

VIOLENCIA SEXUAL Y LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD EN BRASIL

Jorge Andalaft y
Anibal Faúndes

La violación es una forma extrema de violencia contra la mujer que hasta hace poco tiempo no era objeto de mayor preocupación. Fue solo en 1992 que el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas definió la violencia contra la mujer como “cualquier acto de violencia que resulta o resultará en daño físico, sexual o psicológico”. Agrega que “... incluye amenaza... y coerción” y que puede ser “... en el ámbito público o privado (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1992). La forma más perversa y de peores consecuencias de violencia, es la agresión sexual. La violencia sexual debe ser una preocupación de todos, pero más particularmente de los servicios de salud que atienden a la mujer tanto por su alta frecuencia, mucho mayor que lo que se sospecha, como por las graves consecuencias que puede tener para la mujer que sufrió la agresión.

Prevalencia

Por su propia naturaleza criminal, es muy difícil conocer la verdadera prevalencia de la violencia sexual. Estudios de base poblacional realizados en diversos países, revelarán prevalencias que varían entre 5,1 y 29,0% (Heise y cols., 1994; Goldind y cols., 1998). La gran variabilidad observada, está probablemente influenciada por el método usado en la investigación, por la definición de violencia sexual y por las diferencias culturales entre los diversos países o regiones.

En estudio realizado en Campinas, S.P., Brasil, encontramos que 62% de más de 1800 mujeres de 15 a 49 años, entrevistadas en su domicilio, relataron alguna vez haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad. Al consultar la razón por la que se vieron obligadas a tener relaciones sexuales, 7% declaró haber sido sometidas a violencia física; 23% sufrió alguna forma de coerción, y 32% declaró que consideraron que era su obligación aceptar la imposición de su marido, novio o compañero (Faúndes et al., 2000). Si aceptamos la definición de violencia de las Naciones Unidas, que incluye coerción, tendríamos que por lo menos 30% de estas mujeres tenían historia de violencia sexual.

Consecuencias

Las consecuencias inmediatas de la violencia sexual son el trauma físico, el trauma psicológico, el posible contagio de enfermedad de transmisión sexual (ETS) y el riesgo de embarazo no deseado. Las consecuencias a largo plazo más importantes son las secuelas de ETS/SIDA, el aborto provocado o hijo no deseado, problemas de salud mental y la somatización ginecológica que se expresa de diversas formas.

Algunos autores encontraron que 10% o más de las víctimas de violencia adquirió alguna ETS. Además el coito impuesto en la mitad del ciclo menstrual puede resultar en un embarazo no deseado, que en nuestros países latinoamericanos frecuentemente terminan en un aborto

clandestino, con alto riesgo de hemorragia o infección, que puede evolucionar hasta enfermedad inflamatoria pélvica que, a su vez, puede llevar a obstrucción tubaria, esterilidad, gravidez ectópica y dolor pélvico crónico.

En cuanto a las secuelas psicológicas, las más frecuentemente citadas como resultado de la violencia contra la mujer, son depresión, trastornos del sueño, trastornos del apetito, dificultades de concentración y alcoholismo.

Por último, las consecuencias menos reconocidas, pero no menos importantes, corresponden a lo que llamamos somatización ginecológica de la agresión sexual que incluye alteraciones menstruales, dolor pélvico crónico, dispareunia y disfunciones sexuales como falta de libido y anorgasmia (Faúndes y cols., 2000).

Respuesta del sector salud

El movimiento brasileño de mujeres ha luchado durante las dos últimas décadas por un mejor reconocimiento de este problema y, particularmente, por la aplicación del artículo del Código Penal que despenaliza el aborto practicado en mujeres víctimas de violación que se embarazan y desean interrumpir la gestación. La respuesta del sector salud fue lenta y fragmentaria.

En 1988, una ley municipal de Río de Janeiro estableció la obligatoriedad de dar atención a los pedidos de aborto previstos en la ley, y designó hospitales específicos para atender esta demanda. Poco después el Municipio de São Paulo mismo, con la diferencia que el servicio de São Paulo, en el Hospital de Jabaquara, tuvo una actuación bastantes más eficiente. Sin embargo, el progreso fue muy tímido hasta 1996, cuando una ONG (Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, CEMICAMP), ligada a uno de los tres hospitales que prestaban estos servicios, organizó el “Primer Foro Interprofesional sobre Implementación del Aborto Previsto en la ley”, en noviembre de 1996, en la ciudad de Campinas, en el estado de São Paulo. Este forum tuvo la participación de quince de los principales profesores de ginecología y obstetricia de Brasil, juntamente con profesores de bioética, medicina legal, derecho penal, jueces, promotores, líderes feministas y científicos sociales que trabajaban en esta área. Entre ellos se encontraba el presidente de la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO).

Ya en este primer foro se llegó a la conclusión de que no era posible preocuparse sólo de las mujeres violadas que se embarazan, sino que todas las mujeres víctimas de violencia sexual necesitan y merecen atención inmediata después de la violencia y también a largo plazo, lo que incluye la interrupción del embarazo si fuera ésta la consecuencia de la violencia.

Todos los profesores y jefes de servicios de ginecología y obstetricia, que participaron en el Primer Forum, se comprometieron a instalar servicios de asistencia a la mujer víctima de violencia sexual.

Después de este encuentro, la FEBRASGO creó la “Comisión Nacional Especializada sobre Violencia Sexual y Aborto Previsto en la Ley”. A partir de ese momento, esta Comisión fue co-organizadora, conjuntamente con CEMICAMP, de los siguientes foros interprofesionales sobre violencia sexual contra la mujer, realizados una vez por año en 1997, 1998 y 1999. El foro del año 2000 fue realizado el 1 y 2 de diciembre, en Río de Janeiro.

Cada foro sirvió para evaluar el progreso en la instalación de nuevos servicios y para discutir las estrategias seguidas por cada hospital para iniciar la implantación de servicios de programas específicos. A partir de las discusiones de los foros, se hicieron propuestas de procedimiento para instalar servicios de atención integral a la mujer víctima de violencia sexual. Estas propuestas de los primeros foros fueron aprovechadas por el Ministerio de la Salud para dictar las “Normas sobre la prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual contra la mujer y adolescente”, divulgadas a fines de 1998.

Posteriormente, CEMICAMP y FEBRASGO realizaron una encuesta entre gineco-obstetras sobre aborto previsto en la ley, y poco después, entre las secretarías de salud de estados y grandes municipios y Consejos Regionales de Medicina, consultando sobre actividades realizadas e interés en actuar sobre el tema de la violencia sexual y el aborto previsto en la ley.

Más de 90% de los médicos estuvo de acuerdo con la interrupción del embarazo en casos de riesgo de vida de la madre y más de 85% en caso de violación. Solamente uno de los Consejos Regional de Medicina declaró que no existía interés en el asunto. Todos los otros ya tenían actividades o manifestaron interés en tener diálogos sobre este tema con otros grupos organizados y autoridades locales.

Más de la mitad de las secretarías estatales y 75% de secretarías municipales de salud respondieron. Muy pocas tenían programas de atención a la mujer víctima de violencia sexual, pero todas las que respondieron expresaron interés en tener tales programas.

Intervenciones

Armadas de las recomendaciones de los foros y de las normas del Ministerio de Salud, profesionales de CEMICAMP y de la Comisión de la FEBRASGO recorrieron el país identificando individuos, instituciones públicas y ONG, que estuvieran interesadas en movilizar a la sociedad local para la instalación de servicios. Estos individuos e instituciones eran tanto del Sector Salud como Social, de Justicia y Derechos Humanos.

Una vez identificados hospitales con profesionales interesados y un ambiente local, social y políticamente favorable, CEMICAMP y FEBRASGO organizaron reuniones locales para discutir la implantación de servicios. Además dieron asistencia técnica y entrenamiento a los profesionales interesados. Para el entrenamiento se utilizaron algunos de los servicios más antiguos y con mayor volumen de asistencia y que ya tenían una experiencia que transmitir. En algunas de las ciudades, las secretarías de salud del municipio del Estado ocuparon una posición de liderazgo, pero esto no fue siempre así.

El protocolo de asistencia inmediata a la mujer víctima de violencia sexual se preocupa fundamentalmente de las necesidades de la mujer y secundariamente de identificar al agresor. Parte de la base que la mujer víctima de violencia sexual necesita apoyo psicológico, protección contra el embarazo y contra enfermedades de transmisión sexual y SIDA, orientación legal y asistencia social. Por lo tanto, se preocupa de proveer de asistencia psicológica, anticoncepción de emergencia, antibióticos profilácticos contra sífilis, gonorrea y clamidia, inmunización activa y/o pasiva contra hepatitis B y, en algunos casos, coctel antiviral para la prevención de la transmisión del virus de la inmuno- deficiencia adquirida. Además, el servicio de asistencia social se preocupa de orientar a la mujer y sus familiares en relación a la necesidad de denunciar la violencia en los puestos policiales (principalmente en aquellos destinados a atender a la mujer). Las mujeres son también aconsejadas de acudir a los servicios médico-legales para facilitar la recolección de material que permita identificar al agresor.

Además de la atención inmediata, se hace seguimiento de las mujeres para confirmar su no contaminación o tratamiento en caso que no haya sido evitada. Igualmente, el servicio debe atender solicitudes de interrupción del embarazo, en caso que éste ocurra como resultado de violación.

Inicialmente, fue difícil conseguir la implantación de servicios, pero a partir de 1999 hubo un aumento más rápido en la instalación de la asistencia a mujeres víctimas de violencia en nuevos hospitales. De esta forma se pasó de tres servicios en dos estados, en junio de 1997, a 22 en siete estados en junio de 1999 y 33 servicios en doce estados en junio del año 2000. Durante el último foro, diciembre de 2000, en Río de Janeiro fueron identificados 53 hospitales con servicio de atención a mujeres víctimas de violencia sexual en 20 estados brasileños. Considerando el

número de hospitales que están en proceso de instalación de servicios, la estimación objetiva es que hasta fines de 2001 habrá más de 71 hospitales con servicio en todos los estados brasileños.

Lecciones aprendidas

1. Un elemento fundamental para comprometer al sector salud en la atención a la mujer víctima de violencia sexual, es la interacción entre diferentes agentes sociales, en la que los grupos de mujeres organizados tienen un papel protagónico. Sin embargo, es solamente a través de un diálogo constructivo que es posible avanzar. Fue necesario sobrepasar un período de desconfianza y agresiones mutuas entre grupos de mujeres y médicos, para comenzar a construir una nueva realidad, con disposición para escuchar y aprender unos de los otros.
2. Otro elemento importante aprendido con la experiencia, es que los servicios de atención a la violencia no deben depender de la buena voluntad de unos pocos profesionales, más bien deben ser institucionalizados, de forma que exista un protocolo de asistencia a estas mujeres, de la misma manera que hay protocolos para atender casos de toxemia gravídica, placenta previa o cualquier otra complicación del embarazo.
3. La atención de la mujer víctima de violencia sexual debe ser integral, no limitándose a la atención inmediata después de la agresión ni sólo a la interrupción del embarazo. Todas las mujeres que sufren agresión sexual tienen necesidad de asistencia y en caso de embarazo tienen derecho a su interrupción en un ambiente digno y sin riesgos.