

LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL: UN ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO
DE LOS COMPROMISOS NACIONALES E INTERNACIONALES

LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL: UN ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO
DE LOS COMPROMISOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Rossina Guerrero Vásquez

Con la colaboración de Susana Chávez Alvarado



CIES
consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



PROMSEX
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sociales y Reproductivos

© Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.consortio.org/observatorio>

Contenido

Presentación	11
Resumen	13
Resumen ejecutivo	15
Agradecimientos	21
1. INTRODUCCIÓN	23
1.1 Sobre las definiciones y derechos involucrados	23
1.2 Consecuencias de la violencia sexual en la salud de las víctimas	27
1.1 Sobre los datos de frecuencia	31
2. LAS RESPUESTAS DEL SECTOR SALUD AL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA SEXUAL	39
3. METODOLOGÍA	45
4. MARCOS NORMATIVOS SOBRE VIOLENCIA SEXUAL REFERIDOS AL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	49
4.1 Obligaciones internacionales en materia de atención en salud de las víctimas de violencia sexual	49
4.1.1 El Sistema de Naciones Unidas	49

4.1.2	El Sistema Interamericano de Derechos Humanos	60
4.2	Obligaciones nacionales en materia de atención en salud para las víctimas de violencia sexual	61
4.2.1	Marcos normativos nacionales	62
4.2.2	Políticas públicas nacionales	65
5.	HALLAZGOS	73
5.1	De la información obtenida sobre la atención a las víctimas de violencia sexual	73
5.2	De las solicitudes y procedimientos	76
5.3	Del análisis de la responsabilidad estatal de garantizar a las víctimas de violencia sexual el acceso a los servicios de salud	81
6.	CONCLUSIONES	87
6.1	Sobre el cumplimiento de los tratados y compromisos internacionales y nacionales relativos a la atención en salud de las víctimas de violencia sexual	87
6.2	Sobre los hallazgos referidos a la atención de víctimas de violencia sexual	88
6.3	Sobre el acceso a la información pública como derecho ciudadano	88
7.	RECOMENDACIONES	89
7.1	Al Ministerio de Salud	89
7.1.1	Generales	89
7.1.2	Específicas	89
7.2	Al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	90
7.3	A las organizaciones de la sociedad civil	91
	ANEXOS	93
Anexo 1.	Pasos señalados por la Ley 27806 para acceder a la información pública	95
Anexo 2.	Modelo de solicitud de acceso a la información de hospitales	96
Anexo 3.	Modelo de apelación ante aquellos hospitales que se negaron a brindar información de manera explícita	98

Anexo 4. Modelo de apelación ante aquellos hospitales que no respondieron la solicitud en el plazo establecido por la ley	99
Anexo 5. Protocolo de Atención de Víctimas de Violación Sexual. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva	101
Anexo 6. Cuadro-resumen de los resultados del estudio de campo	110

Presentación

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar el cumplimiento de la normativa nacional referida a la atención de las víctimas de violencia sexual —específicamente, de violación— en los servicios de emergencia de los hospitales de las regiones Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, La Libertad, Lima y Puno.

Utilizando como técnicas la revisión bibliográfica, el análisis documentario normativo y legal, así como las demandas de acceso a la información pública, bajo el amparo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se obtuvo información que permite concluir que el Estado peruano no está cumpliendo con su obligación de garantizar el derecho a la atención de emergencia en salud para las víctimas de violación sexual y tampoco está aplicando el protocolo de atención establecido para este fin por la normativa vigente.

Resumen ejecutivo

La violencia sexual constituye una vulneración de los derechos humanos en su forma más extrema, ya que atenta contra la dignidad, la libertad y la autonomía de las personas que la sufren, quienes en su mayoría son mujeres. Sus consecuencias inmediatas son el trauma físico y psicológico, el posible contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el riesgo de embarazo no deseado.¹

Las consecuencias más importantes en el largo plazo son las secuelas de ITS y sida, el aborto provocado en condiciones de riesgo, la maternidad impuesta y el surgimiento de problemas de salud mental y de salud sexual y reproductiva.

En tanto vulneración de los derechos humanos, la violación sexual —categoría en la cual se concentró este estudio— coloca al Estado en la responsabilidad de asegurar acceso a la justicia, reparación, atención y recuperación de la salud de las víctimas,² mediante el diseño e implementación de políticas, programas y marcos normativos.

¹ Andalaft, J. y A. Faúndes. “Violencia sexual y la respuesta del sector Salud en Brasil”. Ponencia presentada en el simposio “Violencia de género, salud y derechos en las Américas”. Cancún, México, 4-7 de junio de 2001.

² Tal como lo establece la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, en su artículo 8, inciso d: “Los Estados Partes convienen en adoptar, en forma progresiva, medidas específicas, inclusive programas para [...] suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado”.

³ Amnistía Internacional. ***Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia***

Si bien se carece de información que permita determinar la incidencia de la violación sexual en nuestro país, ya que no se cuenta con un sistema de registro único, por medio de algunos estudios o datos parciales brindados por oficinas estatales, se tiene conocimiento de que éste constituye un grave problema de derechos humanos y salud pública.

El impacto que tiene la violencia sexual sobre la vida de las mujeres trasciende el ámbito familiar privado e involucra al Estado a través de diversos agentes públicos, como los prestadores de salud, la policía, los profesores y profesoras y los operadores de justicia.

Entre las responsabilidades estatales se encuentra la provisión de servicios de salud, para atender las repercusiones adversas que sufren las sobrevivientes de un acto de violación y las graves consecuencias de estos hechos en el corto, mediano y largo plazo, pero sobre todo el asegurar el acceso a medidas rápidas para que las víctimas obtengan anticoncepción oral de emergencia o los fármacos profilácticos para VIH/sida tras la exposición a una posible infección.³

Este estudio surge como iniciativa de un espacio de la sociedad civil, la Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos, y ha sido impulsado por el testimonio de una adolescente de 17 años que fue violada y acudió a un hospital de Lima para recibir atención, pero el hospital no procedió de acuerdo con el protocolo y dejó a la adolescente sin la atención esencial para su salud y su vida. En virtud de dicha iniciativa, se comprometieron a realizar las solicitudes de información conducentes a este trabajo el Movimiento Manuela Ramos, la Red Nacional de Promoción de la Mujer y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que, a su vez, coordinaron con organizaciones y activistas de las regiones de Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, La Libertad, Lima y Puno.

El objetivo de este estudio es establecer si los hospitales se encuentran aplicando la normatividad actual y si están brindando atención de calidad, basada en los protocolos específicamente establecidos para las víctimas de violación sexual.

sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Madrid: Amnistía Internacional, 2004.

⁴ En las páginas 12 a 20, las guías detallan las acciones pertinentes para la atención de

También se decidió revisar el cumplimiento de los estándares internacionales contenidos en los instrumentos de derechos humanos vinculantes y no vinculantes suscritos por el Estado peruano respecto a la atención de la salud de las víctimas de violación sexual.

Para contar con un marcador de cumplimiento de estas disposiciones, se desarrolló un estudio de campo centrado en acciones de demanda de información pública respecto a la implementación de los protocolos de atención contenidos en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas mediante Resolución Ministerial 668/2004/MINSA.⁴

Así, se obtuvieron hallazgos respecto al cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 2780) por parte de los funcionarios públicos del Ministerio de Salud. Estos resultados se pueden organizar en dos campos temáticos: el cumplimiento o no de las normas nacionales e internacionales y el acceso a la información pública por parte de la sociedad civil, al amparo de la ley vigente.

En torno al cumplimiento de las normas internacionales y nacionales, si bien se puede encontrar un avance en la incorporación de algunos estándares internacionales a la normativa nacional, así como a las políticas y programas en materia de atención en salud para las víctimas de violencia y violación sexual, se constata que aún existen serias dificultades para que estos estándares se traduzcan en políticas operativas dentro de los servicios de salud, lo que determina que el Estado incumpla con su obligación de brindar una atención adecuada a las víctimas.

Esto se comprueba al analizar los hallazgos del estudio de campo, que demuestran que los hospitales desconocen la normativa vigente en materia de atención de las víctimas de violación sexual; es decir, ignoran el protocolo de atención contenido en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, a pesar de que su promulgación data de julio del año 2004.

Asimismo, muchos de los hospitales estudiados no manejan estos casos como emergencias y no se encuentran en capacidad de brindar una atención como la establecida por el protocolo, porque carecen de los

víctimas de violencia de género, y en las páginas 17 a 19, especifican la atención que se debe brindar a las víctimas de violencia sexual.

¹ Gúezmes, A. "Reconocimiento de la violencia contra la mujer como problema de salud

insumos necesarios para la atención; a saber, la anticoncepción oral de emergencia para prevenir embarazos no deseados y antirretrovirales para neutralizar el posible contagio de VIH.

En cuanto al acceso a la información pública por parte de la sociedad civil, hemos encontrado que los representantes del Estado y, en mayor medida, los del interior del país desconocen la normativa vigente respecto a este derecho ciudadano. Este desconocimiento lleva a que estos funcionarios se nieguen a responder las solicitudes por la vía formal y a que no se pueda acceder a la información requerida. Si bien en Lima fueron unos pocos los que no respondieron a las solicitudes, una característica fue la demora en dar respuesta a ellas y la necesidad de recurrir a la figura de la apelación para lograr una respuesta.

Por otro lado, se pudo constatar que las organizaciones de la sociedad civil necesitamos familiarizarnos con el derecho al acceso a la información pública como una estrategia clave para ejercer la vigilancia ciudadana y para mejorar nuestras capacidades de interlocución con el Estado en esta tarea, en el marco del ejercicio del derecho a participar en los asuntos de políticas públicas, lo que incluye la rendición de cuentas sobre lo actuado.

Por lo señalado anteriormente, y a manera de recomendaciones, se considera necesario:

1. Incorporar los estándares médico-legales establecidos por la Organización Mundial de la Salud al protocolo de atención vigente.
2. Garantizar que las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva sean distribuidas, conocidas y utilizadas por todos los servicios de los diferentes niveles de atención, incluidos los institutos especializados en todo el país.
3. Garantizar que la atención de las víctimas de violación sexual en los hospitales sea considerada como una emergencia, con las obligaciones y consideraciones que establece la Ley General de Salud para estos casos.
4. Dotar a los servicios de emergencia de los hospitales de los insumos necesarios para la atención de las víctimas de violencia sexual, especialmente de aquellos contemplados por la política nacional, tales como la anticoncepción oral de emergencia y antirretrovirales.
5. Implementar procesos de capacitación para que los proveedores y las proveedoras de salud manejen los protocolos de atención vigentes en la normatividad nacional, de tal manera que se garantice una atención

adecuada para las víctimas de violencia sexual.

6. Asignar una partida presupuestal del sector Salud especialmente dedicada a la atención de víctimas de violencia física, psicológica y sexual, con un compromiso de incrementar progresivamente los fondos.
7. Promover actividades de investigación y promoción de la salud que prioricen esta temática dentro de las agendas del sector Salud tanto en el nivel internacional como en el nacional, a fin de desarrollar e implementar estrategias políticas efectivas.
8. Priorizar la implementación del Programa Nacional de Violencia Familiar y Sexual, en el marco del cual el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social debe asignar especial atención a la violencia sexual, generando los mecanismos necesarios para que el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007 y la Comisión de Alto Nivel creada para su ejecución cumplan sus objetivos y metas, lo que permitirá una acción concertada desde el Ejecutivo.
9. Garantizar el cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, estableciendo arreglos internos en el sistema de salud para cumplir con este derecho ciudadano y de este modo promover un proceso de mejora de capacidades en las organizaciones

Agradecimientos

Agradecemos a Rocío Gutiérrez, del Movimiento Manuela Ramos; a Carmela Chung, de la Red Nacional de Promoción de la Mujer; y a Susana Chávez y Socorro Herrera, del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, por el acompañamiento en el proceso que culminó en este documento y sus sugerencias sobre el texto.

En las regiones, por su dedicación y colaboración constante con esta tarea, a Balbina Cárdenas, en Ayacucho, por parte del Movimiento Manuela Ramos y ForoSalud Regional; a Fernanda Loayza, en Huancaavelica, por el Movimiento Manuela Ramos; a Janeth Espinoza, en La Libertad, por el Movimiento Manuela Ramos y ForoSalud Regional; a Luz Estrada, en Puno, por el Movimiento Manuela Ramos; y a Gladys Ramos, en Huánuco, por el Movimiento Manuela Ramos y la Asociación Jurídica Pro Derechos Humanos (AJUPRODH).

A Ricardo Corcuera, del Instituto de Prensa y Sociedad (IPYS), por el apoyo en la elaboración de los formatos de solicitud de información y la asesoría en el proceso.

A Ana Gúezmes y María Jennie Dador, del Observatorio de la Salud del CIES, por su apuesta por este estudio y por sus valiosos comentarios y sugerencias, que fueron fundamentales para mejorar el producto final.

1. Introducción

1.1 SOBRE LAS DEFINICIONES Y DERECHOS INVOLUCRADOS

La violencia hacia las mujeres basada en el género refleja la fragilidad de la organización social y la situación de subordinación y discriminación en que se encuentra la mujer a lo largo de su ciclo vital, situación que afecta su integridad física, emocional, afectiva y social, y que, por tanto, tiene un impacto directo en su salud, calidad de vida y opciones de desarrollo.¹

El derecho a estar libre de violencia de género o el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia no se refiere a un trato de excepción que afirme una natural vulnerabilidad de las mujeres, sino que en su formulación como derecho humano —contenido en los tratados internacionales— se trató de revelar —y, por ende, corregir— la desprotección que jurídica e institucionalmente han tenido los derechos humanos de las mujeres.²

En la conceptualización de la violencia como vulneración de los derechos de las mujeres, se ratifican derechos humanos de aplicación universal y se reconocen como violaciones de los derechos humanos un conjunto de actos lesivos contra las mujeres que hasta entonces no habían sido apreciados

pública”. En Cáceres, C., M. Cueto, M. Ramos y S. Vallenás (eds.). **La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

² Tamayo, G. **Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos**. Lima, Programa de Estudios de Género-Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán-Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001.

³ *Ibidem*.

⁴ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. “Violencia contra la mujer en

como tales. Es un derecho que repone el principio de igualdad, haciendo que aquello violento, perjudicial y dañino contra las mujeres sea representado como ofensivo para la humanidad. Se trata de una formulación enlazada al reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres que constituye una elaboración del derecho a la igualdad y de la prohibición de discriminación por sexo.³

Este derecho se relaciona, principalmente, con el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad; el derecho de toda persona a no ser sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a la salud; el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación; el derecho al matrimonio y a fundar una familia; el derecho a estar libre de esclavitud sexual; y el derecho a un recurso efectivo. Así, en concordancia con la característica interrelación e interdependencia de los derechos humanos, al verse afectada la libertad sexual de las personas, se vulneran otros derechos humanos.

La violación sexual como forma extrema de violencia, en particular contra la mujer, no ha sido objeto de mayor preocupación sino hasta hace poco tiempo. Fue sólo 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”. El mismo Consejo agrega que esta violencia “incluye amenaza [...] y **coerción**”, y que puede producirse “en el **ámbito público o privado**”.⁴

Según señala la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas,⁵ el delito de violencia sexual era un delito invisible que muy pocas veces se denunciaba o era objeto de acción judicial. Con frecuencia, las mujeres víctimas se sentían demasiado avergonzadas para presentarse, y si lo hacían, el sistema de justicia penal las sometía a nuevas experiencias victimizadoras.

Esta situación obligó a reconsiderar el problema y muchos países empezaron a estudiar la posibilidad de emprender una reforma legislativa para poner a disposición de las víctimas un mejor sistema de justicia,

todas sus formas”. 40.^ª sesión plenaria. Ginebra, 1992. Resolución 1992/18.

⁵ Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. “Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género”, tema 12 a del programa provisional. 59.^º período de sesiones, 2003.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Artículo 170 del Código Penal Peruano.

pues la estructura jurídica derivada de los planteamientos clásicos sobre la violación y la violencia sexual hacía que recayeran fuertes sospechas sobre la víctima.⁶

La violencia sexual puede tomar diferentes formas y una de ellas es la violación. El Código Penal peruano señala que este delito se configura en las siguientes circunstancias:

El que con violencia o grave amenaza, obligue a una persona a practicar el acto sexual u otro análogo o la obligue a sufrir relación sexual por vía anal o vaginal mediante la introducción de objetos, en detrimento de su libertad sexual, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de diez años.⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ define la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Y señala que la coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida, o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

La OMS define también la violación sexual como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como tentativa de violación. La violación de una persona llevada

⁸ Organización Panamericana de la Salud. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington, D. C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Callamard, A. **Violencia sexual. Documentar las violaciones de derechos**

a cabo por dos o más agresores se denomina violación múltiple.

Asimismo, la OMS señala que los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos distintos.⁹ Entre ellos, cabe señalar:

- la violación producida en el marco del matrimonio o en las citas amorosas;
- la violación por parte de desconocidos;
- la violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
- el aborto forzado;
- los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
- la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

La violencia sexual puede ser un elemento de casi todos los crímenes graves prohibidos por el derecho internacional de los derechos humanos y por el derecho internacional humanitario. En este sentido, puede denominarse de diferentes maneras. Según las circunstancias, se hablará de tortura, de trato cruel, inhumano o degradante o de violación. Igualmente, la violencia sexual puede ser un elemento de un crimen de lesa humanidad o de un crimen de genocidio. En el conflicto armado, puede considerarse como un crimen de guerra, una violación de las leyes y costumbres de la guerra o una grave infracción a la Convención

humanos. Québec: Centro Internacional de Derechos Humanos y Desarrollo Democrático, 2002.

de Ginebra.¹⁰

El Estatuto de Roma, en su artículo 7, establece que la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable es un “crimen de lesa humanidad”.

El **Informe final** de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), en el punto 1.5 del capítulo sobre violencia sexual contra la mujer, señala que la violencia sexual en general y, en particular, la violación sexual contra una mujer constituyen una violación de los derechos fundamentales e inderogables de la persona humana; esto es, una forma de tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Assumiendo la definición del Estatuto de Roma (Tribunal de la Corte Penal Internacional), la CVR entiende por violencia sexual la realización de un acto de naturaleza sexual contra una o más personas o el hacer que esas personas realicen un acto de naturaleza sexual por la fuerza, mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder, o aprovechando un entorno de coacción o la incapacidad de esas personas de dar su libre consentimiento.

Asimismo, se consideró que la violación era una forma de agresión y que sus elementos centrales no pueden limitarse a una descripción mecánica de objetos y partes del cuerpo. En este caso, el Tribunal de la Corte Penal Internacional definió la violación sexual como una invasión física de naturaleza sexual cometida contra una persona bajo circunstancias de coerción.

1.2 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS

El reconocimiento del serio limitante que significa la violencia para la vida, la salud y el ejercicio de derechos por parte de las mujeres devino en que se aceptara cada vez más que la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública.

La violencia sexual, al agotar la energía, menoscabar la confianza en la

¹¹ Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. “Para acabar con la violencia contra la mujer”, **Temas sobre Salud Mundial**, vol. XXVII, n.º 4, serie L, n.º 11, Baltimore,

propia persona y comprometer la salud, priva a la sociedad de la plena participación de la mujer. Ser víctima de violencia constituye un factor de riesgo para una variedad de resultados perjudiciales para la salud. Además de causar lesión física inmediata y angustia mental, la violencia también contribuye a aumentar el riesgo de la mujer de tener mala salud en el futuro.¹¹

Tal como se señala y documenta de manera extensa en la publicación titulada ***Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones***,¹² existe un creciente caudal de información que demuestra las consecuencias de la violencia de género en la salud y el bienestar de la mujer, desde desenlaces fatales como el homicidio, el suicidio y muertes relacionadas con el sida, hasta secuelas menos definitivas como lesiones físicas, síndrome de dolor crónico, trastornos intestinales, embarazos no deseados e infecciones transmitidas por contacto sexual (ITS), estos dos últimos resultados en gran medida como consecuencia de las menores posibilidades de la mujer de negociar la planificación familiar y el uso de condones.

Asimismo, se señala en esta publicación que numerosos estudios dan cuenta de que la violencia física y sexual tiene consecuencias negativas para la salud de la mujer, las que se manifiestan como síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad y baja autoestima, entre otros resultados, además de efectos conductuales como abuso de alcohol y drogas, aceptación de riesgos en las relaciones sexuales y una mayor probabilidad de victimización posterior.

Se sustenta también mediante investigaciones que las consecuencias de la violencia sexual son especialmente graves para la salud sexual y reproductiva de la mujer, y pueden desembocar en problemas ginecológicos, embarazos no deseados, dolor pélvico crónico, aborto realizado en condiciones inseguras y disfunción sexual. Por su parte, la violencia perpetrada por la pareja íntima está asociada a resultados similares, además

Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 1999.

¹² Morrison, A., M. Ellsberg y S. Bott. ***Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones***. Banco Mundial-PATH, 2005. Disponible en <http://alc.gdln.org/sectores/PREM/documents/ene2005/Jan05_60_GBV_SP.pdf>. Sitio visitado el 02/08/05.

¹³ OMS. ***The Economic Dimensions of Interpersonal Violence***. Ginebra: Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia, 2004.

¹⁴ Walker, E., A. Gelfand, W. Katon, M. Koss, M. V. Korff, D. Bernstein y J. Russo.

de complicaciones durante el embarazo, aborto espontáneo y bajo peso del niño al nacer. En este mismo sentido, el abuso sexual en la niñez y la adolescencia está relacionado con un mayor riesgo de transformarse en víctima en el futuro, iniciar muy temprano la actividad sexual, abusar de sustancias psicoactivas y tener múltiples parejas sexuales.

Un estudio reciente de la OMS,¹³ acerca de la salud de la mujer y la violencia doméstica, realizado en varios países, indica que las mujeres que han sido maltratadas física o sexualmente por su pareja tienen tres veces más probabilidades de considerar la posibilidad de suicidarse o intentarlo. En los diez países en que se realizó el estudio, las mujeres que en algún momento de su vida habían sido víctimas de violencia de parte de su pareja íntima tenían muchas más probabilidades de estar sufriendo síntomas de estrés emocional en el momento de la entrevista.

En uno de los estudios realizados por la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés),¹⁴ de Estados Unidos, se encontró que las mujeres que habían experimentado algún tipo de abuso en la niñez —sea físico, sexual, emocional, o negligencia— tenían una salud mucho más precaria que las demás mujeres de su edad. En el estudio, se halló que las mujeres que habían sido maltratadas durante la niñez tenían más problemas de salud sexual y reproductiva, funcionamiento físico más deficiente, mayor comportamiento arriesgado y más síntomas físicos que las mujeres que no habían sufrido abuso. Además, la mujer media que había sido víctima de abuso en la niñez también tenía más diagnósticos en una amplia variedad de problemas de salud, incluidas enfermedades infecciosas, problemas de salud mental y trastornos crónicos como hipertensión, diabetes y asma.

Este panorama coloca a los proveedores y a los sistemas de atención en salud en la obligación de dar respuesta a estas necesidades y, con ello, de introducir la atención de las víctimas de violencia sexual dentro de las actividades cotidianas de los servicios de salud. En la mayoría de los países, el sistema de atención en salud es la única instancia institucional que interactúa con casi todas las mujeres en algún momento de su vida.

“Adult Health Status of Women HMO Members with Histories of Childhood Abuse and Neglect”, *American Journal of Medicine* 107(4), 1999, pp. 332-339.

15 García-Moreno, C. “Violencia de género. La salud en peligro”, *Agenda Salud* n.º 20, Isis Internacional, Santiago, 2000.

16 OPS. Resolución CD37.R19 del XXXVII Consejo Directivo de la OPS, 1993. Dispo-

Desde este enfoque, se reconoce que la atención oportuna y de calidad tiene un impacto positivo y significativo en la prevención de complicaciones importantes de la violación sexual, que afectan la calidad de vida, al perpetuar los daños emocionales, biológicos y sociales, entre los que se encuentran el embarazo forzado y las ITS.¹⁵

Por ello, los organismos de atención sanitaria comenzaron a movilizarse para abordar esta tarea. En 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue la primera institución internacional de salud en reconocer que la violencia contra la mujer es un problema de alta prioridad, cuando aprobó la resolución CD39.R8, exhortando a todos los gobiernos miembros a establecer políticas y planes nacionales para la prevención y tratamiento de la violencia contra la mujer.¹⁶ En 1996, la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud siguió esta tendencia al declarar que la violencia es una prioridad de la salud pública,¹⁷ y tanto la OPS como la OMS iniciaron programas sobre la violencia contra la mujer a mediados de los años noventa.

Pese a esos esfuerzos, el progreso es lento. En la mayoría de los países, los profesionales de la salud raramente preguntan a las mujeres si han sido maltratadas, aun cuando haya signos obvios de abuso, y con frecuencia los establecimientos que han delineado directrices no vigilan su aplicación ni las hacen cumplir.

Se está, entonces, ante el establecimiento de una nueva función del sector Salud, que incluye tanto la labor de brindar atención a las víctimas como la de organizar redes comunitarias y alianzas estratégicas con diversos sectores sociales para prevenir, detectar y atender a mujeres víctimas de violencia.¹⁸

En ese sentido, desde el Estado, se hace indispensable que el personal proveedor de servicios de salud conozca y aplique lineamientos básicos de atención y prevención, pues su cumplimiento tiene un efecto

nible en <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_37.htm>. Visita realizada el 2/08/05.

¹⁷ OMS. **Prevention of Violence: A Public Health Priority (Handbook of Resolution)**. OMS, 1996 (tercera edición).

¹⁸ OPS. **Violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud**. Publicación Ocasional 12. Washington, OPS, 2003.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, 2000-2005.

²¹ **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Disponible en <

determinante en el logro de mejores alternativas de atención y resolución para las personas sobrevivientes a una violación. El primer contacto puede ser la única oportunidad para ayudar a la persona violada a afrontar este difícil proceso.¹⁹

1.3 SOBRE LOS DATOS DE FRECUENCIA

A pesar de que muchas víctimas no denuncian un ataque sexual, se considera que la violación y otras agresiones sexuales ocupan el tercer lugar entre los delitos más frecuentes en el Perú.²⁰

Si bien una de las principales dificultades para tener una dimensión exacta de la magnitud del problema es la falta de denuncia, también existen problemas de ausencia de registro y mal registro, lo cual ocasiona que esta vulneración de los derechos humanos se encuentre subregistrada. La falta de un registro centralizado y de información nacional desagregada por sexo, edad y zona geográfica constituye una barrera poderosa para la implementación de políticas públicas.

Tal como la OMS afirma,²¹ los datos sobre la violencia sexual generalmente provienen de la policía, de los centros clínicos, de las organizaciones no gubernamentales y de las investigaciones que usan encuestas. La relación entre estas fuentes de información y la magnitud mundial del problema de la violencia sexual puede representarse mediante un **iceberg** flotando en el agua, tal como se observa en la figura que se muestra en la siguiente página, donde la pequeña punta visible representa los casos denunciados a la policía. Una sección más grande puede descubrirse a través de las investigaciones que emplean encuestas y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales. Pero bajo la superficie, queda una parte sustancial, aunque no cuantificada, del problema.

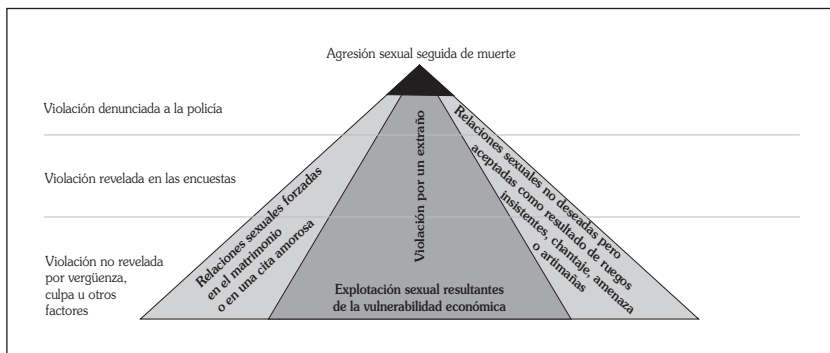
A pesar de estas dificultades, a continuación presentamos algunos datos que consideramos parciales, pero que nos permiten acercarnos de manera general a la situación de la violencia sexual en nuestro país.

paho.org/Spanish/AM/PUB/introduccion.pdf>.

²² <<http://www.manuela.org.pe/>>. Sitio web visitado el 20/08/05.

²³ Defensoría del Pueblo. **Violencia política en el Perú: 1980-1996. Un acercamiento desde la perspectiva de género.** Serie Informes Defensoriales, Informe

Gráfico 1
MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA SEXUAL



La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2004, en su informe preliminar, da cuenta de que en los últimos doce meses, 3,3% de mujeres habían sido obligadas a tener relaciones sexuales por el cónyuge y que 9,8% habían pasado por esta misma situación alguna vez en su vida.

A pesar de ello, se ha podido recolectar alguna información importante respecto a la incidencia de este problema en el Perú, información que permite obtener un panorama parcial sobre él.

En el año 2002, el Instituto de Medicina Legal tuvo 14.469 atenciones a personas víctimas de violencia sexual, lo cual constituyó 74,7% de las atenciones realizadas por el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Durante el 2003 esta cifra no sufrió mayor incremento, pero en relación con el porcentaje, sí se aprecia un aumento, ya que dichas atenciones pasaron a ser 90,7% de las atenciones en este servicio. Para el año 2004, se nota un considerable incremento de 35% de atenciones por violencia sexual. Ellas constituyeron 94,2% de las atenciones del servicio.

Estos datos evidencian tan sólo a aquellas víctimas que recurren a este servicio del Ministerio Público, pero dan una idea de la magnitud del problema de la violencia sexual en el país. Así, para el año 2004, por lo menos 65 personas fueron víctimas de violencia sexual diariamente en nuestro país.

Si se analizan los datos disponibles de esta misma fuente desagregados por sexo y edad, se puede observar, en los datos correspondientes a los años 2002 y 2003, que el número de mujeres atendidas en este servicio

Cuadro 1
 ATENCIONES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL POR DELITO CONTRA
 LA LIBERTAD SEXUAL, AÑOS 2002, 2003 Y 2004

Años las	Total de atenciones por delito contra la libertad sexual	Porcentaje en relación con atenciones del servicio de obstetricia y sexología foren- se
2002	14.469	74,7
2003	14.295	90,7
2004	23.635	94,2

es notablemente mayor que el total de hombres. Estas cifras reflejan que la violación afecta en mayor magnitud a las mujeres. Es preocupante que para el año 2004 esta fuente no ofrezca información desagregada por sexo, lo que demuestra falta de voluntad para mantener o mejorar los registros existentes.

De acuerdo con un boletín difundido por el Movimiento Manuela Ramos en su página web,²² las atenciones a mujeres de entre 13 y 17 años realizadas en el Instituto de Medicina Legal por violencia sexual habían

Cuadro 2
 ATENCIONES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL POR DELITO CONTRA LA
 LIBERTAD SEXUAL DESAGREGADOS POR SEXO, AÑOS 2002 Y 2003

Años	Número de atenciones por edad y sexo					
	0-17		18-23		24 a más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femeni- no
2002	2.332	9.942	143	951	251	850
2003	2.799	9.282	164	981	211	858

Fuente: Anuario Estadístico del Ministerio Público, 2002 y 2003.

correspondido a 53% de los casos atendidos durante el primer trimestre del año 2004.

Por otro lado, los Centros de Emergencia Mujer (CEM), del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, registraron, sólo entre enero y setiembre del año 2004, 23.013 casos de violencia, de los cuales 20.816 (90%) correspondieron a mujeres.

Respecto a la violencia sexual, si bien no se cuenta con información de años anteriores —ya que no se encuentra desagregada por tipo de atención y sólo se consigna como violencia familiar—, se tiene que para el año 2004, 7,9% de las atenciones correspondieron a este tipo de violencia, y las mujeres siempre fueron las víctimas más frecuentes. Entre las atenciones a niños, niñas y adolescentes, 31,3% correspondieron a violencia sexual, mientras que para el caso de los adultos mayores, dichas atenciones significaron 0,64%.

Si se compara la información proporcionada por el Ministerio Público a nivel nacional, acerca de las denuncias presentadas, con la información respecto a las atenciones del Instituto Médico Legal, se puede observar el

Cuadro 3
ATENCIONES DE LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER POR VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL,
AÑO 2004

Sexo	Edad		
	0-17	18-60	60 a más
Masculino	195	4	0
Femenino	1.600	572	7

Fuente: Estadísticas del Programa Nacional de Violencia Familiar y Sexual, año 2004.
Elaboración propia.

pequeño número de víctimas que decide iniciar un proceso judicial.

Por otro lado, el Informe Defensorial 80 de la Defensoría del Pueblo, sobre violencia política en el Perú en el período 1980-1996,²³ señala que “es una tarea difícil intentar hacer un registro del número de víctimas de este tipo de violencia”, ya que el silencio como un mecanismo de defensa

Defensorial 80. Lima, Defensoría del Pueblo, 2004.

²⁴ **Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicén-**

Cuadro 4
DENUNCIAS REGISTRADAS POR EL MINISTERIO PÚBLICO,
años 2000-2002

Años registradas	Número de denuncias
2000	2.018
2001	1.770
2002 (primer trimestre)	1.513

Fuente: Informe 2003. Violencia familiar, violencia sexual, aborto y derechos reproductivos. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2003.
Elaboración propia.

para no ser rechazadas o rechazados por sus comunidades, el miedo a las represalias, el sentimiento de vergüenza y, en el caso de los hombres, el “efecto feminizante” que tienen las violaciones desempeñan un papel fundamental para que sólo cierto número de víctimas haya denunciado ser víctima de violencia sexual.

El mismo informe señala que si bien los casos denunciados no constituyen una muestra representativa, sí permiten hacer visibles los diversos actos de violencia sexual perpetrados por agentes del Estado en el marco de la lucha antisubversiva. El documento afirma que 291 personas fueron víctimas de tortura y que de ellas 16% (48) sufrieron actos de violencia sexual; en su mayoría, violaciones sexuales (35%), seguidas por desnudamientos (44%), golpes y/o palazos en las nalgas (11%), descargas eléctricas en genitales (6%), golpes en los genitales y tentativa de violación (2%).

De las 48 víctimas de tortura que sufrieron violencia sexual, 19 fueron mujeres y 29 hombres. Si bien en este caso el número de hombres es superior al de las víctimas mujeres, fueron éstas, proporcionalmente, las más afectadas por la violencia sexual, ya que de las 41 mujeres víctimas de tortura, 19 afirmaron haber sido víctimas de violencia sexual, lo que equivale a 46,4% del total, mientras que en el caso de los hombres, de 205 víctimas de tortura, 29 afirmaron haber sufrido violencia sexual, lo

trico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres.
Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán-Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.

²⁵ Távara, L., T. Zegarra, C. Zelaya, M. Arias y N. Ostolaza. “Detección de violencia

que equivale a 11,6%.

Asimismo, las agresiones sexuales más graves recayeron en víctimas mujeres, puesto que de las 19 violaciones sexuales registradas, 18 fueron realizadas a mujeres y una a un hombre. Por el contrario, respecto a los actos de desnudamiento, las principales víctimas fueron hombres, que representaron 95,8% de los casos; respecto a las descargas eléctricas, golpes en nalgas y genitales, las víctimas fueron hombres en su totalidad.

La información respecto al perpetrador señala que la mayor responsabilidad recae en efectivos del ejército, quienes serían responsables de 38 de los casos de violencia sexual, mientras que de los 10 restantes, serían responsables las fuerzas policiales (6), la Marina (2) y la Fuerza Aérea (2).

El **Informe final** de la Comisión de la Verdad y Reconciliación analiza, en su tomo I, los rostros y perfiles de la violencia, y señala que mientras que en las demás violaciones de derechos humanos el número de víctimas varones es mucho mayor que el de mujeres, en el caso de la violación sexual la totalidad de las víctimas registradas por la base de datos de la CVR eran mujeres. Si se hace una comparación entre los diferentes tipos de violación de derechos humanos registrados, la violación sexual representa 1,53% de la totalidad.

Se afirma en este informe que existe una subrepresentación del fenómeno, y que el registro se dio únicamente en función de “víctimas identificadas”; es decir, sólo aquellas cuyo nombre y apellido se conoce, dejando de lado para efectos de la construcción de estadísticas los casos en que existen referencias generales de los hechos, sin identificación de la víctima.

No obstante la subrepresentación estadística, existen datos que permiten identificar casos de violencia sexual. Así, por ejemplo, se tiene que de 118 testimonios recogidos en el penal de Santa Mónica, 30 mujeres mencionan haber sufrido violación sexual, mientras que 66 dicen haber sido sometidas a otras formas de violencia sexual. Esto implica que aproximadamente 81% fueron víctimas de violencia sexual.

Respecto al perfil sociodemográfico de las víctimas de violación sexual, eran mayormente quechuahablantes en 75% de los casos, de origen rural en 83% de los casos, campesinas en 36% de los casos, amas de casa en 30%, y sus edades se encontraban entre los 10 y los 29 años.

En relación con los perpetradores, alrededor de 83% de las violaciones son imputables al Estado y aproximadamente 11% a grupos

subversivos.

En cuanto a los actos de violencia cometidos contra niños y niñas, el informe señala que los actos perpetrados por agentes del Estado fueron, principalmente, la violencia sexual (alrededor de 20%), seguido de secuestros, reclutamientos forzados y asesinatos.

De los 85 casos de violencia sexual contra niños menores de 18 años, 70,59% fueron perpetrados por agentes del Estado. Del total de niñas que sufrieron violación sexual, 58,33% tenían entre 10 y 15 años y 35% entre 16 y 17 años. Asimismo, se afirma que la violación sexual contra niñas fue utilizada con múltiples objetivos. En algunos casos, como un método de tortura para obtener información; en otros, para que sindicaran a determinadas personas como terroristas; también como un método para atemorizar a las poblaciones.

Finalmente, entre los estudios más recientes, el de Güzmes, Palomino y Ramos encontró que casi la mitad de las mujeres en edad fértil del Cusco (46,6%) y casi una cuarta parte de las mujeres de Lima (22,5%) han experimentado algún tipo de violencia sexual por parte de su pareja, y que las formas más frecuentes de violencia son las relaciones sexuales forzadas físicamente, que han sido vividas por 37,6% de las mujeres en el Cusco y 16,4% en Lima; el tener relaciones sexuales por miedo a las consecuencias alcanza a 37,4% de mujeres en el Cusco y a 15,8% en Lima; y, finalmente, el forzamiento para realizar actos sexuales considerados degradantes o humillantes, que en el Cusco alcanzó a 11,3% y en Lima a 8,1%.²⁴

Asimismo, este estudio señala que una de cada diez mujeres en Lima y el Cusco ha sufrido violencia sexual a partir de los 15 años por parte de alguna persona distinta de la pareja. Los principales agresores fueron los propios varones de la familia, amigos o enamorados. También se halló que una de cada cinco mujeres en Lima y el Cusco reporta abuso sexual en la infancia, siendo el principal agresor sexual de las mujeres antes de los 15 años, en ambas zonas, algún familiar hombre.

En un estudio realizado por el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología,²⁵ se encontró que de un total de 298 mujeres que fueron

basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva”, *Revista de Ginecología y Obstetricia de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología* 49 (1), 2003, pp. 31-38.

atendidas en los servicios de salud reproductiva de tres hospitales de Lima, 21% sufrieron violencia sexual y que 19,1% de estas agresiones habían ocurrido durante la niñez.

Como ya se ha señalado, la violencia contra las mujeres está mundialmente reconocida como un problema de salud pública y, específicamente, de salud sexual y reproductiva. En ese sentido, los servicios de salud pueden servir como los receptores iniciales de los diversos tipos de violencia y como un punto de detección temprana, por lo cual pueden desempeñar un papel

¹ Solano, P. y M. Velzeboer. **Componentes clave en la formulación de leyes y políticas contra la violencia hacia las mujeres.** Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género y Salud, 2003.

² Declaración que hace un llamado a la acción para prevenir, sancionar y erradicar la

2. Las respuestas del sector Salud al problema de la violencia sexual

significativo para su prevención³¹ y para el tratamiento de las secuelas emocionales y físicas que deja este tipo de actos en las víctimas.

Ello ha sido reconocido en la Declaración de Antigua,³² donde se afirma que el sistema de atención de salud, junto con otros sectores, desempeña un papel importante en la prevención, sanción y erradicación de la violencia basada en el género, y está con frecuencia en la primera línea de contacto con las víctimas y sobrevivientes de este tipo de violencia, gozando de una posición especial en la comunidad para ayudar a las mujeres expuestas a la violencia basada en el género o a sus consecuencias.

En la mayoría de los países, el sistema de atención de salud es la única institución que interactúa con casi todas las mujeres en algún momento de su vida. De allí que estos servicios se encuentren en excelente posición para reconocer y ayudar a las víctimas de la violencia sexual. Además, como la exposición a este tipo de violencia lleva a que aumenten los riesgos

violencia basada en el género en América Latina y el Caribe. Ha sido firmada por las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de cooperación internacional que participaron en la reunión titulada “¡BASTA! América Latina Dice No a La Violencia Basada en Género”, en la ciudad de Antigua, en el año 2003, así como por otras organizaciones e individuos que la suscribieron posteriormente. Disponible en el sitio web <www.ippfwhr.org/global/news/infocus/gbvdeclaration/antigua_s.asp>.

³ Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. “El personal de atención de salud desempeña un papel clave”, **Temas sobre Salud Mundial**, vol. XXVII, n.º 4, serie L, n.º 11. Baltimore, Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 1999.

de otros problemas de salud para la mujer, la ayuda temprana permite prevenir serios trastornos posteriores al abuso.³³

Algunas asociaciones profesionales internacionales han elaborado directrices destinadas a identificar y tratar la violencia de género, y han pedido a sus miembros que luchen activamente contra este flagelo en su práctica clínica, un método que ha demostrado ser eficaz para llegar a los profesionales de la salud. Muchos países de América Latina han promulgado leyes y aplicado políticas que definen las responsabilidades del sector Salud en cuanto a hacer frente al tema de la violencia contra la mujer, ya sea a través de decretos ministeriales o como parte de las leyes nacionales sobre el tema de la violencia intrafamiliar.³⁴

La OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) han sido pioneros en la tarea de crear un enfoque integral para encarar la violencia desde el sector Salud en esta región y, a diferencia de muchos de los programas aplicados en los países industrializados, la mayoría de ellos van más allá de la sola implementación de un protocolo de detección y referencia. En el ámbito de los servicios de salud, las actividades más frecuentes son la identificación de ataques sexuales, la evaluación de riesgos, la prestación de atención médica, la documentación de sucesos violentos y sus consecuencias, la consejería, la remisión a la red de proveedores de servicios y las iniciativas de prevención comunitaria.³⁵

En fecha reciente, la OMS y la OPS elaboraron una serie de directrices para mejorar la respuesta médico-legal a la violencia sexual y doméstica. Así, en el año 2003, la OMS emite las **Guías para la atención médico-legal de víctimas de violencia sexual**,³⁶ que brindan directrices generales como las siguientes:

- La salud y el bienestar de las personas son la prioridad principal.

⁴ Morrison, A., M. Ellsberg y S. Bott. **Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones**. Banco Mundial-PATH, 2005. Disponible en < http://alc.gdln.org/sectores/PREM/documentos/ene2005/Jan05_60_GBV_SP.pdf>. Visitada el 02/08/2005.

⁵ *Ibidem*.

⁶ OMS. **Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence**. Ginebra, OMS, 2003.

¹ En sus páginas 12 a 20, las guías detallan las acciones de atención de las víctimas de

- Los servicios de salud y los legales deben ser provistos al mismo tiempo, en el mismo sitio y por la misma persona.
- Los trabajadores y trabajadoras de la salud deben recibir entrenamiento especial para brindar este servicio y tener un buen conocimiento de los protocolos locales, así como de la normatividad.
- Se recomienda establecer una red de trabajo con proveedores de otros servicios para asegurar una atención integral.
- Asegurar que los trabajadores y trabajadoras de la salud estén libres de prejuicios y mantener un alto estándar en la provisión de servicios.
- Mejorar la calidad de atención asegurando que los servicios existentes sean accesibles, seguros, higiénicos y privados.

Asimismo, las guías establecen parámetros específicos para la atención de personas víctimas de violencia sexual. Se incluye un perfil del personal adecuado. En torno a éste, se deben tener en consideración sus habilidades para brindar soporte emocional y psicológico. Esta atención considera, en primer lugar, el consentimiento informado de la víctima antes de iniciar los exámenes médico-legales e incluye procedimientos como los siguientes:

- Elaboración de una historia clínica que incluye una descripción de los hechos en torno al acto de violencia sexual.
- Examen completo físico y psicológico.
- Registro y clasificación de los daños y heridas, su descripción y clasificación.
- Recolección de muestras médicas con fines diagnósticos.
- Recolección de muestras forenses.
- Medidas para el transporte y almacenamiento seguro de la documentación y muestras obtenidas.
- Elaboración de un informe final médico-legal para que sea usado dentro de un proceso legal.

Las guías establecen como medidas necesarias en el tratamiento de las víctimas lo siguiente:

- Prevención del embarazo: oferta de anticoncepción oral de emergencia y prueba de embarazo.

violencia de género, y en sus páginas 17 a 19 especifican cuál debe ser la atención para las víctimas de violencia sexual.

² Lima, Ayacucho, Huancavelica, Puno y Trujillo. Cabe señalar que también se enviaron solicitudes a Huaraz y Huánuco, pero no se obtuvo información sobre estas ciudades.

- Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH/sida: pruebas para detección de ITS, VIH, tratamiento profiláctico para ITS y VIH.
- Tratamiento de hepatitis B.
- Consejería y soporte social.
- Referencia a especialistas.

Las guías brindan indicaciones por separado respecto a la atención de niños víctimas de violación sexual. Estas indicaciones —que incluyen todos los elementos señalados anteriormente— toman en cuenta los cuidados emocionales y psicológicos pertinentes para esta etapa de vida, y establecen el reporte obligatorio del caso.

En el Perú, se ha establecido un protocolo de atención para víctimas de violación sexual reproducido en su integridad en el anexo 5. Este protocolo, que se encuentra en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, incluye las siguientes indicaciones para la atención de víctimas de violación sexual.

- Brindar apoyo emocional e informar lo que logrará en cada paso de la atención, así como la importancia de cada uno; respetar la opinión de la víctima o su rechazo a cualquier procedimiento.
- Examen físico.
- Tomar muestras tanto médicas como forenses.
- Almacenar muestras para su posible uso en el ámbito judicial.
- Exámenes de laboratorio: tipificación de la sangre, serológicas para sífilis, hepatitis B y VIH, prueba de embarazo, muestra de secreción vaginal y cervical para investigar gonococo.
- Ofrecer y administrar anticoncepción oral de emergencia.
- Proteger contra ITS.
- Cubrir contra la hepatitis B.
- Hacer profilaxis de VIH/sida.
- Otras medidas: proporcionar protección contra el tétanos en los casos de heridas por objetos punzocortantes o en contacto con tierra.
- Promover que la víctima haga la denuncia, de preferencia con ayuda del servicio social, explicándole lo que esto significa.
- Registrar el caso: en la historia clínica, consignar los antecedentes del caso; el lugar de ocurrencia; las lesiones físicas y emocionales; el diagnóstico, el nombre del agresor identificado por la persona; la circunstancia, fecha y hora de la agresión. Además, el llenado de la

ficha epidemiológica del establecimiento, así como los datos del Health Information System (HIS), el sistema de información del Ministerio de Salud.

- Brindar seguimiento: promover el retorno de la persona para precisar su evolución y determinar si ha disminuido o desaparecido la situación de violencia. Hacer seguimiento de la serología para sífilis a los 30 días, para hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 90 y 180 días.

El objetivo central de este estudio fue el siguiente:

Determinar el cumplimiento de la normativa nacional referida a la atención de víctimas de violación sexual en los servicios de emergencia de los hospitales públicos de salud.

Para este propósito, se utilizaron como técnicas la revisión de fuentes documentales tales como libros, revistas, tratados, pactos, actas de conferencias internacionales, marcos normativos nacionales y documentos de políticas públicas. La variable principal de estudio dentro del abanico de

3. Metodología

manifestaciones de la violencia sexual fue la violación sexual, para la cual también existen protocolos de atención establecidos por el Estado.

Para contar con un marcador de cumplimiento de estas obligaciones, se desarrolló un estudio de campo centrado en acciones de demanda de información pública de acuerdo con el marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley 27806 (anexo 1), respecto a la implementación de las atenciones establecidas por protocolo en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas mediante Resolución Ministerial 668/2004/MINSA.¹

Los lugares donde se desarrolló el estudio de campo fueron Lima Metropolitana y cinco regiones del país.² La convocatoria para la realización de este estudio fue amplia y se hizo a través de una lista de interés de la Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos. Finalmente, se obtuvieron compromisos formales de algunas organizaciones locales y regionales y, una vez obtenida una representación que pudiera dar cuenta de lo que sucede en regiones de la costa, sierra y selva, y de sectores urbanos y rurales, se procedió a cerrar la convocatoria.

El criterio para seleccionar hospitales del tercer nivel de atención parte de la consideración de que éstos, de acuerdo con las normas vigentes del Ministerio de Salud, deben contar con un servicio de emergencia

¹ El carácter vinculante implica obligaciones legales desde el punto de vista formal.

² Tan sólo un hospital, el Dos de Mayo, señaló que se viene dando cumplimiento a lo dispuesto en las Guías, y otro, el Hospital San José, afirmó que éstas vienen siendo

que asegure la atención necesaria ante el riesgo grave de daño a la salud o frente a una situación de peligro para la vida de la persona; por ello, las atenciones son no postergables, como es el caso de la atención a las víctimas de violación sexual.

La duración del estudio de campo estuvo demarcada por aquello que establece la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública; es decir, siete días hábiles para dar respuesta a las solicitudes y diez días hábiles para dar respuesta a las apelaciones. Todo el proceso del estudio, que incluye la revisión bibliográfica, el análisis de los resultados y la elaboración del informe final, duró cuatro meses.

Para el estudio de campo, se generaron tres modelos de solicitudes de información dirigidas a los hospitales. Las solicitudes de información se ciñeron a los requisitos establecidos por la propia Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que se encuentran en el anexo del Reglamento de la Ley por Decreto Supremo 072-2003-PCM del año 2003 y fueron dirigidas al director del hospital (véase el anexo 2).

Los modelos segundo y tercero correspondieron a cartas de apelación y para elaborarlos se siguieron los requisitos establecidos por la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley 27444. El primer tipo de correspondencia fue enviada a los hospitales que se negaron a responder la carta de manera explícita; es decir, mediante correspondencia formal; y el segundo tipo a aquellos hospitales que no respondieron a la solicitud en el plazo establecido por la ley (véanse los anexos 3 y 4). En total se enviaron 28 solicitudes de información.

Los envíos de solicitudes fueron hechos o coordinados por el Movimiento Manuela Ramos, la Red Nacional de Promoción de la Mujer y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos-PROMSEX.

4.1 OBLIGACIONES INTERNACIONALES EN MATERIA DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

A continuación revisaremos los principales acuerdos internacionales en materia legal y ética que el Estado peruano ha suscrito tanto en el sistema

parcialmente cumplidas por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETTS).

de Naciones Unidas como en el de Estados Americanos. Esta revisión busca precisar cuáles son las obligaciones que el Estado tiene en materia de atención de la salud y, en especial, en la atención de las víctimas de violencia sexual.

4.1.1 EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

4. Marcos normativos sobre violencia sexual referidos al derecho a la atención en servicios públicos de salud

Dentro de este sistema se cuenta con obligaciones de carácter legal que emanan de pactos o convenciones, a los que se denomina **de carácter vinculante**. Por otro lado, se tienen compromisos de carácter ético y político, a los que se conoce como **no vinculantes** y que surgen de conferencias o reuniones.

a) *De carácter vinculante*¹

- Declaración Universal de Derechos Humanos

Este documento, de 1948, reconoce por primera vez el derecho de toda persona a la atención médica y a los servicios sociales. Esta declaración se considera un documento fundante del sistema de Naciones Unidas. En el párrafo primero del artículo 25, el documento reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud [...], la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Asimismo, si bien la prevención y erradicación de la violencia se relacionan con el derecho a estar libre de torturas o tratos crueles, este derecho también debe estar presente en el marco de la atención de las víctimas de violación sexual. Por ello, es importante contar con estándares de atención que protejan este derecho y que no conduzcan a una nueva vulneración de derechos. Es aplicable a estos servicios lo que se señala en el artículo 5 de la Declaración, donde se establece que “nadie será sometido a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos

² Se anexa un cuadro-resumen del procedimiento y sus resultados (anexo 6).

o degradantes”.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Este pacto fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, entró en vigor el 3 de enero de 1976 y fue suscrito por el Perú en 1978.

En él se desarrollan con mayor extensión los contenidos del derecho a la salud reconocidos en la Declaración. El pacto contiene un artículo especial, el 12, en el que se establece que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Es muy importante el reconocimiento de la salud mental como un derecho que es parte constitutiva del concepto de salud, pues antes ésta solamente se asociaba con la salud física.

Entre las medidas necesarias para concretar “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, se señala “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Un derecho que se encuentra ligado a las medidas que forman parte de la atención en casos de violencia sexual como la anticoncepción oral de emergencia, los antirretrovirales para la prevención del VIH y los medicamentos para el dolor está amparado en el artículo 15, párrafo b, en el que se señala que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona a “gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones”.

Este pacto desarrolla algunas observaciones a sus artículos, y en la Observación General 14, titulada “El disfrute del más alto nivel posible de salud”, se señala, en el párrafo 9:

Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Si bien no se hace mención especial de la atención de las víctimas de violencia sexual, lo reconocido como derecho en este pacto se aplica a esta atención, ya que la violación afecta de manera grave la salud tanto física como mental. Así, este pacto reconoce, en el párrafo 8 de la sección I de

contenido normativo del artículo 12:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Asimismo, en el párrafo 21 de esta Observación, en lo concerniente a temas especiales de alcance general, se señala que para suprimir la discriminación contra la mujer se hace necesario elaborar y aplicar una estrategia nacional para la promoción del derecho de la mujer a la salud, especificando lo siguiente:

[E]sa estrategia debe prever en particular intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

Por otro lado, respecto al derecho a acudir a establecimientos y a beneficiarse de bienes y servicios de salud, se señala en el párrafo 17:

La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad [...], tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Al igual que el anterior, este pacto fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Fue suscrito por el Perú en 1978. Cuenta con un Protocolo Facultativo que el Perú suscribió en 1980, un anexo en el que se pactan obligaciones adicionales de carácter judicial. Así, se considera el procedimiento de quejas individuales; es decir, aquellas quejas presentadas por personas que alegan ser víctimas de violaciones de cualquiera de los derechos contemplados en el pacto.

El artículo 7 señala que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Este derecho se aplica tanto a la prevención y a la atención como a la sanción de estos actos, sean éstos cometidos por civiles o por representantes del Estado. En ese sentido, la Observación General 20 del artículo 7, párrafo 5, señala:

A este respecto, conviene subrayar que el artículo 7 protege, en particular, a los niños, a los alumnos y a los pacientes de los establecimientos de enseñanza y las instituciones médicas.

Por otro lado, en el párrafo 8, se especifica algo que es sumamente importante respecto a la atención de víctimas de violación sexual:

[N]o basta con prohibir ese trato o castigo o con declararlo delito. Los Estados Partes deberán informar al Comité sobre las medidas legislativas, administrativas, judiciales y de otra índole que adopten para prevenir y castigar los actos de tortura, así como los tratos crueles, inhumanos y degradantes, en todo el territorio sometido a su jurisdicción.

En 1996, durante el examen de los informes presentados por los Estados partes, el Comité de Derechos Humanos recomendó, en su párrafo 22, lo siguiente: “El Perú debe asegurarse de que las leyes que guardan relación con violación, el abuso sexual y la violencia contra las mujeres las protejan de manera eficaz”. Se entiende que es posible aplicar esta recomendación para que las mujeres logren el máximo de su salud física y mental y que con ello cuenten con los medios necesarios para prevenir, tratar y superar los daños a su salud.

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Esta convención —más conocida, por sus siglas en inglés, como CEDAW— entró en vigor el año 1981, pero fue suscrita en 1979. El Perú la ratificó en 1982, y en el año 2001 suscribió su Protocolo Facultativo. Al igual que el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, la CEDAW pacta obligaciones adicionales de carácter judicial, y se consideran las quejas individuales; es decir, aquellas presentadas por personas que alegan ser víctimas de violaciones de cualquiera de los derechos contemplados en la convención.

La convención marca un hito respecto al reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, colocando la discriminación contra la mujer como una vulneración y un atentado contra esos derechos. Brinda mayor contenido a lo que se entiende como el derecho a la salud al enmarcarlo también dentro de la esfera de la sexualidad.

En su artículo 12, párrafo 1, la convención señala:

Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

El comité que vigila el cumplimiento de la convención emitió la Recomendación General 24, titulada “La mujer y la salud”, relacionada con el artículo 12. Dicha recomendación establece de manera clara las obligaciones estatales relacionadas con la atención de la salud de la mujer y, en especial, establece una serie de precisiones importantes en esta materia, lo cual resulta de especial relevancia y trascendencia al ser éste un documento vinculante que cuenta con un Protocolo Facultativo.

En el párrafo 1 incluye como estándar que “el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico”. En este sentido, debe entenderse que la atención de aquellos eventos que dañen la salud reproductiva de las personas, como la violación sexual, se encuentra reconocida como un derecho humano.

Esta observación general también detalla lo que contiene este derecho a la atención. Así, en el párrafo 11, dice lo siguiente:

Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria.

Asimismo, en referencia al acceso de servicios en igualdad, hace referencia, en el párrafo 13, a la obligación de dictar marcos normativos o leyes, así como políticas públicas que apunten a lograrlo.

[E]l acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados Partes han de garantizar el cumplimiento de esas tres obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. También deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo constituirá una violación del artículo.

De manera específica, aborda el tema de la violencia y, en su párrafo 15, que incluye la obligación de prevenir e imponer sanciones, afirma:

Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar: a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados; b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género; c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes.

El deber de realizar coloca como obligación de los Estados el tomar medidas legislativas, judiciales, administrativas, presupuestales, económicas y de otra índole para asegurar que las mujeres realicen su derecho a

la atención de la salud. Así lo señala el párrafo 17 de esta Observación General:

[L]a obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica.

Finalmente, en el párrafo 18, se establece:

Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas, incluidas las que hayan sido objeto de trata.

Por otro lado, esta Observación General brinda recomendaciones para la adopción de medidas por parte de los gobiernos con respecto a este tema. Entre ellas, se explicita en el párrafo 29:

Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica.

- Convención de los Derechos del Niño

Respecto al tema de la violencia sexual, esta Convención señala, en su artículo 19, que los Estados partes deben adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño de perjuicio o abuso sexual, y que estas medidas deben contemplar mecanismos eficaces para la atención y tratamiento de estos casos. El párrafo 2 de este artículo señala lo siguiente:

Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención

y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

b) De carácter no vinculante

Si bien los documentos que se van a detallar a continuación carecen de la fuerza legal que tienen los tratados o pactos, se basan en derechos reconocidos por éstos y, además, se constituyen en compromisos éticos y políticos asumidos por el Estado peruano ante la comunidad internacional en materia de derechos humanos. Estos compromisos internacionales deben ser cumplidos porque en ellos se reconoce una apuesta por la mejora de la calidad de vida de las personas, por el logro de la equidad y la justicia social, de la lucha contra la discriminación y exclusión y, en general, por el desarrollo de nuestro país.

-
- Plataforma de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD)

En esta conferencia, los gobiernos constataron que la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de diversos factores, entre ellos, servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva, prácticas sociales discriminatorias y actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas. En el mismo marco, se estableció una plataforma de acción que establece compromisos de los Estados firmantes respecto a temas de población, incluidos los derechos reproductivos y sexuales.

En esta conferencia, se definió el contenido mínimo de la salud reproductiva y los derechos reproductivos. El párrafo 7.2 señala:

[L]a salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidirlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia [...] también incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia

de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

___Respecto a los derechos reproductivos, se señala en el párrafo 7.3 del mismo documento:

[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso [...] también incluye el derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

___Respecto a las medidas que deben desarrollar los Estados en materia de servicios de atención de la salud reproductiva y sexual, señala el párrafo 7.6:

Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015.

___El párrafo 7.11 hace mención especial de los servicios de salud reproductiva, que incluyen la atención de casos de violencia sexual, al referirse a las personas desplazadas, adolescentes y mujeres. Señala como medida:

Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual.

En el documento “Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo + 5)”, se reafirma la necesidad de asegurar la implementación de programas de salud sexual y reproductiva. Así, en el capítulo IV, referido a los derechos de procreación y salud reproductiva, y que contempla la atención de las víctimas de violencia sexual, en el ítem f se señala, a manera

de compromiso:

Asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva, libres de toda coerción, proporcionen capacitación y supervisión previas al empleo y en el empleo al personal de todos los niveles de atención de la salud, de modo que puedan mantener normas técnicas elevadas, incluidas las de higiene; respeten los derechos humanos de las personas a las que prestan servicios; estén informados y capacitados para servir a los usuarios que han sido objeto de prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina y la violencia sexual, y puedan proporcionar información precisa acerca de la prevención y los síntomas de las enfermedades del sistema reproductor, la higiene personal y otros factores que intervienen en las infecciones del sistema reproductor a fin de reducir al mínimo los efectos físicos perjudiciales, como la enfermedad inflamatoria de la pelvis, la infertilidad y los embarazos ectópicos, así como sus consecuencias psicológicas.

- Plataforma de Acción de la IV Conferencia sobre la Mujer de Beijing

La sección D de esta plataforma aborda de manera especial y extensa la problemática de la violencia contra la mujer, situándola como un obstáculo para los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. En su contenido, brinda una serie de recomendaciones presentadas como medidas que han de adoptar tanto los Estados como diversos actores de la sociedad.

Es importante señalar que esta plataforma destaca, en su párrafo 120, la falta de estadísticas y datos diferenciados por sexo sobre el alcance de la violencia contra la mujer, lo cual dificulta la elaboración de programas y la vigilancia de los cambios.

Como medidas que es necesario adoptar, el documento señala, en el ítem d del párrafo 124, las concernientes a la atención de la salud de las víctimas. Así, se lee:

Adoptar o aplicar las leyes pertinentes, y revisarlas y analizarlas periódicamente a fin de asegurar su eficacia para eliminar la violencia contra la mujer, haciendo hincapié en la prevención de la violencia y el enjuiciamiento de los responsables; adoptar medidas para garantizar la protección de las mujeres víctimas de la violencia el acceso a reme-

dios justos y eficaces, inclusive la reparación de los daños causados, la indemnización y la curación de las víctimas y la rehabilitación de los agresores.

En este mismo párrafo, en el ítem p, se recomienda como medida necesaria para el logro de la prevención y tratamiento de la violencia sexual la asignación presupuestaria:

Asignar recursos suficientes en el presupuesto del Estado y movilizar recursos locales para actividades relacionadas con la eliminación de la violencia contra la mujer, incluso recursos para la aplicación de planes de acción a todos los niveles apropiados.

Por otro lado, en el párrafo 125 se hace una serie de recomendaciones que no sólo atañen a los Estados sino también a las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones educativas y los sectores público y privado. El documento destaca la importancia de brindar servicios especializados para la atención de víctimas de violencia. Así, recomienda:

- a) Establecer centros de acogida y servicios de apoyo dotados de los recursos necesarios para auxiliar a las niñas y mujeres víctimas de la violencia y prestarles servicios médicos, psicológicos y de asesoramiento, así como asesoramiento letrado a título gratuito o de bajo costo, cuando sea necesario, además de la asistencia que corresponda para ayudarles a encontrar medios de vida suficientes.
- b) Establecer servicios lingüística y culturalmente accesibles para las mujeres y niñas inmigrantes, incluidas las trabajadoras migratorias, que sean víctimas de la violencia en razón de su sexo.

En el párrafo 126, donde se establecen las medidas que han de adoptar los gobiernos, los empleadores, los sindicatos, las organizaciones populares, juveniles y no gubernamentales, se señala de manera especial la necesidad de brindar servicios especializados para niñas, adolescentes y jóvenes, que —como se sabe— son la población más vulnerable a estos actos. Por ello, se señala en la letra c:

Desarrollar programas de asesoramiento, rehabilitación y apoyo para niñas, adolescentes y jóvenes que hayan sido o sean objeto de relaciones

abusivas, en particular las que viven en hogares o instituciones en que exista esa clase de relaciones.

4.1.2 EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

Si bien son pocos los documentos de carácter vinculante que se han producido desde el sistema regional de protección de los derechos humanos, es importante mencionar dos de ellos. Uno se refiere en particular a la violencia contra la mujer.

- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”

En su artículo 14, inciso 1, este documento señala: “Los Estados partes en el presente Protocolo reconocen el derecho de toda persona a: [...] b. gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico”. Esto resulta sumamente importante, tomando en cuenta que la anticoncepción oral de emergencia y el tratamiento antirretroviral son parte del protocolo de atención para las mujeres víctimas de violación.

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”)

En junio de 1994, la Asamblea General de los Estados Americanos adoptó esta Convención, llamada también “Convención de Belém do Pará”, cuya importancia radica en el hecho de que reconoce la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. La convención fue suscrita por el Perú en 1994 y ratificada en 1996.

En su artículo 1, la convención señala lo siguiente:

Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que

cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Y en el artículo 7:

Los Estados partes condenan todo tipo de violencia contra las mujeres y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia.

4.2 OBLIGACIONES NACIONALES EN MATERIA DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

A continuación se revisan los marcos normativos y de políticas públicas peruanas sobre la atención en salud para las víctimas de violencia sexual. Esta revisión permitirá establecer si los compromisos y obligaciones legales asumidas en las esferas internacionales se han logrado traducir en acciones de política en nuestro país, y si estas acciones se encuentran respondiendo de manera efectiva a las necesidades de atención en salud de las víctimas de violación sexual.

4.2.1 MARCOS NORMATIVOS NACIONALES

- Código Penal modificado por la Ley 28251

Esta ley modifica los artículos 170, 171, 172, 173, 174 y 175 del Código Penal vigente, relativos a la violación de la libertad sexual. Esta ley, promulgada el año 2004, recoge la jurisprudencia internacional, que ya había ampliado su concepción respecto a lo que se configura como delito contra la libertad sexual. Así, el artículo 170 señala:

El que con violencia o grave amenaza, obligue a una persona a practicar el acto sexual u otro análogo o la obligue a sufrir relación sexual por vía anal o vaginal mediante la introducción de objetos, en detrimento de su libertad sexual.

Esta definición permite ampliar y, por ende, mejorar el entendimiento de los jueces respecto a este delito. Sin embargo, subsiste en la legislación la penalización diferenciada en atención a la edad de la víctima; así, a menor edad, mayor es el reproche social, tal como se expresa en los artículos 173 y 175 del Código Penal. Esta situación constituye una discriminación, toda vez que la razón esgrimida respecto a la mayor vulnerabilidad de la víctima cuando es menor de 14 años no es utilizada de igual manera para sancionar, por ejemplo, delitos como el robo, las lesiones o el homicidio de un niño o una niña.

- Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, Ley 26260

En su Texto Único Ordenado, artículo 2, esta ley incluye la violencia sexual dentro de la definición de violencia familiar:

A los efectos de la presente ley, se entenderá por violencia familiar cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual.

En su artículo 3, establece la política y acciones del Estado. En el párrafo d, dispone “facilitar la atención gratuita en los reconocimientos médicos requeridos por la Policía, Ministerio Público o Poder Judicial”.

En el mismo artículo, en el párrafo f, se establece la necesidad de “[p]romover a nivel municipal políticas, programas y servicios de prevención, atención y rehabilitación, como Defensorías de la Mujer, hogares temporales de refugio, servicios de consejería, grupos de ayuda mutua, Defensorías Municipales del Niño y del Adolescente y servicios de rehabilitación para agresores, entre otros”.

- Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual, Ley 27942

Reglamento de la Ley, aprobado por Decreto Supremo 010-2003-MIMDES. Por primera vez en el Perú se cuenta con legislación de protección especial

frente al acoso sexual que cubre los ámbitos laboral —público, privado, trabajadoras del hogar—, educacional y las instituciones pedagógicas y policiales.

Sin embargo, esta misma ley señala, en su artículo 4, que se configura el hostigamiento o chantaje sexual cuando la conducta se da de manera reiterada. Así, textualmente dice:

[E]l hostigamiento sexual típico o chantaje sexual consiste en la conducta física o verbal reiterada de naturaleza sexual no deseada y/o rechazada por una o más personas que se aprovechan de una posición de autoridad o jerarquía o cualquier otra consideración ventajosa, en contra de otra u otras, quienes rechazan estas conductas por considerar que afectan su dignidad así como sus derechos fundamentales.

Asimismo, en la undécima disposición final y complementaria sobre efectos de la falsa queja, se establece que al declararse infundada la queja o demanda de hostigamiento, el empleador puede resolver el contrato de trabajo, y que en el caso de los trabajadores del sector público, procede el cese definitivo, y en el sector educativo, militar o policial, se podrá disponer la separación definitiva del alumno o el pase a retiro o disponibilidad por medida disciplinaria.

- Ley General de Salud, Ley 26842

Esta ley fue aprobada el año 1997 y hasta la fecha carece de reglamento. En su artículo 11, hace referencia a los derechos que tienen las personas víctimas de violencia familiar en cuanto a la atención; sin embargo, considera que éste es un problema de salud mental, lo cual si bien se ajusta a los efectos adversos que tiene un acto de violencia sexual sobre la víctima, puede restringir las acciones al ámbito de lo personal y privado, cuando en realidad se trata de un problema público y cuya erradicación requiere políticas del Estado:

Toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad

primaria de la familia y del Estado.

También establece, en el artículo 15, parágrafos a hasta i, los derechos que tiene toda persona usuaria de los servicios de salud, entre los que resaltan el respeto a la dignidad e intimidad, a la reserva de la información, al consentimiento sobre los procedimientos, a no ser discriminado por razón de enfermedad o padecimiento, a que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre los servicios y procedimientos y a que esta información le sea dada en términos comprensibles y a obtener una copia de su historia clínica.

- Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, Ley 27867

Emitida el año 2003, esta ley señala como función de los gobiernos regionales, en su artículo 60, inciso c: “Formular políticas, regular, dirigir, ejecutar, promover, supervisar y controlar las acciones orientadas a la prevención de la violencia política, familiar y sexual”.

Si bien este artículo hace referencia expresa a la violencia sexual, alude a acciones de prevención, que —sin dejar de ser importantes— dejan de lado la atención y recuperación de las víctimas. Ello puede ser subsanado por lo que señala el artículo 9, referido a las competencias constitucionales de los gobiernos regionales, que expresa la responsabilidad de estas instancias de promover y regular actividades y servicios en materia de salud, y en el artículo 10, referido a competencias compartidas, se señala la función de salud pública. Con ello se entiende que estos gobiernos deben trabajar de manera concertada con el gobierno central en aquellos problemas que constituyen impedimentos para el desarrollo pleno de las personas, cuya magnitud es significativa y sobre todo que pueden ser erradicados, como es el caso de la violencia en general y, en especial, la violencia sexual.

4.2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES

- Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual

Creado en el año 2001 mediante Decreto Supremo 008-2001-PROMUDEH (hoy MIMDES), en su artículo 24a señala:

El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual es el órgano encargado de diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y/o sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población, desde una perspectiva de género.

En el artículo 24b, se establecen, como parte de sus funciones:

- a) Formular y proponer lineamientos y normas respecto a la atención del problema de la violencia familiar y sexual necesarios para el funcionamiento del Programa.
- b) Promover y desarrollar mecanismos de articulación intersectorial para la atención de la violencia familiar y sexual.
- [...]
- c) Diseñar, aplicar y evaluar las estrategias de apoyo integral para las personas afectadas o involucradas en hechos de violencia familiar y/o sexual.

Este programa define entre sus objetivos el siguiente:

Desarrollar acciones de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual; proponer nuevas alternativas de políticas públicas a otras instancias del gobierno.

Entre los servicios que se enmarcan en la acción de este programa están los Centros de Emergencia Mujer (CEM):

servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia familiar y sexual. Se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica.

El otro servicio que se establece son las casas refugio, de las cuales se dice lo siguiente:

Forman parte de un sistema de atención integral, desarrolladas por iniciativa de la sociedad civil y apoyadas por el PNCVFS. Estas casas permiten salvaguardar la integridad física y emocional de las víctimas de violencia familiar y sexual. Se les brinda apoyo mediante la entrega de bienes de capital y de consumo, así como en la capacitación espe-

cializada para sus operadoras. Estas casas, concebidas como albergues transitorios, brindan a la mujer un espacio seguro para analizar y decidir acerca de un nuevo proyecto de vida en paz y sin violencia.

- Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil

Documento aprobado en el año 2001 por Resolución Ministerial 455-2001/SA/SM, y que se brinda como documento técnico-normativo para el desaparecido Programa de Salud Mental, pero que aún no ha sido derogado.

Brinda una definición de violencia que señala lo siguiente:

[S]e denomina caso de violencia familiar a niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres, ancianos y ancianas que por acción (física, psicológica) u omisión (descuido, negligencia) de otros miembros de su familia sufran o causen daño físico o psicológico. Incluye también a las personas que ejercen violencia contra sus hijos, pareja o padres.

Y considera, entre los indicadores de violencia, el abuso sexual, que incluye los siguientes signos y síntomas: irritación, dolor o lesión en la zona genital, hemorragias vaginales, embarazo precoz de adolescente, embarazo no deseado, conocimiento sexual y conductas inapropiadas para la edad, abortos o amenaza de aborto y enfermedad de transmisión sexual.

Se establece, además, la responsabilidad de los servicios de salud para detectar, brindar atención y tratamiento a las víctimas de abuso sexual como forma de violencia familiar y maltrato infantil. Para ello, presenta un flujograma de atención para niños, adolescentes y personas adultas, que debe ser implementado en los hospitales, y fichas de tamizaje, evaluación y reporte debidamente estandarizadas.

Asimismo, este documento ofrece información valiosa para los y las profesionales de salud respecto a las manifestaciones de la violencia familiar, incluida la física, la psicológica y la sexual, y presenta procedimientos para el manejo y la consejería y orientación sobre este tema.

- Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer, 2002-2007

En este plan se toman en consideración las definiciones de violencia contenidas en los documentos de derechos humanos de carácter vinculante y no vinculante, los que han sido presentados líneas arriba, y que incluyen la violencia sexual como una de sus formas de expresión. En ese sentido, debe entenderse que las acciones del plan se orientan también hacia este tipo de violencia.

Respecto a los objetivos que persigue el plan en cuanto a la atención y recuperación de las personas afectadas por la violencia, se señala que se busca “asegurar la provisión de servicios especializados y de calidad para la detección, atención inmediata y recuperación integral de las mujeres víctimas de violencia”.

Y para ello establece líneas de acción. La primera consiste en “impulsar la elaboración y aplicación de protocolos para la atención integral de mujeres víctimas de violencia”. Se establecen como metas 1.1 y 1.2: “Protocolos concertados entre los sectores para uniformizar criterios y procedimientos para la atención integral a mujeres víctimas de violencia en los servicios estatales” y “100% de los servicios estatales observa los protocolos diseñados”.

La cuarta línea de acción consiste en lo siguiente:

Diseñar y aplicar mecanismos, instrumentos y procedimientos para la mejora continua de la calidad de los servicios de atención, recuperación y reinserción de las mujeres víctimas de violencia.

Y como meta 4.1, tenemos:

100% de los establecimientos estatales que brindan atención especializada a mujeres víctimas de violencia, da acceso irrestricto a sus instalaciones y a la información pertinente al comité de usuarias/os o instancia análoga conformada para vigilar la calidad del servicio.

Asimismo, en la línea de acción 7, se señala:

Desarrollar programas y acciones de capacitación y sensibilización permanentes en materia de derechos humanos de las mujeres y problemática de género, dirigidas a funcionarios públicos con poder de

decisión y operadores de los servicios de educación, salud, policía, y, en general, al personal del sector público que tiene contacto con mujeres víctimas de violencia.

Se establece como meta 7.2 que 80% del personal que brinda servicios de salud, atención en comisarías, profesores de educación inicial, primaria y secundaria, sistema penitenciario y consultorios jurídicos estatales esté sensibilizado y capacitado en estos temas. Los responsables de estas líneas son el MIMDES, el MINSA, el Ministerio del Interior y el Ministerio de Justicia.

- Comisión de Alto Nivel del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer

Se crea conjuntamente con el Plan Nacional, el año 2001, por Decreto Supremo 017-2001-PROMUDEH, con la finalidad de dar cumplimiento a los contenidos del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer y de articular e integrar las políticas públicas con un enfoque que busque trascender la sectorialidad. En el artículo 6 del decreto supremo, se señala lo siguiente:

Los Ministerios que conforman la Comisión de Alto Nivel incorporarán en sus planes operativos anuales todas las acciones que sean necesarias para dar cumplimiento a lo previsto por el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer.

Esta comisión está integrada por la ministra de la Mujer y Desarrollo Social o su representante, quien la presidirá; el ministro del Interior o su representante; el ministro de Salud o su representante; el ministro de Educación o su representante; el ministro de Justicia o su representante; y contará, además, con la participación de la Defensora Adjunta para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo o su representante, en calidad de miembro supernumeraria.

En su artículo 4, establece la necesidad de conformar mesas de trabajo por categorías temáticas, donde participarán representantes de los distintos sectores involucrados, así como de los programas, proyectos y organizaciones de la sociedad civil:

Para efectos de lograr un mejor cumplimiento de los objetivos y metas contenidas en el Plan Nacional, se conformarán mesas de trabajo por categorías temáticas en las que participarán representantes de los órganos, programas o proyectos que de conformidad con las normas de organización y funciones de los Ministerios señalados en el Artículo 2 del presente Decreto Supremo tengan competencia en la ejecución del Plan, así como representantes de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas con la materia o temática a ser considerada en la respectiva mesa.

Los canales de información del MIMDES no consignan información reciente respecto a las acciones y avances de este espacio, lo cual dificulta las acciones de seguimiento y vigilancia ciudadana.

- **Centros de Emergencia Mujer**

Los Centros de Emergencia Mujer (CEM) son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia familiar y sexual, donde se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica; no ofrecen atención médica. Tienen como objetivo la recuperación del daño sufrido y prestan asistencia social. Algunos CEM cuentan con diferentes servicios brindados por otros sectores como la Comisaría de Mujeres (Ministerio del Interior), la Fiscalía de Familia (Ministerio Público), consultorios jurídicos gratuitos y centros de conciliación extrajudicial para casos que no constituyen violencia familiar (Ministerio de Justicia).

- **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**

Esta estrategia se instaló en julio del año 2004, como parte de un proceso de reestructuración del MINSa, que creó diez estrategias nacionales; entre ellas, la mencionada. Esta estrategia elabora y difunde un documento donde sienta los objetivos, prioridades y acciones que se deben implementar por parte del MINSa respecto a la salud sexual y reproductiva.

En este documento, se reconoce entre los principales problemas de salud sexual y reproductiva la violencia basada en el género, definida como “un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. Es expresión de la inequidad basada en género”.

Reconoce, asimismo, que la violencia basada en el género (VBG) es

tan frecuente que ocurre en más de 50% de las mujeres peruanas en edad reproductiva:

Entre las mujeres que acuden a los servicios de salud se ha encontrado igualmente una alta frecuencia y sus efectos perjudiciales han sido demostrados que ocurren sobre la salud física, sobre la salud mental y sobre la salud reproductiva. Cuando se examina las consecuencias de la VBG sobre la salud reproductiva encontraremos que está vinculada al dolor pélvico crónico, a la mayor frecuencia de ITSs, embarazos no deseados; así como de aborto espontáneo e inducido, parto prematuro, niños de bajo peso y cuadros de preeclampsia; por tanto afecta a las mujeres y a sus vástagos.

___Asimismo, el documento incluye la detección y manejo de casos de violencia basada en el género dentro de la atención prenatal, en las atenciones en salud reproductiva y planificación familiar, y de manera especial en la atención de adolescentes; se menciona explícitamente la atención en casos de abuso y violación sexual.

- **Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva**

Aprobada por Resolución Ministerial 668-2004/MINSA del año 2004, esta guía nacional define la violación de esta manera:

[U]n tipo de asalto sexual donde existe una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (niño/a o incapacitados mentales), amenaza o uso real de fuerza y penetración [...]. También debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de cualquier parte del cuerpo de una persona u objeto, pues muchas veces se usan objetos punzo-cortantes en las aberturas genitales o anal de la víctima, sin requerir emisión de semen.

Establece un protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia, y en especial establece un protocolo para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual. Señala que la atención debe incluir la realización del examen físico, procedimientos médicos para permitir la identificación del agresor, exámenes de laboratorio, ofrecimiento y administración de

anticoncepción oral de emergencia, protección contra ITS, profilaxis de HIV/sida, promover que se denuncie el caso, hacer el registro y el seguimiento. Cada uno de estos puntos incluye pasos y atenciones que también se encuentran definidas y protocolizadas. Al ser el centro de este estudio, el protocolo se encuentra en uno de los anexos (anexo 5).

- Lineamientos de política en salud de los y las adolescentes

Documento aprobado por Resolución Ministerial 107-2005/MINSA, que define la política nacional respecto a la prevención, atención y recuperación de la salud de las y los adolescentes.

Esta política tiene como uno de sus objetivos garantizar los derechos humanos de los y las adolescentes en materia de salud, incluidos los sexuales y reproductivos. Asimismo, restablece como uno de sus objetivos la erradicación de la violencia; y entre sus formas, la violencia sexual. Por ello, se señala que es necesario “promover una cultura de paz y vida saludable entre los adolescentes que permita la erradicación de la violencia doméstica, sexual y social contra y desde los y las adolescentes”.

Por otro lado, como primer lineamiento de política, se establece el acceso a atención en casos de violencia sexual y de manera amplia a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención de las secuelas de la violencia política, que —como se ha señalado anteriormente— dejó muchas víctimas de violación sexual. Así, señala como lineamiento:

Acceso universal de los/as adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios público y privado de salud con énfasis en la salud mental, salud sexual y reproductiva; prevención y atención de violencia basada en género, familiar, sexual, social y la relacionada con las secuelas de la violencia política.

5.1 DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA SOBRE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Se enviaron 28 solicitudes de información, 14 a hospitales de la ciudad de Lima y 14 a hospitales de 5 regiones del interior del Perú. Las respuestas recibidas provinieron mayoritariamente de la Región Lima, donde el proceso tuvo un resultado medianamente exitoso, ya que en las regiones del interior del país, como se señaló, no se pudo contar con mayor infor-

mación (véase el anexo 6).

Es importante señalar que luego de vencido el plazo de respuesta a la apelación (a dos y tres meses) y cuando se estaba realizando la revisión final de este informe, se recibieron cuatro respuestas, tres de la Región Lima, una de La Libertad y una de Puno, las cuales también son consignadas

5. Hallazgos

como hallazgos, ya que dan cuenta de lo que está sucediendo en estos hospitales.

- Respecto a las acciones desarrolladas por el servicio de emergencias en torno a la atención de víctimas de violación sexual

Cinco hospitales responden que la atención se realiza de acuerdo con lo que señalan las Guías Nacionales; otros cinco, que no brindan atención de emergencia para víctimas de violación sexual; tres afirman que sus acciones se orientan a la atención médica, a coordinar con la Policía Nacional, la Fiscalía y Medicina Legal; y uno señala que implementa acciones de capacitación sobre este tema para los profesionales.

- Respecto al uso del Protocolo contenido en las Guías Nacionales

Ocho hospitales, la respuesta mayoritaria, afirmaron no utilizar el protocolo, porque no lo conocen y no cuentan con las Guías.¹ Estos hechos son sumamente preocupantes, porque es responsabilidad del Estado disponer de todos los medios para que se dé cumplimiento a la normativa nacional. Estamos, entonces, ante un indicador de incumplimiento.

Seis hospitales respondieron que sí utilizaban el protocolo. De éstos,

tres señalaron que lo aplican parcialmente; uno indicó que esta aplicación parcial se debe a la falta de los insumos necesarios; otro, a que recién se va a iniciar el proceso de difusión del protocolo; y el tercero, a que el tratamiento no era gratuito, lo que constituye una vulneración flagrante de la propia norma y de los derechos de las víctimas.

Sin restarle importancia a este hallazgo, cabe señalar que entre los hospitales que dieron una respuesta positiva se encontraron el Hospital Dos de Mayo, que recibió una queja formal de la Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos por haberse negado a brindar atención basada en el protocolo a una adolescente víctima de violación sexual, y otros tres que respondieron luego de un aviso a la Defensoría y al MINSU.

En el caso del Hospital de Azángaro, región Puno, el director del hospital brindó una respuesta verbal, y señaló que el hospital sí cuenta con las Guías Nacionales, pero que éstas aún no se habían socializado con el personal de salud del servicio de emergencia.

- Respecto a la dotación de antirretrovirales para la atención de víctimas de violación sexual

Doce hospitales, la mayoría, afirmaron no contar con antirretrovirales para la atención de víctimas de violación sexual, mientras que tan sólo dos señalaron que sí contaban con ellos. Otros dos hospitales afirmaron que contaban con estos medicamentos, pero que éstos se destinaban a la atención de personas con VIH/sida y a evitar la transmisión vertical madre-niño. Estamos, entonces, ante otro elemento crítico de incumplimiento.

Igualmente, se obtuvo una respuesta verbal del director del Hospital de Azángaro respecto a este punto. Él señaló que no contaban con este insumo y que, en el caso de que fuera necesario, lo pedían a Puno.

³ Guerrero, R. "El acceso a la información pública y el ejercicio ciudadano de nuestros derechos sexuales y reproductivos". Presentación en el evento internacional "Hacia una estrategia de salud focalizada en el acceso a la información". Lima: Instituto Prensa y Sociedad, octubre de 2004.

- Respecto a la dotación de anticoncepción oral de emergencia para la atención de víctimas de violación sexual

Once hospitales respondieron que no contaban con dotación de anticoncepción oral de emergencia; otros tres que sí; sin embargo, en uno de estos casos, el Hospital María Auxiliadora, no la utilizaban porque esperaban el control de calidad de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) respecto al Levonorgestrel, y que por ello utilizaban el método de Yuzpe. Este hecho constituye una arbitrariedad, habida cuenta de que todas las marcas registradas para anticoncepción oral de emergencia a base de Levonorgestrel cuentan con la autorización de la DIGEMID (no existe insumo genérico).

El director del Hospital de Azángaro informó verbalmente que no contaba con anticoncepción oral de emergencia. A pesar de que se solicitó que todas sus respuestas fueran enviadas por escrito, este documento nunca se obtuvo.

Si bien 13 hospitales no respondieron a la solicitud de información, los hallazgos mostrados son valiosos, ya que dan cuenta de lo que está sucediendo en los hospitales más grandes y cercanos a la administración central, sobre todo de Lima. Estos resultados permiten señalar que las víctimas de violencia sexual continúan siendo atendidas de acuerdo con la discrecionalidad de los profesionales de la salud, y están expuestas a mayores daños y complicaciones como la posible transmisión del VIH/sida y la ocurrencia de un embarazo forzado, elementos que constituyen indicadores de vulneración de derechos.

Si bien la emisión de las Guías Nacionales es un acierto y avance, al incorporar el enfoque de derechos humanos y de equidad de género, incluyendo por primera vez protocolos para la atención de víctimas de violencia basada en el género y en especial de violación sexual, ello no se ha traducido de manera eficaz en los procesos de atención que se brindan en los servicios públicos de salud. Esta situación constituye una barrera para garantizar los derechos de las víctimas e indica la ausencia del rol garante del Estado en cuanto al respeto, protección y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

5.2 DE LAS SOLICITUDES Y PROCEDIMIENTOS²

La implementación de esta estrategia ha despertado muchas reflexiones sobre la forma como se entiende el derecho ciudadano al acceso a la información pública, tanto por parte del Estado como por parte de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas en este estudio (véase el anexo 6).

Se distribuyeron 28 solicitudes de información en seis regiones del país: Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, La Libertad, Lima y Puno, lo cual se muestra en el cuadro 5.

En Lima, se enviaron 14 solicitudes a los siguientes hospitales:

- Hospital Nacional Arzobispo Loayza;
- Hospital Nacional General Dos de Mayo;
- Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;
- Hospital de Emergencias Pediátricas;
- Hospital Nacional Cayetano Heredia;
- Hospital Hermilio Valdizán;
- Hospital Hipólito Unanue;
- Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé;
- Hospital San José;
- Hospital Santa Rosa;
- Hospital Sergio Bernales;
- Hospital Víctor Larco Herrera;
- Centro Materno-Infantil Juan Pablo II;
- Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

En una primera instancia, respondieron ante la solicitud de información tres hospitales: el Hospital Dos de Mayo, el Hospital San José y el Hospital Víctor Larco Herrera. Se debe señalar que este último respondió fuera del plazo establecido por la ley, de siete días hábiles. Los dos primeros brindaron la información requerida, mientras que el tercero señaló que no iba a entregarla e indicó que se dirigiera este pedido a la sede central del Ministerio de Salud.

Ante la falta de respuesta de los otros 11 hospitales, una vez vencido el tiempo establecido por la ley y ante la negativa de brindar información por el Hospital Víctor Larco Herrera, se enviaron cartas de apelación. Se obtuvo, posteriormente, la respuesta de seis hospitales, mientras que cinco

⁴ Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible

Cuadro 5
ENVÍO DE SOLICITUDES Y SUS RESPUESTAS

Regiones	Solicitudes enviadas	Respuesta en plazo de ley (7 días hábiles)	Respuestas fuera del plazo de ley (7 días hábiles)	Apelaciones enviadas	Respuestas en plazo de ley (10 días hábiles)	Respuestas fuera del plazo de ley (10 días hábiles)
Lima	14	2	1	11	8	2
Ayacucho	1	—	—	—	—	—
Huancavelica	1	—	—	—	—	—
Puno	5	—	—	—	—	1
Huánuco	1	—	—	1	—	—

no contestaron. Recién luego de casi dos meses de la fecha de apelación, dieron respuesta dos hospitales, pero cuando se estaba en la etapa de redacción final del informe.

La mayoría de los hospitales contestaron dentro del plazo de 10 días establecido por la ley para responder la apelación, excepto cuatro: el Hospital Hipólito Unanue, que respondió en 22 días; el Hospital María Auxiliadora, que demoró 16 días; el Hospital Sergio Bernales, que contestó en 47 días; y el Hospital Víctor Larco Herrera, que tardó 20 días. Este último hospital solicitó el pago por derecho a la información, el cual se hizo debidamente y ascendió a 14 nuevos soles. La respuesta recibida fue incompleta, pues no se hizo referencia a la dotación de anticoncepción oral de emergencia y antirretrovirales para las víctimas de violencia sexual. Más allá de la copia de dos cartas emitidas por instancias internas del mismo hospital, no se anexó otro tipo de documentación. Por otro lado, la información no fue entregada en CD-ROM ni en *diskette*; es decir, que no justifica el pago de la suma antes mencionada.

Es importante detallar algunos incidentes ocurridos en este proceso, que, más que anecdóticos, dan cuenta de la precariedad en que aún se encuentra el reconocimiento del derecho ciudadano a la información pública.

- a) Un hospital hizo una llamada telefónica solicitando el número de RUC de la organización solicitante y copia de DNI como requisito para brindar la información, requerimientos que se atendieron posteriormente mediante una carta. Durante este contacto telefó-

nico, el representante del hospital señaló que él no podía brindarle información a cualquier persona. Si bien este procedimiento no está estipulado en la ley, ni en su reglamentación ni en el TUPA del MINSa —tal como se le contestó—, se vio por conveniente enviar una carta adjuntando la copia del DNI, ante lo cual tampoco hubo respuesta por parte del hospital.

- b) Otro hospital brindó información telefónica señalando que había una amistad de por medio con quienes firmaban la carta de apelación y pidiendo un tiempo de dos días para dar respuesta a la solicitud. Sin embargo, nunca se obtuvo esa respuesta.
- c) Luego de haber alcanzado los hallazgos preliminares del estudio a la Defensoría del Pueblo con copia al Ministerio de Salud, específicamente a la Oficina de Transparencia, se obtuvo respuesta de cuatro hospitales, dos ubicados en regiones y dos en Lima.
- d) Por otro lado, una constante fue el requerimiento de que sustentáramos o justificáramos las solicitudes de información, lo cual no está establecido por la ley, pero se constituyó en una demanda de los servicios, tanto de Lima como de las otras regiones.

En las regiones se enviaron 14 solicitudes a los siguientes hospitales:

Ayacucho

Hospital Regional.

Huancavelica

Hospital Departamental.

Puno

Hospital Regional;

Hospital Miguel Núñez Butrón;

Hospital de Apoyo de Ilave;

Hospital de Apoyo de Azángaro;

Hospital de Apoyo de Juli;

Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Huánuco

Hospital Hermilio Valdizán.

La Libertad

Hospital Belén;
Hospital Regional de Trujillo;
Hospital de Apoyo Elpidio Berovides de Otuzco;
Hospital de Apoyo de Chepén;
Hospital de Apoyo de Santiago de Chuco;
Hospital de Apoyo Tomás Labora de Guadalupe.

En este caso, la obtención de respuestas fue casi nula. A pesar de que quienes estuvieron a cargo de la coordinación de este proceso acudían constantemente a los hospitales a recabar alguna respuesta formal, no se logró contar con estos documentos. Tan sólo se recibían respuestas paliativas, orientadas a solicitar mayor tiempo.

De las catorce solicitudes enviadas, se obtuvo respuesta formal y en el plazo de ley de dos hospitales, ambos de la Región La Libertad: el Hospital Belén y el Hospital Regional. Otros dos respondieron fuera del plazo establecido: el Hospital de Apoyo de Chepén, también de La Libertad, que tardó 45 días, y el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Región Puno, que demoró 68 días en responder.

Pese a no haber obtenido respuesta de los diez hospitales restantes, tan sólo fue enviada una carta de apelación al Hospital Regional de Huánuco, del cual nunca se obtuvo respuesta. A pesar de que la comunicación con las regiones fue continua y fluida, ello no aseguró que se realizaran las acciones correspondientes, tales como el envío de cartas de apelación. El equipo de investigación decidió no elaborar cartas desde Lima, sino dejar que ello formara parte del manejo de cada organización comprometida con el proceso en las regiones, como un ejercicio de capacidades en vigilancia ciudadana.

Muchos de los procesos quedaron inconclusos y, más allá de los alcances jurídicos de esta investigación —aspecto que no formó parte del objetivo central—, se decidió trasladar los resultados a la Defensoría del Pueblo, al Ministerio de Salud, a los propios hospitales y a las organizaciones involucradas.

Es importante señalar la necesidad de fortalecer a la sociedad civil en este tipo de procesos, que quizá no son entendidos en su real dimensión. No se los relaciona con las acciones que se desarrollan cotidianamente y se los valora como una carga adicional en una agenda de actividades ya bastante recargada.

Dar cuenta de este proceso plantea la necesidad de fortalecer los procesos de vigilancia en la sociedad civil y sobre todo muestra la necesidad de apostar por un trabajo sistemático y coordinado en las regiones del país, que afrontan retos mayores a este respecto en el marco del proceso de descentralización y regionalización que vive el país.

Es necesario también incidir en el cambio de la lógica estatal tradicional, que cataloga la información como “reservada”. Para obtenerla, es necesario buscar amigas y amigos en el sector público que puedan proporcionarla como un “favor”. Esto requiere que las dependencias estatales establezcan de manera rápida arreglos internos para responder a esta obligación, ya que queda claro que aún no entienden que es parte de su responsabilidad brindar la información que ciudadanas y ciudadanos solicitan respecto a su función pública.³

Finalmente, es importante señalar que ante la falta de respuesta de los hospitales a la carta de apelación, correspondía iniciar un proceso de hábeas data, que se configura como un proceso judicial. Estaban claras las implicancias de iniciar estos procesos, y sobre todo no perder el marco y el objetivo de este estudio. Ante ello, se optó por una salida a la vez institucional y práctica, y se alcanzó a la Defensoría del Pueblo la información correspondiente sobre estas solicitudes en forma de queja, a fin que interpusiera sus oficios. Ello busca darle una continuidad al proceso que no sea la propiamente legal, pero que haga actuar a una institución que vela por los derechos de la ciudadanía ante quienes han incumplido con la ley.

La correspondencia cursada a la Defensoría del Pueblo fue hecha con copia a la responsable de la Oficina de Transparencia del MINSA central, con la finalidad de que tomara conocimiento de los hechos y pudiera hacer arreglos y comunicaciones internas con miras a mejorar la actuación de sus dependencias.

5.3 DEL ANÁLISIS DE LA RESPONSABILIDAD ESTATAL

de salud física y mental. Doc. ONU E/CN.4/2004/49. 2004.

⁵ Tamayo, G. ***Bajo la piel. Derechos sexuales y derechos reproductivos.*** Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán-Programa de Estudios de Género-Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001.

DE GARANTIZAR A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Es importante señalar que los Estados son responsables de los actos violatorios de los derechos humanos que realizan sus funcionarios o agentes, y que deben responder por la inacción o incumplimiento de sus compromisos jurídicos internacionales y nacionales frente a aquellos actos vulneratorios realizados por particulares. Ello incluye el “hacer” o “no hacer” del Estado para garantizar los derechos de las víctimas, por ejemplo, en torno al derecho a la salud.

El relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁴ ofrece un marco analítico para la interpretación de los deberes del Estado de respetar, proteger y cumplir los derechos sexuales y reproductivos, al señalar:

Por obligación de respetar, se entiende que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso en pie de igualdad de todas las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a los factores determinantes de dicha salud [...]. La obligación de proteger, significa que los Estados deben tomar medidas para impedir que terceros pongan en peligro la salud sexual y reproductiva de otros, mediante, entre otras cosas, la violencia sexual y las prácticas culturales nocivas [...]. La obligación de cumplimiento exige que los Estados reconozcan el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en sus sistemas políticos y jurídicos nacionales. Las administraciones sanitarias deben prever servicios de salud sexual y reproductiva para todos, incluidos los habitantes de las zonas rurales, y los Estados deben lanzar campañas de información, por ejemplo contra el VIH/sida, las prácticas tradicionales nocivas y la violencia doméstica.

Los indicadores de esfuerzo se basan en la observación y examen de medidas y decisiones adoptadas por un Estado para dar cumplimiento a las obligaciones establecidas por un tratado.⁵ Esta evaluación incluye las medi-

⁶ Dador, J. ***Violencia sexual contra las niñas. Los Consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres.*** Lima: Manuela Ramos-

das legislativas, donde el Perú ha avanzado, y de donde podemos obtener un balance positivo, pero también comprende las acciones emprendidas para asegurar que estas medidas se traduzcan en políticas y programas de salud que tengan impacto en la atención directa de las personas, campo en el cual se observa que persisten las principales vulneraciones a los derechos humanos.

El Perú ha suscrito todos los instrumentos jurídicos internacionales y compromisos éticos en materia de derechos humanos y derecho humanitario, y ha tenido un interesante desarrollo de marcos normativos nacionales en materia de violencia, que ha permitido insertar estándares internacionales mínimos, tal como se puede observar en la sección 4. Así, el Perú se encuentra entre los primeros países de América Latina que formularon innovaciones en el plano legislativo para garantizar el derecho a una vida libre de violencia, tanto en el contexto de las relaciones familiares como de las públicas.⁶

Entre los avances más importantes que se deben señalar está la eliminación del beneficio de la exención de la pena al violador y a los coautores si uno de ellos de casaba con la víctima. Asimismo, la modificación que establece el ejercicio de la acción penal por el delito contra la libertad sexual de carácter público y no privado. Finalmente, la ampliación de la descripción de la conducta típica de violación ha sido un punto sumamente importante, ya que ahora se incluye la introducción de objetos o partes del cuerpo del violador en el cuerpo de la víctima.

Se debe mencionar, sin duda, la emisión de las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, que incluyen un protocolo de atención para las víctimas de violencia basada en el género donde se pone especial énfasis en la atención basada en protocolos para las víctimas de violencia sexual.

Sin embargo, a la luz de la revisión bibliográfica normativa y legal, tanto internacional como nacional, que se encuentra detallada en el capítulo anterior, y de los resultados obtenidos en el estudio de campo, se puede señalar que el Estado se encuentra faltando a compromisos internacio-

nales y a su propia normatividad vigente en relación con los derechos de atención a la salud de las víctimas de violación sexual.

De manera directa, se observa que existe una falla del Estado al no garantizar derechos sancionados por documentos internacionales de carácter vinculante, tal como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 reconoce la obligación estatal de brindar igualdad de oportunidades para que las personas puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Asimismo, tal como lo señala la Observación General 14, párrafo 9, referido al contenido normativo de este artículo, la falta de acceso y de disfrute de toda la gama de facilidades, bienes, y servicios —como es el caso de la falta de acceso a servicios de emergencia para las víctimas de violación sexual— constituye una violación al pacto. Igualmente, el Estado vulnera este derecho al no garantizar el acceso oportuno de estas víctimas a servicios de salud básicos, a medicamentos esenciales y a la atención y tratamiento apropiados, tal como lo señala el párrafo 17 de esta misma observación general.

Finalmente, el negarse a brindar anticoncepción oral de emergencia y antirretrovirales, el Estado vulnera el derecho que tienen las víctimas de violación sexual de gozar de los beneficios del progreso científico, lo cual es reconocido en el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el artículo 14 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”.

Por otro lado, el Estado también se encuentra incumpliendo sus compromisos y, por ello, está vulnerando derechos asumidos por él mismo en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, al no garantizar el cumplimiento del artículo 12, que señala la responsabilidad del Estado de asegurar para las mujeres el acceso a servicios de atención médica en condiciones de igualdad.

Asimismo, tal como lo señala la Observación General 24, sobre el contenido normativo de este artículo, en su párrafo 11, resulta un acto discriminatorio que el Estado peruano se niegue a proveer servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer.

Es fundamental señalar que tal como lo establece esta misma Observación General en su párrafo 15, la no aplicación eficaz de protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios que aborden la violencia contra la mujer, la no prestación de servicios apropiados, la ausencia de capacitación

de los trabajadores de salud en cuestiones de género y violencia basada en el género constituyen un acto vulneratorio de los derechos humanos de las mujeres.

Sería fundamental que el protocolo existente se ajuste de manera total al estándar establecido por la OMS respecto a la atención de víctimas de violencia sexual, sobre todo en lo referente a los siguientes puntos:

- Asignar a la atención la condición de emergencia.
- Los servicios legales y de salud para la mujer deben proporcionarse en un mismo lugar, a un mismo tiempo y por la misma persona.
- Capacitar de manera especial a los trabajadores de salud sobre violencia sexual y sobre el manejo del protocolo.
- Establecer una red de trabajo con proveedores.
- Brindar indicaciones claras sobre la obligatoriedad de la denuncia en el caso de que la víctima sea menor de edad y sobre la elaboración de un solo informe que contenga la pericia legal y médica.

Por otro lado, al no proveer servicios de emergencia a las víctimas de violación sexual o al hacerlo de manera parcial, el Estado se encuentra victimizando nuevamente a las mujeres que han sufrido violación sexual, y se encuentra incurriendo, según sea el caso, en penas, tratos crueles, inhumanos o degradantes para las víctimas. De este modo, está yendo en contra de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y su artículo 5 y contra el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su artículo 7.

Respecto a la propia normatividad nacional, en primer lugar, se observa que no se está cumpliendo con el artículo 3 de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, ya que el Estado no está facilitando la atención en los reconocimientos médicos necesarios para el acceso posterior a la justicia.

Asimismo, incumple con el artículo 15 de la Ley General de Salud, con lo cual vulnera los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud ahí reconocidos, entre los cuales resalta principalmente el acceso a información oportuna y completa sobre los servicios y procedimientos brindados.

Nuestros resultados señalan que de no tomarse las medidas correctivas del caso, los objetivos y metas contenidos en el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007 difícilmente van a ser cumplidos, ya que a tres años de su ejecución, los avances son poco alentadores. Así, el

objetivo de asegurar la provisión de servicios especializados y de calidad para la atención inmediata y la recuperación de las mujeres víctimas de violencia es una tarea pendiente dentro de esta política pública. Si bien se ha avanzado con la dotación de protocolos, la meta 1.2, que plantea alcanzar 100% de servicios estatales con conocimiento de estos protocolos, está lejos de ser cumplida. En la misma condición se encuentra la meta 4.1, en la que se establece 100% de establecimientos públicos que brinden atención especializada a las víctimas, y la meta 7.2, que plantea 80% de personal de salud estatal sensibilizado y capacitado para la atención de estos casos.

A más de un año de la promulgación de las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (junio de 2004) y de haber entrado en vigencia su protocolo especializado para la atención de víctimas de violencia sexual, esta normativa se viene incumpliendo; por un lado, mediante el desconocimiento de estos instrumentos por parte de los proveedores de servicios de salud, y en especial, por quienes trabajan en los servicios de emergencia. Por otro lado, el Estado incumple con su obligación de proveer insumos esenciales para esta atención como la anticoncepción oral de emergencia para evitar posibles embarazos no deseados y antirretrovirales para evitar el contagio del VIH/sida. Estos hechos constituyen una vulneración de los derechos humanos de las víctimas.

Otro nivel de análisis que es necesario tomar en cuenta se refiere al avance en la creación de instancias y soportes institucionales para realizar acciones sostenidas en torno a la atención de las víctimas de violación sexual. Al respecto, se cuenta con la creación del MINDES, de la Comisión de Alto Nivel del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer y de la Estrategia Sanitaria Nacional en Salud Sexual y Reproductiva, que han debido constituirse en mecanismos de articulación para abordar este problema, las necesidades directas de las víctimas y de los servicios de salud, así como en plataformas de acción intersectorial para lograr mayores asignaciones presupuestales a fin de abordar este grave problema de salud pública y de derechos humanos. Si bien los documentos y la normativa sitúan a la violencia sexual como una prioridad, estas instancias aún no han logrado asegurar medidas que reconozcan el derecho de las víctimas de violación sexual a acceder a servicios de salud apropiados y de calidad.

6.1 SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRATADOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES Y NACIONALES RELATIVOS A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

- a) El Estado viene incumpliendo sus obligaciones contenidas en tratados internacionales de carácter vinculante y no vinculante sobre derechos humanos y en la propia legislación nacional, obligaciones referidas al derecho a la salud de las víctimas de violación sexual.
- b) Existe aún una brecha muy grande entre los derechos reconocidos de manera declarativa en los documentos de política pública nacional y su traducción en políticas operativas, a fin de garantizar su cumplimiento y de este modo lograr el goce efectivo de estos derechos.
- c) No se han dado los pasos necesarios para una actuación concertada desde el Ejecutivo que permita dar cumplimiento a la normativa y a

6. Conclusiones

las políticas vigentes en materia de violencia sexual. Eso demuestra que el tema aún no constituye una prioridad en la política pública.

- d) El protocolo de atención para las víctimas de violencia sexual ha significado un gran avance para mejorar la calidad de esta atención en los servicios de salud. Sin embargo, aún no contiene todos los componentes (estándares mínimos) que la OMS ha establecido para la atención de las víctimas desde el año 2003.

6.2 SOBRE LOS HALLAZGOS REFERIDOS A LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

- a) El Estado incumple con su obligación de respetar el derecho a la salud de las víctimas de violación sexual, al limitar el acceso de ellas a la atención en los servicios de emergencia.
- b) El Estado incumple con la aplicación del protocolo de atención de víctimas de violación sexual contenido en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, promulgadas en julio del año 2004.
- c) El Estado no garantiza la provisión de anticoncepción oral de emergencia y de antirretrovirales para la atención de víctimas de violación sexual, lo cual impide que ellas puedan prevenir un embarazo no deseado o una infección por VIH/sida.
- d) Los hospitales —y, por lo tanto, los prestadores de salud; en especial aquellos que atienden en los servicios de emergencia— desconocen el protocolo de atención vigente para las víctimas de violación sexual.

6.3 SOBRE EL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA COMO DERECHO CIUDADANO

- a) Los hospitales, principalmente los del interior del país, desconocen la normativa vigente respecto al derecho que tienen los ciudadanos y ciudadanas a acceder a la información pública, lo cual constituye una barrera para la vigilancia ciudadana sobre la implementación de políticas públicas.
- b) Aún está instaurada en las autoridades hospitalarias una cultura del secreto respecto a la información pública sobre la salud. Ello lleva a que la gran mayoría no responda de manera expeditiva a las solicitudes o a que lo haga recién mediando un recurso de apelación.
- c) Las organizaciones de la sociedad civil necesitamos reconocer y apropiarnos de nuestro derecho al acceso a la información pública, como estrategia clave para fortalecer nuestra ciudadanía y nuestro papel en la vigilancia de políticas públicas.

7.1 AL MINISTERIO DE SALUD

7.1.1 GENERALES

- a) Incorporar de manera completa los estándares mínimos establecidos en los documentos de derechos humanos a los procesos de atención de las víctimas de violación sexual, estándares que incluyen los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
- b) Cumplir con la Declaración de Bogotá, firmada en el año 2002 por el Estado peruano; de manera especial, con el artículo que insta a proteger “la misión médica y las instituciones de salud en sus instalaciones y equipos para que den respuesta a las distintas situaciones de violencia, empezando cuando sea posible por la detección precoz de casos de violencia”.
- c) Garantizar el cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, estableciendo arreglos internos en el sistema de salud para atender este derecho ciudadano.

7. Recomendaciones

7.1.2 ESPECÍFICAS

- d) Incorporar los estándares médico-legales establecidos por la Organización Mundial de la Salud al protocolo de atención vigente.
- e) Garantizar que las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva sean distribuidas, conocidas y utilizadas por todos los servicios de los diferentes niveles de atención, incluidos los institutos especializados en todo el país.
- f) Garantizar que la atención de las víctimas de violación sexual en los hospitales sea considerada como un caso de atención de emergencia, con las obligaciones y consideraciones establecidas por la Ley General de Salud.
- g) Dotar a los servicios de emergencia de los hospitales de los insumos necesarios para la atención de las víctimas de violencia sexual, especialmente de aquellos contemplados por la política nacional, como la anticoncepción oral de emergencia y los antirretrovirales.
- h) Implementar procesos de capacitación para garantizar que los proveedores de salud manejen los protocolos de atención vigentes en la normativa nacional, a fin de permitir a las víctimas de violación sexual una atención adecuada.
- i) Asignar una partida presupuestal del sector Salud a la atención de las víctimas de violencia física, psicológica y sexual, con el compromiso de incrementar progresivamente los fondos.
- j) Promover actividades para la investigación y promoción de la salud

que prioricen esta temática dentro de las agendas del sector Salud, a fin de desarrollar e implementar estrategias políticas efectivas.

7.2 AL MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL

- a) Garantizar la implementación del Programa Nacional de Violencia Familiar y Sexual, y desarrollar las acciones necesarias para que cuente con una partida presupuestal que le permita cumplir con los objetivos propuestos.
- b) Desarrollar acciones que permitan la implementación de políticas operativas intersectoriales contra la violencia sexual, basadas en los principios de derechos humanos y equidad de género.
- c) Generar los mecanismos necesarios para que el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002-2007 y la Comisión de Alto Nivel implementada para su ejecución cumplan con sus objetivos y metas, y permitan así una acción concertada desde el Ejecutivo.
- d) Dar prioridad a las acciones para erradicar la discriminación de género, que se encuentra en la base de la violencia sexual, a fin de cumplir con el objetivo que motivó la creación de este ministerio; es decir, lograr que la equidad de género sea un eje transversal en las políticas públicas.

7.3 A LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

- a) Generar procesos de capacitación que permitan a las organizaciones conocer y ejercer el derecho a acceder a la información pública a fin de mejorar sus capacidades de vigilancia e interlocución con el Estado.

Anexo 2 MODELO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE HOSPITALES

Lima, ... de de

Doctor

.....

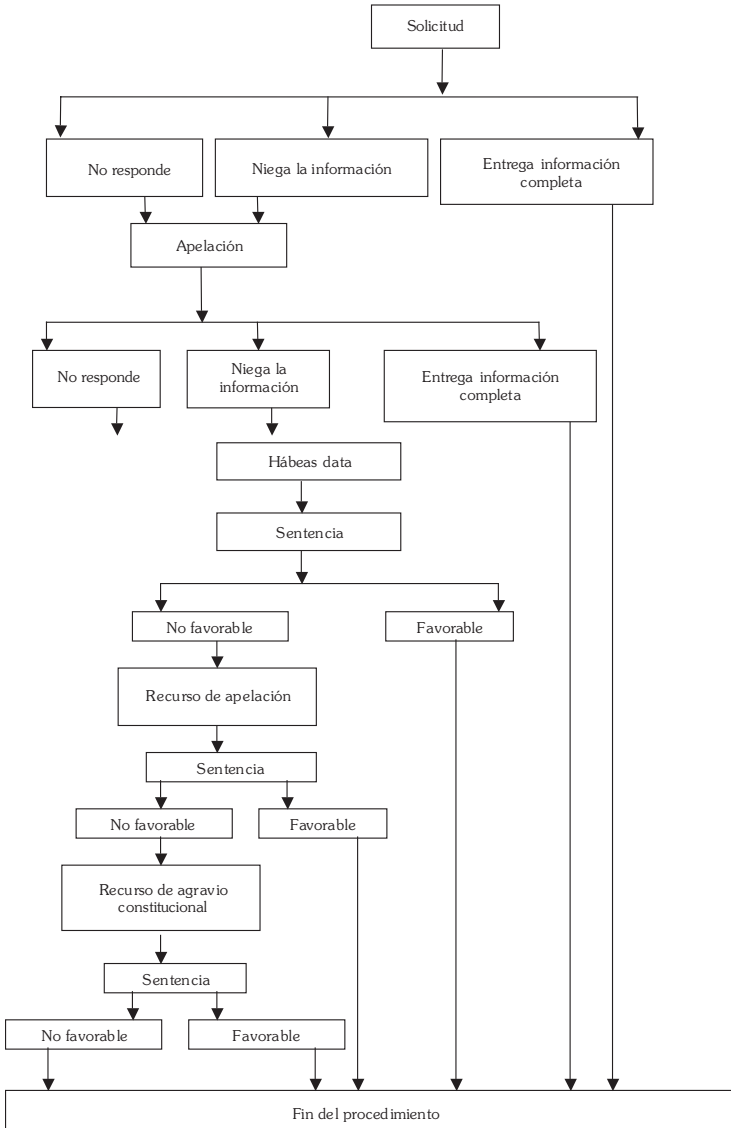
Director

Hospital

Presente

Anexos

Anexo 1
PASOS SEÑALADOS POR LA LEY 27806 PARA ACCEDER
A LA INFORMACIÓN PÚBLICA



De mi consideración:

Al amparo de la Constitución vigente y de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 27806), me presento ante usted y le solicito disponer la entrega de la siguiente información:

- Cuáles son las acciones que han sido desarrolladas o que vienen siendo desarrolladas, desde el año 2005, en el Hospital que usted dirige, que permiten atender a las víctimas de violencia sexual, específicamente en su servicio de emergencia.
- ¿Se está usando o no en su servicio de emergencia el protocolo de atención para las víctimas de violencia sexual que proponen las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva?
- ¿Cuenta el hospital con una dotación disponible de antirretrovirales, destinados para el tratamiento de víctimas de violación, según dispone el protocolo de atención incluido en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva?
- ¿Cuenta el hospital con una dotación disponible de anticoncepción oral de emergencia para la atención de las víctimas de violencia sexual?

De igual manera, en virtud de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley, solicito se determine el monto que se debe pagar por el concepto de costo de reproducción.

Para fines de la presente solicitud, mi dirección es

También puede comunicarse conmigo a los teléfonos

..

y

Si otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Firma

Nombre completo

DNI

Anexo 3
MODELO DE APELACIÓN ANTE AQUELLOS HOSPITALES
QUE SE NEGARON A BRINDAR INFORMACIÓN
DE MANERA EXPLÍCITA

Sumilla: Presentamos apelación

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL,
.....identificada con DNI, con domicilio en
....., atentamente digo:

Que, con fecha presenté una solicitud de información dirigida al Director del Hospital,
Dr., en su calidad de responsable de brindar información acerca del Hospital, tal como se señala en el Procedimiento de Acceso a la Información del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud (MINSa), para que nos proporcione información sobre las acciones desarrolladas para la atención de víctimas de violencia sexual (anexo n.º).

Que, con fecha en respuesta a mi solicitud de información, recibí el Oficio n.º, mediante el cual el Dr. me respondió que la información solicitada debía ser requerida a la (anexo n.º).

Que el TUPA del Ministerio de Salud, como señalamos arriba, indica que los Directores de los Órganos Dependientes, Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados del Ministerio de Salud, como los Hospitales Nacionales, son los responsables de brindar la información que poseen las entidades que dirigen. En ese sentido, hospitales como el Hospital y el Hospital, entre otros, nos han entregado la información que hemos solicitado (anexo n.º y anexo n.º).

POR LO TANTO:

Solicitamos a Ud. tener por interpuesto el presente recurso de apelación, elevando los actuados a su superior jerárquico, a quien solicitamos la entrega de la información requerida.

Lima, ... de de

Firma

DNI

Anexo 4

MODELO DE APELACIÓN ANTE AQUELLOS HOSPITALES QUE NO RESPONDIERON LA SOLICITUD EN EL PLAZO ESTABLECIDO POR LA LEY

Sumilla: Presentamos apelación

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL

....., identificada con DNI
....., con domicilio en
atentamente digo:

Que, con fecha, presentamos una solicitud de información dirigida al Director del Hospital, Dr.

en su calidad de responsable de brindar información del Hospital, para que nos proporcione información acerca de las acciones desarrolladas para la atención de las víctimas de violencia sexual.

Que el artículo 11, inciso b, del TUO de la Ley 27806, señala que “La entidad de la Administración Pública a la cual se haya presentado la solicitud de información deberá otorgarla en un plazo no mayor de **siete (7) días útiles**, plazo que se podrá prorrogar en forma excepcional por cinco (5) días útiles adicionales, de mediar circunstancias que hagan inusualmente difícil reunir la información solicitada. En este caso, la entidad deberá comunicar por escrito, antes del vencimiento del primer plazo, las razones por las que hará uso de la prórroga, de no hacerlo, se considerará denegado el pedido” (el subrayado es nuestro). En ese sentido, el artículo 11, inciso d, señala que “De no mediar respuesta en los plazos previstos en el inciso b, el solicitante puede considerar denegado su pedido”. Por lo tanto, habiendo transcurrido el plazo legal sin haber obtenido la información solicitada y tampoco haber sido comunicados de ninguna prórroga para la entrega de la información, consideramos denegado nuestro pedido.

Que el artículo 11, inciso e, señala que “En los casos señalados en los incisos c y d del presente artículo, el solicitante puede considerar denegado su pedido para los efectos de dar por agotada la vía administrativa, salvo que la solicitud haya sido cursada a un órgano sometido a superior jerarquía, en cuyo caso deberá interponer el recurso de apelación para agotarla”.

POR LO TANTO:

Solicitamos a Ud. tener por interpuesto el presente recurso de apelación, elevando los actuados a su superior jerárquico, a quien solicitamos la entrega de la información requerida.

Lima, ... de de

Firma del solicitante o la solicitante

Firma del abogado o abogada

DE VIOLACIÓN SEXUAL. GUÍAS NACIONALES
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona que acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo.

Es necesario que se detecte la VBG [violencia basada en el género] en todas las usuarias de los servicios de salud reproductiva.

1. LINEAMIENTOS GENERALES

- Las intervenciones para detectar las situaciones de violencia se deben llevar a cabo en una atmósfera privada y exclusiva para la usuaria. Si

ella concurre acompañada, buscar la mejor oportunidad para hacer preguntas específicas o pedir educadamente al/la acompañante que permanezca fuera del ambiente de consulta.

- Es indispensable que todo lo expresado por la usuaria y todas las verificaciones hechas durante el examen clínico tengan registro médico.
- La usuaria puede mostrar preferencia de hablar con profesionales mujeres, en cuyo caso se debe respetar su decisión.
- El personal que presta servicios de salud reproductiva debe tener en cuenta lo siguiente:
 - a) La VBG ocurre en todos los niveles de la sociedad;
 - b) No hay un perfil específico para las mujeres maltratadas ni para los agresores;
 - c) No hay ninguna justificación para la violencia;
 - d) La violencia es responsabilidad del agresor y no de la agredida;
 - e) La alta prevalencia de la VBG y sus consecuencias negativas son razones suficientes para la identificación rutinaria de casos;
 - f) La mayoría de las mujeres en situación de violencia, especialmente violencia doméstica, no la notifican espontáneamente.

2. CÓMO LLEGAN LAS USUARIAS A LOS SERVICIOS

1. Para la identificación de los casos se debe tener en cuenta que las usuarias pueden concurrir por diversas causas a los servicios de consulta externa o al servicio de emergencia.
2. Las usuarias pueden ser referidas de otras instituciones, en cuyo caso el motivo de la consulta va a ser el tema de la VBG. Habrá que prestarles de inmediato el servicio especializado del manejo del caso.
3. Las usuarias pueden acudir por demanda espontánea notificando una situación de violencia. La concurrencia puede ser al servicio de emergencia o de consulta externa, en cuyo caso habrá que prestar servicio especializado de manejo del caso.
4. Las usuarias pueden acudir, generalmente, al consultorio externo, sin quejas relacionadas con la VBG. En este caso será necesario explorar con preguntas claves al final de la etapa de toma de antecedentes clínicos o durante la realización del examen clínico. El examen debe ser completo antes de tipificar el caso y de administrar medidas de tratamiento.

3. IDENTIFICACIÓN DEL CASO EN CONSULTORIO O EN EMERGENCIA

- Salude respetuosamente a la persona y llámela como ella desee. Identifíquese.
- Asegure privacidad durante la atención.
- Muestre agrado por que la persona fue a consulta y mantenga una actitud respetuosa.
- Pregunte el motivo de la consulta y haga una anamnesis.
- Haga preguntas sobre el contexto familiar y sociodemográfico.
- Concentre la atención en la persona y permítale expresarse sin interrupciones.
- No critique, ni regañe, ni desautorice a la persona, no haga gestos, ni juicio de valor sobre lo que ella expresa.
- Pregunte cómo la afecta el problema o necesidad que la trae a consulta, utilizando un lenguaje fácil de entender. Igualmente use lenguaje no verbal amable.
- No permita que haya dominio de ninguna de las partes y demuestre interés/compromiso de ayudarla a resolver el problema o necesidad.
- En el caso que la usuaria no manifieste espontáneamente una situación de violencia:
 - a) Observe el comportamiento, si es nerviosa, llora sin causa aparente, está ansiosa o a la defensiva;
 - b) Observe si da información vaga que no corresponde con la lesión percibida;
 - c) De estar presente el marido, observe si él es quien contesta las preguntas o la sobreprotege;
 - d) Observe cuidadosamente si existen lesiones físicas y descríbalas;
 - e) Revise todo el cuerpo durante el examen y describa claramente las lesiones;
 - f) Revise la historia clínica en búsqueda de síntomas recurrentes como cefalea, desórdenes del sueño y del apetito, fatiga, mareos, palpitaciones, infecciones ginecológicas y del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, dolor pélvico crónico, asma, gastritis, hipertensión que no se controla fácilmente;
 - g) Pregunte sobre el estado de salud en función de lo encontrado en la historia clínica. A estas alturas puede preguntar lo siguiente:

- Hable de situaciones de violencia sucedidas a terceras personas, observe y pida comentarios.
- Puede decirle que la violencia y las agresiones, desafortunadamente, son muy frecuentes en la vida de las mujeres y que por esta razón se hacen algunas preguntas a todas las usuarias del servicio.
- A continuación puede preguntar:
 - a) ¿Se sintió alguna vez maltratada emocional o psicológicamente por su compañero u otra persona importante para Ud.; por ejemplo, recibió insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos importantes para Ud., amenazas, aislamiento, maldiciones, ridiculización? Si la respuesta es positiva, preguntar quién fue el agresor, desde cuándo la ofende y cuándo ha sido la última vez.
 - b) ¿Ha sido agredida físicamente alguna vez por su compañero o alguien cercano a Ud.? Por ejemplo: empujones, golpes, puñetazos, cachetadas o fue golpeada con algún objeto, ha recibido quemaduras o amenazas con arma? Si la respuesta es positiva, preguntar por el agresor, desde cuándo la maltrata y cuándo ha sido la última vez.
 - c) ¿Se ha sentido alguna vez forzada a tener contacto o relaciones sexuales? Si la respuesta es positiva, pregunte por el agresor, desde cuándo la violenta y cuándo ha sido la última vez.
- Ante el diagnóstico positivo de VBG, muestre preocupación por ayudar a la mujer a resolver el problema, deje que ella hable y muestre sus sentimientos. Mencione que el uso de la violencia no es normal y que nadie merece ser maltratada/o por ningún motivo.

4. HAGA EL TRATAMIENTO DEL CASO

1. En el caso que la pesquisa sea negativa y no hay síntomas ni señales sospechosas, proceda a dar el tratamiento de rutina según sea el motivo de consulta.
 1. [sic: 2] En el caso que la pesquisa sea negativa pero hay síntomas o señales de sospecha de VBG, como son: lesiones notificadas como accidentales, lesiones múltiples en diferentes etapas de cicatrización, retraso entre la ocurrencia de la lesión y fecha de la consulta, ante-

cedentes de depresión, uso de sedantes, perturbaciones del apetito, consumo de alcohol o drogas, intento de suicidio, dolores crónicos sin motivos claros, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias a repetición, leucorrea repetida, gastritis, colitis, asma, disfunciones sexuales (anorgasmia, vaginismo, dispareunia), visitas múltiples al médico por ansiedad o síntomas de depresión, el compañero es agresivo, alarmado o se niega a dejarla sola, compañero con lesiones en las manos, brazos o cara, lesiones durante el embarazo sobre todo en mamas y abdomen, ofrézcale la posibilidad de discutir el asunto en otra ocasión.

1. [sic: 3] En el caso de un diagnóstico positivo de VBG, siga la siguiente ruta crítica:

- a) Propicie un diálogo que permita hacer saber que cualquier decisión que tome será apoyada por el/la proveedor/a y que respetará su autonomía.
- b) Dé mensajes positivos, como: “Nosotros/as nos preocupamos por su bienestar”, “Ud. no está sola, por eso buscamos apoyarla”, “La situación no es fácil y a veces toma tiempo resolverla, pero nosotros/as podemos ayudarla”.
- c) Déle apoyo emocional y levante su autoestima.
- d) Haga consejería y evalúe el riesgo en el que se encuentra ella y sus hijos/as. Identifique la necesidad de apoyo legal o psicológico.
- e) Presente alternativas y un plan de emergencia para ella y sus hijos; pregunte lo que ella quiere hacer y menciónale la necesidad de tener un lugar donde ir ella y sus hijos/as y de disponer de algún dinero o ropa.
- f) Proporcione información sobre centros o instituciones de apoyo a las víctimas de violencia.
- g) No aliente el divorcio, la separación inmediata o la denuncia policial, deje que ella tome sus propias decisiones.
- h) De ser necesario refiérala a otro servicio (psicología, servicio social, otra especialidad médica) o a otra institución (comisaría de mujeres, médico legista, casas refugio u otras).
- i) Aliéntela a que regrese al servicio y póngala en relación con otros servicios de salud reproductiva.

5. EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES, COORDINAR

CON LA DEMUNA DE LA LOCALIDAD (DEFENSORÍA MUNICIPAL DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE)

Si no la conoce, coordine con las autoridades de la localidad o de la policía para identificar dónde se puede solicitar apoyo para completar el tratamiento.

La coordinación con las defensorías de menores o autoridades para acciones conjuntas, debe respetar las decisiones del adolescente.

6. EN CASOS DE CONSULTA POR VIOLACIÓN SEXUAL

Antes de hacer el examen físico proporcione apoyo emocional e informe lo que logrará en cada paso de la atención, así como la importancia de cada uno; respete su opinión o rechazo a cualquier procedimiento.

Haga examen físico

- El examen físico incluye examen general y ginecológico, así como la anotación rigurosa de todos los hallazgos.
- Es preferible hacer los exámenes para el diagnóstico dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión.

Identifique al agresor

Este paso es vital porque tiene importancia médico-legal. Antes de proceder a tomar muestras es necesario considerar lo siguiente:

- a) Use siempre un par de guantes para evitar alterar el material recolectado;
- b) Utilice guantes sin talco para no alterar los exámenes de laboratorio;
- c) El espéculo vaginal puede ser humedecido con agua tibia, pero no lubricante.

Para la identificación del agresor, el material puede ser obtenido:

1. De la ropa de la persona. Déjela secar al aire y guárdela en una bolsa de papel. La ropa externa debe ser separada de la ropa interior.
2. Del vello pubiano. Si hubiese secreción, recoja una muestra y guár-

dela en una bolsa de papel, déjela secar al aire y póngala en un sobre común.

3. Tome una muestra de contenido vaginal y cervical haciendo uso del espéculo. Si se trata de una niña o adolescente muy joven, la muestra deberá tomarse con hisopo de algodón. El material puede ser fijado en papel de filtro estéril, dejado secar al aire y guardado en un sobre común.

El material recogido según los puntos 1 al 3 se debe identificar con el nombre de la persona, fecha de la agresión y la fecha de la recolección. No guarde las muestras en bolsas de plástico, por la transpiración que puede ocurrir, ni en lugar húmedo por la proliferación de bacterias y la posibilidad de destruir el ADN de las células. Todas las muestras deben ser guardadas para su posible uso a nivel judicial.

4. En caso de existir microscopio investigue la presencia de espermatozoides en portaobjeto al fresco en solución salina.

Realice exámenes de laboratorio

Ofrezca los siguientes exámenes de laboratorio:

- Tipificación de la sangre.
- Serológicas para sífilis, hepatitis B y VIH.
- Prueba de embarazo.
- Muestra de secreción vaginal y cervical para investigar gonococo.

Ofrezca y administre anticoncepción oral de emergencia (AOE)

1. Informe a la usuaria sobre la posibilidad de embarazo y, si ella lo solicita, administre AOE en el caso de que no haya estado usando anticonceptivos hormonales orales, inyectable o DIU.
2. Administre la anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento.
3. Puede recomendar el método de Yuzpe o el Levonorgestrel.
4. En caso de utilizar método de Yuzpe: si se dispone de píldoras anticonceptivas orales combinadas de 50 ug de etinil-estradiol + 250 ug de levonorgestrel administre 2 comprimidos, y 12 horas después

repita 2 comprimidos. Si se dispone de píldoras anticonceptivas orales combinadas de 30 ug de etinil-estradiol + 150 ug de levonorgestrel, administre 4 comprimidos y 12 horas después repita 4 comprimidos. De presentarse vómitos hasta 1 hora después de la ingestión de píldoras, repita la dosis con el uso de un antiemético.

5. Tenga en cuenta la ocurrencia de interacción medicamentosa entre el etinil-estradiol con ciertos antirretrovirales, que llevan a una reducción de la eficacia anticonceptiva.
6. En caso que recomiende píldoras de levonorgestrel solo, administre 750 ug y 12 horas más tarde repita la misma dosis.

Proteja contra ITS

1. Para cubrir contra la gonorrea, sífilis y clamidia, en adultas y adolescentes administre: Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única (tratamiento alterno Ceftriaxona 250 mg im [intramuscular] dosis única) + penicilina benzatínica 2,4 millones de UI im en dosis única, 1,2 millones en cada nalga (tratamiento alterno Eritromicina 500 mg oral cada 6 horas por 15 días) + Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas por 7 días (tratamiento alterno Azitromicina 2 g oral dosis única). En gestantes, la Ciprofloxacina reemplazarla por Ceftriaxona 250 mg im dosis única.

En el caso de niñas y adolescentes menores de 45 kg de peso no administrar Ciprofloxacina, en su lugar dar Ceftriaxona 125 mg im en dosis única + Penicilina benzatínica dosis única im de 50,000 UI por kg de peso + Doxiciclina por 1 semana.

2. Para cubrir contra la hepatitis B:
 - En personas ya inmunizadas con esquema completo (3 dosis) no necesitan refuerzo ni uso de inmunoglobulina.
 - En el caso de personas no inmunizadas o con esquema de vacunas incompleto, deben recibir una dosis im de vacuna en el deltoides y completar el esquema posteriormente (1 y 6 meses). Estas personas deben recibir además una dosis única im de inmunoglobulina humana contra la hepatitis B 0,6 mL por kg de peso, de preferencia dentro de las primeras 48 horas de ocurrida la agresión sexual.

Haga profilaxis de HIV/sida

Informe a la usuaria sobre los riesgos de contraer la infección y los riesgos derivados de la profilaxis. Si la usuaria acepta la quimioprofilaxis, indique dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento:

- En caso de adultas y adolescentes: Zidovudina (AZT) 300 mg oral c/8 horas + Lamivudina 150 mg oral c/12 horas + Indinavir 400 mg oral c/8 horas, durante 4 semanas.
- En el caso de niñas indique: AZT 90 a 180 mg por metro cuadrado c/8 horas (máximo 600 mg por día) + Lamivudina 4 mg por kg de peso c/12 horas (máximo 150 mg c/12 horas) + Indinavir 400 mg c/8 horas si puede deglutir las cápsulas; de lo contrario administrar Nelfinavir en suspensión 30 mg por kg de peso c/8 horas (máximo 750 mg c/8 horas). El tratamiento es para 4 semanas.

Otras medidas

Proporcione protección contra el tétanos en los casos de heridas por objetos punzocortantes o en contacto con tierra.

Promover que haga la denuncia

De preferencia con ayuda del servicio social, explicándole lo que esto significa.

7. REGISTRAR EL CASO

Registre en la historia clínica:

- Antecedentes del caso.
 - Describa cuidadosamente el lugar de ocurrencia, las lesiones físicas y las emocionales.
 - El diagnóstico.
 - El agresor identificado por la persona.
 - Circunstancia, fecha y hora de la agresión.
- Además, llene la ficha epidemiológica del establecimiento así como los datos del HIS.

8. Seguimiento

Muestre agrado por haber atendido a la usuaria.

- Promueva el retorno de la persona para precisar su evolución y para determinar si ha disminuido o desaparecido la situación de violencia.
- En los casos de violencia sexual haga seguimiento de la serología para sífilis a los 30 días, para hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 90 y 180 días.

Anexo 6
CUADRO-RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CAMPO

Fechas de envío, apelación y respuesta	Acciones de atención Uso de protocolos	Dotación de antirretrovirales	Dotación de anticoncepción oral de emergencia	Hospital
Envío: 23/05 Apelación: 13/06 Respuesta: 24/06 No ha brindado	atenciones.	No responde. No.	No. Loayza.	Envío: 24/05 Respuesta: 08/06
(12 días útiles) De acuerdo con las Guías Nacionales.	ales. Sí. Sí.	Sí.	Dos de	Mayo. Envío: 20/05
Apelación: 13/06 Respuesta: 16/06 Comunicación a	unidad policial, tratamiento médico, médico legista. No.	No.	No. Casimiro	Ulloa. Envío: 24/05
Apelación: 13/06 Respuesta: 27/06 Atención médica, política nacional y	fiscalía. No. No.	No.	Emergencias Pediátricas.	Envío: 24/05 Apelación: 15/06
Respuesta: 21/06 Atención no por emergencia sino	por Departamento de Salud Mental. No.	No.	Hermilio	Valdizán.

Fechas de envío, apelación y respuesta	Acciones de atención Uso de protocolos	Dotación de antirretrovirales	Dotación de materiales	de anticoncepción oral de emergencia
Envío: 23/05 Apelación: 13/06 Respuesta: 17/06 Curso de capacitación	tación a profesionales. Atención en emergencia, coordina con fiscalía y asistenta social. No.	No.	No. San Bar-	Envío: 20/05 Respuesta: 30/05
De acuerdo con las Guías pero de	manera parcial. Sí. No.	No.	San José.	Envío: 30/05 Respuesta: 30/05
Apelación: 14/06 (11 días) Respuesta: 27/06 (20 días) Se niegan a dar respuesta.	Informa que no atiende. No.	Sí.	No responde.	re. Envío: 18/05
Apelación: 14/06 Respuesta: 05/07 (16 días) Ayuda psicológica,	consejería sobre planificación familiar y prevención de embarazo no deseado, ETS/sida, se indica antibióticos, AOE y antirretrovirales. No.	No.	Sí, pero esperan	control de calidad de DIGEMID. Se emplea Yúzpe. Hospital de Apoyo



Fechas de envío, apelación y respuesta	Acciones de atención Uso de protocolos	Dotación de antirretrovirales	Dotación de anticoncepción oral de emergencia	Dotación de anticoncepción oral de emergencia	Dotación de anticoncepción oral de emergencia
Envío: 16/06 Respuesta: 17/06	No atiende casos por servicio de emergencia. No.	No.	No. Hospital	Belén de Hospital	Trujillo. Envío: 17/06/
Respuesta: 27/06 De acuerdo con	las Guías Nacionales. Sí. No responde.	No.	Hospital Regional	Docente de Trujillo.	Envío: 23/05 Apelación: 20/06 Respuesta: 20/07
No responden. Hacen llamada, solicitan formal-	mente copia de DNI. Brindan atención de emergencia. Sí. No.	No.	Hospital Hipólito	Unanue.	Envío: 21/06 Respuesta: 23/08
(45 días) No atienden casos por emergencia.	Se brinda atención social. Sí. No.	Sí.	Hospital de	Apoyo de	Chepén. Envío: 25/05 Apelación: 17/06
Respuesta: 23/08 (47 días) No respondió. Se corrige el daño	en sala de operaciones. Se envía a PROCETTS para análisis. Se recomienda denunciar el caso. No.	No. No.	Sergio	Bernales, Lima.	

Fechas de envío, apelación y respuesta	Acciones de atención Uso de protocolos	Dotación de antirretroviral	rates Dotación	de anticoncepción oral de emergencia
Envío: 20/05 Respuesta: 24/08 (68 días)	Se realiza la atención en el servicio de emergencia de acuerdo con los protocolos pero el tratamiento no es gratuito.	Sí.	No. No.	Hospital Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca. SOLICITUDES SIN
RESPUESTA				
Envío: 18/05 Apelación: 14/06 Respuesta: 15/06	Responden no estar autorizados para brindar información, necesitan permiso del MINSA o de DJSA II Lima Sur. Apelación. No respondió.	No respondió.	No respondió.	Infantil Juan Pablo II VES. Envío: 23/05
Apelación: 17/06 No respondió. No respondió. No respondió. No respondió. Hermilio Valdizán	No respondió. Santa Rosa. Envío: 31/05 de Huánuco.	No respondió. Apelación: 04/07	Cayetano Heredia. No respondió.	Envío: 23/05 No respondió. No respondió. No respondió.



Fechas de envío, apelación y re-	puesta	Acciones de atención	Uso de protocolos	Dotación de antirretrovirales	anticoncepción oral
Dotación de					
Envío: 17/06	No respondió.	No respondió.	No respondió.	No respondió.	Elpidio Berovides de Otuzco.
Envío: 26/06 No respondió.	No respondió.	Santiago de Chuco.	No respondió.	No respondió.	Envío: 26/06 No respondió.
No respondió.	Tomás Laifora de Guadalupe.	Envío: 24/06	No respondió.	No respondió.	No respondió.
Regional de Aya-	cucho.		No respon-	No respon-	
			dió.	dió.	
Envío: 30/06	No respondió.	No respon-	No respon-	No respon-	Departamental de Huacavelica.
		dió.	dió.	dió.	
Envío: 20/05 No respondió.	No respondió.	Miguel Nuñez	No respon-	No respon-	Butrón de Puno. Fecha de envío
			dió.	dió.	
ilegible No respondió.	No respondió. Apoyo de Ilave,	Puno. Envío:	No respon-	No respon-	27/05 No respondió.
		Envío:	dió.	dió.	
No respondió.	Apoyo de Azángaro, Puno.	Envío: 27/05	No respon-	No respon-	No respondió.
			dió.	dió.	
Apoyo de Juli.			No respon-	No respon-	No respondió.
			dió.	dió.	