Ministerio de Salud

Caja Costarricense del Seguro Social (Departamento de Prevención en Salud)

Departamento de Medicina Legal

Departamento de Enfermería Hospital Escuintla

Departamento Administrativo de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades Hospital General de Accidentes del

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Programa de Salud Mental del Ministerio Público y de Asistencia

Social,

Se han realizado en algunos países y los otros están por hacerlo, una presentación formal de los resultados de los informes finales de cada país, con la participación de los sectores participantes en el primer taller de validación, con el propósito de lograr acuerdos para la toma de decisiones.

## ANEXO 6 - Modificaciones Metodológicas

La propuesta metodológica no fue variada en lo sustantivo. Algunos países realizaron pequeños cambios considerados necesarios a partir de la realidad de su contexto.

La variante más importante fue la incorporación del elemento de validación por parte de autoridades nacionales en la atención de la violencia sexual, de los resultados del estudio con el propósito de que los mismos se incorporen en la toma de decisiones. Esta modificación surge de la iniciativa subregional de incorporar el proceso de investigación dentro de las políticas y objetivos del proyecto de atención a la violencia sexual en Centroamérica.

Específicamente, los cambios por país, fueron los siguientes:

**Belice:** parte de los instrumentos fueron modificados, se hicieron pequeños cambios, tomando en cuenta la aplicabilidad dentro del contexto nacional de este país. Estos se realizaron a 3 de los 5 instrumentos propuestos para facilitar el curso de la entrevista. Entre los cambios que se hicieron se encuentra la amplitud de opciones de respuestas como el agregar de “no se sabe” u “otro”, y cambiar la forma en que se plantea una pregunta dentro de dos cuestionarios para realizar dos preguntas de ella (esto se hizo con los cuestionarios de nivel nacional y regional, donde el ítem 21 fue ampliado a ítem 21 y 22. Por su parte, el cuestionario por realizarse a administradores de los servicios (3A), tuvo más cambios con la ampliación de 3 preguntas, para asegurar que la persona entrevistadora y la que responde puedan ser capaces de responder a la intención de la pregunta. Se realizaron dos cambios dentro del cuestionario por aplicar a los proveedores de servicios donde se ampliaron ítems a dos preguntas. Debe tenerse en cuenta que estos cambios tienen incidencia en el informe cualitativo, no así en la base de datos para el análisis cuantitativo regional.

También en Belice, hubo un cambio en cuanto a la selección de las personas por entrevistar, ya que el puesto de Director Nacional de los Servicios en salud se ha sustituido por: Director Delegado de Servicios en Salud y el Supervisor Técnico en Salud para Violencia Doméstica. De igual forma, no se encuentra un director de servicios forenses, sino más bien, un Analista Forense Principal, como el informante clave para los servicios forenses. El director de la Corte de Familia, fue identificado también como un informante a nivel nacional.

**Honduras** afirma que no fue fácil ubicar a algunas de las personas sugeridas para llevar a cabo las entrevistas o aquella que desempeñara las funciones de alguno de los puestos mencionados. En el caso concreto de la enfermera con entrenamiento forense y representantes de ONGs y de Centro de Intervención en Crisis para víctimas de violación, quienes no existen como tales en Danlí, y por otro lado, los administradores de Servicios Forenses y examinadores forenses, son puestos que no figuran en el país. Ello implicó la necesidad de sustituir estos informantes por personas no necesariamente especialistas en la materia.

**Nicaragua:** en la parte municipal para aplicar cuestionarios y listas de cotejo, se había seleccionado primeramente, y tal como se pedía desde la coordinación del proyecto, el SILAIS Masaya, en el Municipio de Tisma; sin embargo la directora del primer nivel de atención, consideró que Carazo era más adecuado por la experiencia acumulada en atención a la violencia intrafamiliar, ya que éste desarrolló un trabajo fuerte en el tema por el apoyo y presencia a nivel local del proyecto SAREM de la cooperación finlandesa.