



**Normas, Protocolos
y Procedimientos para
la Atención Integral
de la Violencia Sexual**

*Fiscalía General
de la República
IDIF*

**Normas, Protocolos
y Procedimientos para
la Atención Integral
de la Violencia Sexual**

Instituto de Investigaciones Forenses

NORMAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS
PARA LA ATENCION INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL
COMPONENTE INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

ELABORADO POR IPAS • BOLIVIA Y LA FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA
COORDINACION TECNICA: DIRECCION GENERAL DE GENERO • AREA SOCIAL
ASISTENCIA TECNICA: FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA
LA PAZ, 2005

AGRADECIMIENTO

A TODAS LAS AUTORIDADES, TÉCNICOS Y PERSONAL DE APOYO DE DIFERENTES INSTITUCIONES
Y ORGANIZACIONES, QUE COLABORARON EN LA ELABORACIÓN Y LA VALIDACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

CON EL APOYO TECNICO DE IPAS Y UNFPA, Y EL APOYO FINANCIERO
DE LA COOPERACIÓN SUECA EN BOLIVIA (ASDI), DE LA EMBAJADA REAL DE DINAMARCA,
Y DEL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA),
EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO E INSTITUCIONALIZACIÓN
DEL MODELO TRANSECTORIAL DE ATENCIÓN A LAS Y LOS ADOLESCENTES

Diseño gráfico y diagramación
Susana Machicao Pacheco
esemepe@pobox.com

Foto portada
Víctor Hugo Ordoñez

INDICE	3
PRESENTACION	4
INTRODUCCION	8
MARCO TEORICO	11
MARCO NORMATIVO	21
SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMACION EN VIOLENCIA	26
PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	30

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

1. INTRODUCCION	32
2. NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES	33
3. PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN FORENSE	36
4. ATENCION CLINICA	44
5. EXAMEN DEL SUPUESTO VICTIMADO DE VIOLENCIA SEXUAL	49
6. CONSECUENCIAS LEGALES	49
7. SECUELAS DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL	52
8. USO DE ADN EN LA INVESTIGACION DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL	56
9. DOCUMENTOS MEDICOS LEGALES	62
10. INFORME PSICOLOGICO FORENSE	71

GLOSARIO	74
BIBLIOGRAFIA	94



MINISTERIO PUBLICO DE LA NACION
FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA
SUCRE • BOLIVIA

Que la Fiscalía General de la República, con la decisión de proceder a la Institucionalización del Ministerio Público, ya tiene aprobado sus reglamentos a que refiere la Resolución N° 022/2004 de fecha 28 de julio de 2004, entre ellos el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Instituto de Investigaciones Forenses.

Que el Instituto de Investigaciones Forenses, es un órgano dependiente, Administrativa y Financiera de la Fiscalía General de la República, que actúa como autonomía funcional en el cumplimiento de sus tareas científico técnicas.

Que a la creación del IDIF se tiene dispuesto que el Fiscal General de la República, aprobara el Reglamento de Organización y su funcionamiento dictado cuantas instrucciones y manuales resulten necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

Que el Instituto de Investigaciones Forenses, constituye a la instancia encargada de realizar todos los estudios científicos técnicos para la investigación de los delitos o la comprobación de otros hechos por orden judicial, como apoyo a la función del Ministerio Público de promover la acción de la justicia, defender la legalidad y los intereses del Estado y la sociedad, conforme a la Constitución Política del Estado y las leyes de la República.

Que la solicitud del Instituto de Investigaciones Forenses, para emitir una Resolución expresa de aprobación de las Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual, que sirve de base para sus actuaciones, han sido objeto de estudio por parte de Asesoría General con cuyo resultado se ha visto conveniente aprobarla mediante la resolución.

Que la disposición Fina Segunda de la Ley Orgánica del Ministerio Público, concordante con el Art. 4 del reglamento de Organización y Funcionamiento del Instituto de Investigaciones Forenses, determinan, que el Ministerio Público deberá dictar y aprobar los Reglamentos Manuales necesarios del órgano requerente.

El Fiscal General de la República, en usos de sus atribuciones conferidas por Ley.

RESUELVE

PRIMERO.- APROBAR las Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual, presentado por el Instituto de Investigaciones Forenses y el Viceministerio de la Mujer.

SEGUNDO.- Las presene Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual, entrará en vigencia a partir del día miércoles 14 de octubre del presente año dos mil cinco.

Es dada en la Fiscalía General de la República a los 14 días del mes de octubre de dos mil cinco.

Dr. Pedro Gareca Perales
FISCAL GENERAL DE LA REPUBLICA

Presentación

La violencia sexual es producto de una construcción social basada en estructuras jerárquicas que rigen el conjunto de relaciones en la sociedad, siendo la expresión más clara del ejercicio de poder que afecta especialmente a mujeres, adolescentes, niñas y niños, donde se entrelazan la dominación física y el control del cuerpo sobre la sexualidad basada en el género, sin distinción de clase, etnia ni religión.

Este documento normas, protocolos y procedimientos de atención integral a la violencia sexual, está dirigido a aquellos actos que engloban desde conductas aparentemente insignificantes, hasta diversas prácticas sexuales impuestas y una amplia gama de actos humillantes y dañinos que llegan a proporciones epidémicas cada vez más alarmantes.

A pesar de los instrumentos y andamiajes que se intentan desarrollar, todos fallan en sus estrategias nacionales para prevenir la violencia y para poner esta temática en el marco del respeto por los derechos humanos, somos conscientes de que la violencia contra las mujeres es un tema emocionalmente muy fuerte y que genera sentimientos encontrados. Sin embargo es una problemática que no divide ideológicamente, pues la formación de conciencia ciudadana requiere necesariamente la visualización del problema, no como cuestión “de las mujeres”

sino como un problema social, y comenzar de esta manera a develar la compleja trama de las relaciones de poder entre varones y mujeres.

Ha llegado la hora de construir el reconocimiento nacional de los derechos de las mujeres adultas, adolescentes y niñas como derechos humanos, y particularmente de que la violencia contra las mujeres es una violación de esos derechos; es así que el Viceministerio de la Mujer y la Fiscalía General de la República, de manera amplia y coordinada en esta ocasión, propone a todos los médicos forenses elementos para que los estudios técnicos a realizar en la investigación de delitos sexuales, tengan como premisa fundamental proteger el derecho de la víctima en el marco de los derechos humanos con especial atención en los derechos sexuales y reproductivos, brindando seguridad a mujeres adolescentes y adultas a fin de evitar mayores consecuencias provenientes de la agresión sexual; exhortándoles a tomar en cuenta que se deben atender las heridas del cuerpo así como atenuar las lesiones del alma.

Teresa Canaviri Sirpa
VICEMINISTRA DE LA MUJER

Pedro Gareca Perales
FISCAL GENERAL DE LA REPÚBLICA

I. Introducción

La violencia sexual se define como al acto que con fines lascivos comete una persona contra otra, para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento con o sin fines de cópula, valiéndose de una posición jerárquica de cualquier tipo que subordina a la víctima y permite su sometimiento por fuerza física o moral; incluye el acoso o la ejecución de cualquier acto sexual aún con el consentimiento si se trata de una persona menor de 18 años o que no tenga toda la capacidad para comprender el significado del hecho o que por cualquier otra causa no pueda resistirlo.

Las víctimas pueden ser personas de todas las edades, grupos étnicos, condiciones culturales, diversas orientaciones sexuales, ocupaciones y recursos económicos. Estudios recientes muestran que la mayoría de las víctimas están comprendidas entre los 12 a 25 años y que las adolescentes tienen cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de alguna de las formas de violencia sexual.

La violación y otras formas de violencia sexual se producen mayormente dentro de los hogares de las víctimas o en lugares que ellas consideran seguros, como en el interior de las instituciones, también se dan en espacios públicos. Una característica común es que este delito se comete sin la presencia de testigos, por ello es tan difícil demostrarlo en el ámbito judicial que da preponderancia a las pruebas testificales. En casos de violación a adolescentes y menores, lo más frecuente es que el perpetrador sea una persona conocida y que merece la confianza de la víctima y en por lo menos la mitad de los casos son miembros del grupo o entorno familiar.

La construcción social ha creado un manto de protección y silencio hacia los delitos sexuales. La indulgencia social sumada a otras percepciones relacionadas con la cultura de la violencia, la jerarquización social, las desigualdades de género, la subordinación hacia los adultos y la desconfianza hacia la justicia hace que las víctimas guarden silencio, a veces durante toda la vida. También es frecuente que familiares cercanos promuevan el silencio para protegerse del entorno social, lo que hace que la mayoría de los casos quede en la impunidad, el anonimato y la invisibilidad.

Las consecuencias de la violencia sexual, especialmente en víctimas adolescentes, son de un impacto trascendental tanto en la salud física como mental, sin dejar de lado las consecuencias sociales. La OPS/OMS ha calculado que la violencia

sexual provoca una pérdida de nueve años de vida saludable, genera traumas emocionales que requieren intervenciones sostenidas para ser superados, la sexualidad se ve afectada para el desarrollo de vidas plenas, la pérdida de confianza como consecuencia de la violencia sexual genera personas afectivamente inestables con conductas sexuales inseguras, riesgo de ingresar al circuito de la prostitución, el consumo de alcohol y estupefacientes; la baja autoestima como consecuencia de este delito condiciona a las personas a aceptar ser tratadas como objetos sin ejercicio de derechos y puede derivar en intentos de suicidio o en suicidio, además de generar enfermedades sistémicas.

Las consecuencias inmediatas que pueden ser resueltas rápida y eficientemente por los servicios de salud son el embarazo producto de violación y la prevención de ITS y VIH/SIDA.

Estas Normas y Protocolos se encuentran en el marco del Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004-2007 formulado por el Viceministerio de la Mujer que, según Decreto Supremo N° 27732 de 15 de septiembre de 2004, es la entidad responsable de formular políticas, reglamentos y instructivos para fortalecer los mecanismos de prevención, atención, recuperación, protección y sanción de la violencia intrafamiliar, incluida la violencia sexual en razón de género.

1. LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

El alcance e impacto de la violencia sexual hace imperioso que las diferentes disciplinas de todos los servicios de atención del Estado y sociedad civil trabajen de manera integral y coordinada. Por ello se presenta a los y las prestadores/as de servicios este documento de normas y protocolos de atención que incluye:

Un marco teórico que describe las consecuencias de estas conductas delictivas y tipifica la violencia sexual como una flagrante violación a los derechos humanos y un problema de justicia social y de salud pública que compromete a todos y todas a enfrentarla y minimizar sus consecuencias mediante acciones inmediatas y efectivas.

Un marco normativo que detalla los procesos de los eventos internacionales que han diseñado compromisos respaldados por Bolivia mediante su participación activa y la firma de pactos y protocolos, en muchos casos, elevados a rango de Ley. También expone las leyes nacionales pertinentes, especialmente Contra la Violencia Intrafamiliar o Doméstica y de Delitos Contra la Libertad Sexual, los Códigos Penal y de Nuevo Procedimiento Penal, así como el Código Niña, Niño y Adolescente y las políticas diseñadas por los diferentes ministerios. Todos estos instrumentos se constituyen en el marco jurídico en el que las y los prestadores/as tienen claramente señalados sus derechos y obligaciones.

El capítulo central del documento contiene las normas y procedimientos para cada sector (salud, operadores de justicia, apoyo psicosocial y participación social), normando claramente lo que cada servicio debe realizar en la atención integral a las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual.

Describe las normas para el registro integral de la violencia, imprescindible para contar con información estadística que permita el diseño, la retroalimentación y el ajuste de políticas, planes y programas de prevención, detección y atención a la violencia a niveles municipal, departamental y nacional.

Además detalla los procesos que deben seguirse para la construcción y funcionamiento de redes de servicios y redes sociales de prevención, detección y atención a la violencia sexual.

Este es un instrumento de aplicación obligatoria para los/as prestadores/as de servicios, que deben seguir sus instructivas para la lucha efectiva contra este delito que daña profundamente a la sociedad, y especialmente para brindar atención adecuada y oportuna a las mujeres, adolescentes y jóvenes víctimas de la violencia sexual.

II. Marco Teórico

La violencia sexual y de género, es un fenómeno complejo que tiene carácter estructural y forma parte de la organización jerárquica de la sociedad con implicaciones individuales y familiares que afectan a la sociedad en su conjunto. La violencia sexual es una amenaza para las mujeres de todas las edades y condiciones sociales, pero principalmente para adolescentes y jóvenes, provoca vergüenza y humillación en la víctima y es justificada y naturalizada por una sociedad que considera a la mujer como un ser inferior. Esta construcción social puede ser erradicada de la misma manera en que fue construida, atacando las causas que la sustentan actualmente.

Para muchos, la violencia es una forma aceptable de establecer poder y de resolver conflictos. En el caso de la violencia sexual es una forma de establecer poder y de resolver el conflicto interno que muchos hombres tienen respecto a su identidad dentro de su espacio cultural.

La cultura es un instrumento poderoso que modela la personalidad de hombres y mujeres, influyendo en su manera de razonar, en las representaciones sociales, en la escala de valores o principios, prejuicios, mitos, costumbres, creencias, tradiciones e ideas que comparte una determinada sociedad y que operan como parámetros de conducta (FERREIRA, G, 1994). Al estar ratificadas por el consenso social estas costumbres adquieren fuerza de derecho.

En este proceso cultural los hombres y mujeres asumen de manera diferenciada las costumbres, que son reflejo o expresión de la cultura dominante androcéntrica.

Estas costumbres, al ser acciones repetidas y aceptadas cotidianamente, hacen pensar que las relaciones sociales existentes son "naturales" y, por tanto, no deben ser cuestionadas. Así, se van reproduciendo de generación en generación.

Es importante puntualizar que dentro de las culturas también se establecen subculturas que se encuentran complejamente jerarquizadas hacia su interior, especialmente con subordinaciones de clase, edad, cultura, etnia y sobre todo género.

Así se establece una pirámide de jerarquías en la que cada estrato jerárquico se divide en dos franjas horizontales que ubica a las mujeres en la franja inferior, esto aún de los avances de género de las últimas décadas que han impactado notoriamente en sectores medios, pero que no han logrado cambiar las formas de subordinación por razón de género que aún rigen en el conjunto de la sociedad.

Especial interés merece el grupo adolescente que, como indica la OPS, se encuentra en una etapa de transición entre la niñez y la juventud, que conlleva una serie de cambios biológicos y corporales que implican, inicialmente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) y el pleno desarrollo de la capacidad reproductiva; así como notorias transformaciones psicológicas y sociales marcadas por el abandono del cuerpo y la identidad de la infancia, la necesidad de la separación de los padres y madres (o las figuras similares), el inicio de las relaciones sexuales y un proyecto de vida propios que preparan para la juventud y la vida adulta (BILLINGS, et. al, 2004).

Hay que tener en cuenta que las culturas y subculturas son una permanente fuente de la diversidad en una dialéctica inagotable que transforma a la sociedad cotidianamente.

Esto significa que la adolescencia y la vida de las mujeres también se transforma y no es uniforme sino que varía en función de los diferentes contextos de la sociedad.

Hay distintas maneras de ser adolescente en medio de la heterogeneidad económica, social y cultural. La adolescencia es un significativo complejo que contiene múltiples modalidades que llevan a procesar socialmente la condición de edad, tomando en cuenta la diferenciación social, la inserción en la familia y en otras instituciones, el género, el barrio o la cultura grupal.

Para unos, ser adolescente significa prepararse para la juventud, para otros, es un tiempo de cambios biológicos. La adolescencia en las áreas rurales conlleva la responsabilidad de asumir tempranamente tareas del trabajo agrícola, migrar a las ciudades y hacerse cargo por sí mismo de la manutención económica.

En algunas regiones del país, también es frecuente formar un hogar y comenzar a tener hijos durante el curso de la adolescencia. Las clases medias y los grupos urbanos se caracterizan por adolescencias largas que asumen roles centrados en el estudio postergando la asunción plena de responsabilidades económicas o familiares.

Muchos adolescentes de clases populares se ven lanzados a la búsqueda de mejores opciones para el futuro o, en otros casos, gozan de abundante tiempo disponible en virtud de la falta de trabajo. En algunos casos, ese tiempo disponible suele dar lugar a formas de protesta que se manifiestan en organizaciones juveniles agresivas (pandillas) y en la construcción de subculturas tribales que ponen sus propias normas de convivencia.

Si bien hasta mediados del siglo XX la adolescencia estaba rígidamente normada por el mundo adulto, los cambios sociales, económicos, educativos, las revoluciones sociales de las décadas de los 60 y 70 y, sobre todo, los procesos de inclusión de las mujeres en la sociedad como sujetas de derechos, la han transformado.

Los y las jóvenes contemporáneos exigen mayor participación ciudadana, asumen conductas contestatarias al mundo autoritario adulto y sobre todo son grandes consumidores de los medios de comunicación.

El ámbito de la sexualidad ha sido uno de los que más se ha transformado en las últimas décadas, se ha pasado del rígido control paterno a un mayor ejercicio de la sexualidad de manera autónoma.

El desarrollo de la tecnología en el campo de la salud reproductiva ha avanzado ostensiblemente permitiendo el ejercicio de la sexualidad sin las trabas que representaba el riesgo de un embarazo. Sin embargo los beneficios de este desarrollo social y tecnológico sólo están al alcance de los grupos sociales altos y medios, quedando el resto, por un lado, sin acceso efectivo a estos beneficios y, por el otro, expuesto a nuevas formas de vivir la vida reproducidas por los medios de comunicación y las transformaciones sociales.

La Declaración de la Conferencia de Beijing resalta en su párrafo 93 que "Las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento; sin embargo, a menudo carecen de ese acceso. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas. La maternidad temprana sigue siendo un obstáculo para el proceso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo" (ONU, 1995).

La violencia, especialmente la sexual, al igual que la diseminación de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, la prostitución y el aborto, son consecuencia de la forma de vida de muchos hombres y que se manifiestan en las mujeres que se cruzan en su camino.

Con esto queremos dejar claro, como las estadísticas lo demuestran, que la violencia sexual está condicionada por la construcción social de identidades masculinas machistas (que consideran a las mujeres inferiores); misógenas (que consideran a las mujeres como amenaza y les temen por lo tanto destruyen); canallas (que viven abusando y haciendo sufrir a las mujeres que aman o que los aman); donjuanes (que viven seduciendo y abandonando mujeres); reposantes (que creen que son grandes guerreros y la única guerra que mantienen son con las mujeres y las/os niñas/os); chulos (que viven de la actividad económica de su compañera, antes sólo se identificaba con la prostitución, la mayoría de ellos son violentos); coprolálicos (que explican todo por factores sexuales con un concepto sucio de la sexualidad, suelen tener mucho miedo a las mujeres y creen que todas ellas buscan sexo) (MARQUES, J, 1991).

Puntualizando, es importante aclarar que la violencia no es una conducta instintiva, sino aprendida, especialmente en los años tempranos de la vida. Este aprendizaje se realiza en primera instancia en el hogar, si este es violento, luego en la escuela y posteriormente en la comunidad. Por tanto, es importante tomar en cuenta que si la violencia es aprendida, se puede desaprender.

Muchos hombres actúan cotidianamente con violencia y la mayoría de ellos no sabe por qué, muchos ni siquiera se preguntan o preocupan por estas conductas. Una de las razones está en el subconsciente masculino y cómo se expresa, ya que "la violencia es ciega pero no es tonta", es decir que ningún agresor, excepto por desafíos relacionados con la competitividad, ejerce violencia sobre alguien que pueda responder la ofensa; por ello las personas violentas se ensañan contra personas que no tienen capacidad de responder con efectividad, ya sea por su condición de género, edad, clase, etnia o discapacidad, mujeres, niñas y niños, personas pobres o indígenas. Las más vulnerables son las mujeres y en especial las adolescentes, entre las que se registran los índices más altos de abuso sexual.

Es importante mencionar que la educación masculina busca la negación o el control de las manifestaciones afectivas espontáneas y naturales, mediante la prohibición del llanto como expresión de dolor, frustración y pena. Esto se ha venido a llamar "la castración inicial de la masculinidad", la cual se constituye en un acto de violencia, que es introyectada a temprana edad con resultados funestos a lo largo de la vida de muchos hombres y mujeres y lleva a muchos hombres a expresar sus frustraciones, dolores y penas mediante actos de violencia. Por otra parte, también hay un inconsciente colectivo que protege este tipo de conductas, es como si el haber nacido hombre implicaría permisividad para el ejercicio de actitudes violentas, especialmente contra las mujeres.

Ahondando en las conductas violentas, especialmente masculinas, Michael Kaufman muestra que la violencia masculina está compuesta por tres manifestaciones diferenciadas, paralelas y complementarias, denominada tríada de la violencia (KAUFMAN, M: 1989):

Ejercicio de violencia sobre las mujeres y otros vulnerables.
Ejercicio de violencia sobre otros hombres.
Ejercicio de violencia sobre sí mismo.

Esta tríada de la violencia se basa en una mística que se expresa en: no debes tener afectos, y si los tienes, no los demuestras. Este es el motivo por el que la mayoría de los hombres escapa a lo emotivo y al amor, otorgándoles contenidos sexuales genitalizados.

Por otra parte la tríada de la violencia está institucionalizada en las distintas esferas de la vida pública y privada. Con todas estas opciones de ejercicio de violencia, ésta se ejerce tanto en microespacios como en macroespacios. De todas las formas de violencia, la ejercida sobre las mujeres es la más aceptada y hasta protegida y la violencia sexual es la que recibe mayor complicidad, a no ser que derive en muerte o afecte a un/a menor de edad.

1. TIPOS DE VIOLENCIA

Kaufman acertadamente considera que "El acto de violencia son muchas cosas a la vez. Es el hombre individual ejerciendo poder en relaciones sexuales y, al mismo tiempo, la violencia de una sociedad jerárquica, autoritaria, sexista, clasista, militarista, racista, impersonal e insensata proyectada a través de un hombre individual hacia una mujer individual. En suma, estos actos de violencia son una especie de expresión ritual de las relaciones de poder: dominante-dominado, poderoso-impotente, activo-pasivo, masculino-femenino".

Si bien esta es una reflexión sobre la violencia desde el campo social, la violencia ha sido también analizada y tipificada desde el campo del derecho y así es consignada en los códigos y leyes:

Ley 2033 de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual

Violación, que indica el uso de la violencia física o la intimidación con acceso carnal anal o vaginal incluso con objetos.
Violación de niño, niña o adolescente, que define lo mismo que el anterior pero a menor de 14 años, aumenta la pena.
Violación en estado de inconsciencia, si el hecho se produce poniendo a la víctima en estado de inconsciencia aumenta la pena.
Estupro, acceso carnal mediante seducción a persona entre los 14 y 18 años

Violación agravada, si se produce grave trauma psicológico. Si el autor es familiar, si es educador, custodio o jefe. Si interviene más de una persona. Si se usaron armas mortales. Si además hubo condiciones vejatorias o degradantes. Si la víctima muere se tipifica como asesinato.

Abuso deshonesto, si se producen los actos sin acceso carnal la pena es menor, excepto en caso de que la víctima sea menor de 14 años.

Corrupción de menores, quién corrompiera, o ayude a hacerlo, a persona menor de 18 años.

Corrupción agravada, si la víctima es menor de 14 años. Si es con propósitos de lucro. Si se realiza con engaño, violencia, intimidación o coerción. Si la víctima tiene enfermedad mental o deficiencia psíquica. Si el autor es familiar, educador o custodio.

Corrupción de mayores, tiene las mismas características anteriores sólo que en personas mayores, la pena es menor.

Proxenetismo, quien usando cualquier método o situación socioeconómica de la víctima la pone al servicio de la satisfacción de deseos ajenos con ánimo de lucro o ayuda a hacerlo y la obliga a permanecer en el ejercicio. La pena se agrava si la víctima es menor de 18 años, si el autor es familiar, tutor o custodio. Se agrava aun más si la víctima es menor de 14 años o si tiene deficiencia mental.

Tráfico de personas, es la entrada y salida o el traslado dentro del mismo país de personas para el ejercicio de la prostitución, se agrava en personas menores de 18 años, se aumenta la agravante en personas menores de 14 años.

Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica

Violencia en la Familia, es la agresión física, psicológica o sexual cometida por el cónyuge o conviviente, ascendientes o descendientes, hermanos, parientes civiles o afines, tutores, curadores o custodios.

Violencia Doméstica, agresiones cometidas entre ex - cónyuges, ex - convivientes, personas que hubieran procreado hijos en común aún sin haber convivido.

Formas de Violencia: Violencia Física, conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecta a la integridad física. Violencia psicológica, conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo. Violencia Sexual, conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.

Ley 2026 Código del Niño, Niña y Adolescente

Maltrato, es todo acto de violencia ejercido por padres, responsables, terceros y/o instituciones, mediante abuso, acción, omisión o supresión, en forma habitual u ocasional, que atente contra los derechos reconocidos a niños, niñas y adoles-

centes por esta Código y otras leyes; violencia que les ocasione daños o perjuicios en su salud física, mental o emocional. Los casos de maltrato que constituyan delito, pasarán a conocimiento de la justicia ordinaria conforme a ley.

Circunstancias, se considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando se le causa daño físico, psíquico, mental o moral, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas. Se lo emplea en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o salud.

2. POBLACIONES MÁS AFECTADAS

En Bolivia, la violencia sexual está invisibilizada, en la mayoría de los casos está mimetizada entre la cifras de la violencia física, que siempre son las más abundantes al hablar de la violencia basada en género (SAUMA,L, 2002 / Ipas, 2002).

SERVICIOS	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	% DE VIOLENCIA SEXUAL
Servicios Policiales Integrales (5 ciudades)	4.585	10.84
Brigada de Protección a la Familia (5 ciudades)	11.774	0.25
Policía Técnica Judicial / División Menores y Familia (7 ciudades)	602	65.12 violencia sexual 3.49 violencia sexual en niños varones
Policía Técnica Judicial / División Personas (5 ciudades)	2.052	6.53
ONG's que brindan servicios (6 ciudades)	11.852	22.57 violencia sexual 21.31 violencia física, psicológica y sexual

Datos actualizados por el Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género (VILLEGAS, S, 2004) muestran cifras de atención en el segundo semestre de 2003, recogidos de diferentes servicios.

Los datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad con apoyo de UNICEF (MILANO, F, 2004) en las Defensorías de la Niñez y Adolescencia durante el año 2002 en dos distritos de La Paz y de El Alto se registran en el siguiente cuadro.

En la ciudad de La Paz, de todos los casos, sólo el 10% está en proceso judicial y sólo el 1% tiene sentencia. En la ciudad de El Alto, de todos los casos, sólo el 14% está en proceso judicial y ninguno tiene sentencia.

La OPS/OMS afirma que la violación se encuentra entre los 10 delitos más frecuentes atendidos por la Policía Técnica Judicial a nivel nacional (981 casos en el 2001) además se hace evidente, por las cifras del segundo semestre del 2003, que los casos atendidos se han incrementado.

La OPS calcula que entre el 2001 y 2002 la tasa de crecimiento de la violencia hacia las mujeres fue de 36,1% (OPS, 2003). De las denuncias de agresión sexual, el 90% de las víctimas son mujeres. Las estadísticas muestran que en los casos de violencia sexual hacia los varones, el 80% son niños y el resto (3%) son adolescentes.

DISTRITOS	TOTAL DE CASOS	% DE VIOLENCIA SEXUAL	SEXO Y EDAD DE LAS VÍCTIMAS	PERPETRADORES
Distrito 7 La Paz	1.596	2,44 de éstos: 30,70 Abuso deshonesto 61,53 Violación 2,56 Estupro 2,56 Acoso 2,56 Corrupción	78,9% mujeres de éstas: 31,5 % niñas 47,3% adolescentes 18,4% varones, de éstos: 15,7% niños 2,6% adolescentes	36,5% extraños 10,5% padre 2,6% madre 7,8% padastro 18,4% primos y compañeros de colegio 7,8% otros familiares 2,6% maestros
Distrito 1 El Alto	1.934	19,8 de éstos: 33,3 Abuso deshonesto 57,3 Violación 9,0 Estupro	96,9% mujeres de éstas: 24,2 % niñas 75,7% adolescentes 3,0% varones, de éstos: 100% niños	48,4% extraños 12,1% padre 18,1% madre 9,0% padastro 3,0% primos y compañeros de colegio 6,0% otros familiares 6,0% maestros

La situación de violencia sexual de las adolescentes es notoriamente más alta que de otros grupos generacionales, llegando casi al 70% de las atenciones de defensorías, por su parte los estudios y proyecciones muestran que las mujeres entre 15 a 25 años son las que con mayor frecuencia son pasibles a la violencia sexual.

3. PERSPECTIVA PARA TRATAR LA VIOLENCIA SEXUAL

Todo lo dicho hasta ahora nos muestra que la intervención para la detección y atención de la violencia sexual, tendrá necesariamente que concentrarse en la población femenina y en los grupos de adolescentes y jóvenes de todas las clases sociales y grupos étnico-culturales. Lo que no significa descuidar a otros grupos de edad y poblacionales.

Sin embargo queremos ser enfáticos que ese tema debe ser abordado con equidad, no con igualdad, es decir concentrando los mayores esfuerzos en los grupos más atacados.

En el caso de la prevención, se debe involucrar a toda la población pero con énfasis en la adolescencia y la niñez para que tengan claro que ¡cuando dicen no, es no!, cualquiera sea la circunstancia.

El abordaje de la violencia sexual no es neutro, las miradas deben estar basadas en la equidad y en la perspectiva de género. Siendo un delito mayor que deja pocos indicios de prueba y que además en los procesos enfrenta dos versiones, hay que ser muy cuidadosos/as en el momento de decidir a cual versión se dará mayor credibilidad, comúnmente se ha dado siempre mayor credibilidad a la versión del perpetrador, que además tiene una mayor capacidad de defensa debido a que el sistema social está construido en el androcentrismo.

Los servicios de salud, Servicios Legales Integrales y Defensorías de la Niñez y Adolescencia, deben tener claro que no son fiscales ni policías y que de ninguna manera pueden estar indagando o juzgando si la víctima dice o no la verdad. A las víctimas se les cree y se las atiende.

Otra premisa importante está relacionada con los usos y costumbres que dan una pobre valoración a los delitos sexuales, por lo que es frecuente que, incluso con la intervención de servicios del Estado, se produzcan transacciones y conciliaciones. Hay que dejar en claro y enfáticamente, que la violencia sexual NO SE CONCILIA, NI SE TRANSA, es un delito penal y la vía de abordaje jurídico es el Código Penal. Por otra parte la violencia sexual que se produce dentro de las parejas, o la violación marital, puede escoger una de las vías jurídicas, la penal o la intrafamiliar para el tratamiento de la víctima, pero la violencia sexual que afecta a otros miembros de la familia constituye delito penal.

La atención de la violencia sexual dentro de los servicios suele generar una serie de reacciones contradictorias en los y las prestadoras. Desde un sentimiento de indignación, sobre todo si la víctima es menor o varón, hasta no querer involucrarse en el caso cuando este deriva en acciones judiciales.

Asimismo surgen sentimientos de duda e incredulidad respecto a lo que dice la adolescente o la mujer, lo que lleva a muchos prestadores a olvidar sus roles y funciones para intentar convertirse en investigadores de la verdad.

En otros grupos de personas surge un extraño sentido de morbosidad, que lleva a averiguar detalles impertinentes e innecesarios para el servicio que se está brindando, lo cual es muy cruel para las víctimas.

Es posible que no haya otro problema como el de la violencia sexual que ponga en duda los principios éticos que rigen el ejercicio de muchas disciplinas. Por un lado devela la crueldad de una sociedad en muchos aspectos destructiva y, por otro, pone en duda el castigo que merecen los perpetradores, por ello hay tan pocos violadores sentenciados. También pone en cuestionamiento la ética deontológica universalista para dar paso a una nueva ética basada en la necesidad de hacer el bien a la víctima. Sobre todo si la víctima se acoge a la ley que le permite interrumpir un embarazo, se genera una especie de psicosis social, alentada por grupos conservadores que, de hecho, ponen en juego una ética que revictimiza profundamente a la víctima.

La violencia sexual, además de ser un grave problema de salud pública y de justicia social, es fundamentalmente una flagrante violación a los derechos humanos más elementales, comenzando por el derecho a la vida, la seguridad y la sexualidad.

Esta es una de las razones más contundentes para que la atención y el abordaje de la violencia sexual tenga, permanentemente, una mirada en la defensa de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. No se puede abordar la violencia sexual desde una perspectiva que no esté involucrada con los derechos humanos y que no promueva el empoderamiento de las mujeres y la defensa de sus derechos. De esta manera, el interés o la necesidad de una persona se convierte en un derecho en la medida en que exista un deber que obligue a otra/o a respetar ese interés, es claro entonces que si las entidades responsables no proporcionan las condiciones necesarias para proteger los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, pueden ser responsables de denegación del derecho a la libertad y a la seguridad de la persona. La libertad y la seguridad de las mujeres y adolescentes requieren de legislaciones y políticas que garanticen la mejor calidad de atención y la confidencialidad.

El desconocimiento del derecho a la confidencialidad puede disuadir a adolescentes y mujeres de buscar la atención de los servicios por los estigmas que luego puedan sobrellevar.

Por todas estas razones la atención de la violencia sexual debe ser cuidadosa del derecho de las víctimas, brindarles confianza, porque lo primero que pierden es la confianza en su entorno y en las instituciones, tratarlas con calidez y respeto, apoyarlas en forma permanente, asegurarles que tanto en los procesos judiciales como en su cotidianidad estarán permanentemente protegidas de acoso, chantaje y amenazas del perpetrador y de sus redes familiares y sociales.

No se puede continuar tolerando que la violencia sexual siga siendo una práctica delictiva cotidiana por falta de una adecuada prevención, detección y atención, que siga siendo una falencia notoria en la justicia social y, sobre todo, que se constituya en una violación permanente a los derechos humanos fundamentales. Es imperioso que las instituciones y los/as prestadoras/os de servicios asuman una acción decidida para enfrentarla.

III Marco Normativo

Uno de los problemas que afecta el ejercicio de los derechos humanos y el desarrollo de mujeres y adolescentes, es la violencia y dentro de ésta, la violación, que es un tema poco abordado y tomado en cuenta por la sociedad.

La violación es uno de los vejámenes más brutales contra la integridad psicológica y corporal de cualquier ser humano, es el único crimen donde se cree que existe aceptación y disfrute de la víctima y el agresor es tratado con indulgencia y superficialidad.

Es un delito que además de agredir flagrantemente a las víctimas, las condena a transitar por el tortuoso camino del juicio penal, lo que incluye tratar con el Ministerio Público, médicos forenses, policías, jueces, funcionarios del juzgado, abogados de la parte contraria y otros.

En Bolivia, para el abordaje jurídico legal de la violencia sexual, se han adoptado las resoluciones de Conferencias Internacionales (Viena, 1993; El Cairo, 1994; Cairo + 5; Beijing 1995 y Beijing + 5, el Consenso de México), y se han ratificado como Leyes de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, además de las Leyes de la República para prevenir y proteger a las víctimas de este delito de las cuales puntualizaremos las partes más relevantes.

La Ley 1100 de 1989, que ratifica como Ley de la República la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), en su artículo segundo condena la discriminación contra la mujer en todas sus formas.

La Ley 1599 de 1994, ratifica como Ley de la República la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belem do Pará", define la violencia como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como el privado, y que comprende entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.

Dando cumplimiento a esta Ley se aprueba la creación de la Subsecretaría de Asuntos de Género, hoy Viceministerio de la Mujer, ente estatal, mediante el cual se aprueba como política pública el "Plan Nacional de Prevención, Sanción y

Erradicación de la Violencia contra la Mujer”, que tiene como principales logros la creación de nuevas instancias como las Brigadas Policiales de Protección a la Familia, los Servicios Legales Integrales (SLI's), las Redes de Prevención y Lucha Contra la Violencia. En el momento presente la Ley de Organización del Poder Ejecutivo y su último Decreto Reglamentario DS. 27732 establece que entre las competencias del Viceministerio de la Mujer está: “Formular políticas, reglamentos e instructivos para fortalecer los mecanismos de prevención, atención, recuperación, protección y sanción de la violencia intrafamiliar, incluida la violencia sexual en razón de género”, que se plasma en el Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004 - 2007.

La Ley N° 1565 de Reforma Educativa, está orientada principalmente a prevenir y erradicar toda forma de violencia y discriminación de género dentro y fuera del aula, para la construcción de una sociedad respetuosa de la diferencia, equitativa y democrática; promover la incorporación y tratamiento de la equidad de género como una propuesta hacia el mejoramiento de la calidad educativa a través de acciones de capacitación, sensibilización y evaluación permanente; propiciar actividades extracurriculares que incentiven una “cultura escolar” basada en la equidad, el respeto, el desarrollo de la autoestima y la no discriminación entre varones y mujeres.

La Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica fue promulgada el 15 de diciembre de 1995 y su reglamentación fue aprobada el 6 de julio de 1998 después de verificar dificultades en su aplicación. El artículo primero de Principios Generales del Reglamento, establece que esta normativa se rige por los principios de equidad, celeridad, oralidad y gratuidad.

Esta reglamentación prevé la integralidad de la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y la implementación de programas de prevención, detección y atención de la violencia en la familia o doméstica, así como la difusión de la Ley 1674 y su Decreto Reglamentario, a través del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación que tiene como organismo rector al Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, en coordinación con los ministerios de Salud y Deportes, Educación, Gobierno, Justicia y Derechos Humanos, y, de la Presidencia.

En el artículo 4, de Opción Jurisdiccional establece que la víctima puede optar entre la jurisdicción familiar que otorga la Ley 1674 o la penal, de conformidad con el artículo 2 numeral 51 de la Ley 1769 que modifica el Código Penal; en ningún caso se podrá plantear ambas opciones.

La Ley 1674 también menciona a la violencia sexual, al ser una ley intrafamiliar, se refiere a la existencia de la violación marital, es decir la violencia sexual que ocurre dentro del matrimonio.

En su artículo 13, prevé la obligación de los proveedores de salud (de cualquier centro hospitalario o centro de salud) de denunciar los casos de violencia sexual ante las Brigadas de Protección a la Familia, o a la Policía, Fiscalía de Familia o Servicios Legales Integrales dentro de las 48 horas de producidos los hechos. El denunciante no será parte en el proceso y no incurrirá en responsabilidad alguna.

Esta Ley constituye un avance por cuanto la violencia intrafamiliar no es un asunto de orden privado sino un delito de orden público, concebido como una violación a los derechos humanos. El Código Penal no sancionaba actos violentos familiares o domésticos que produjeran lesiones e impedimentos de menos de ocho días y las denuncias se recibían en la Policía.

El Reglamento de esta Ley designa al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) como el responsable de registrar los casos de violencia a nivel nacional y especifica que el sector educación es el responsable de incorporar los contenidos de la Ley como materia curricular obligatoria en los ciclos básico y superior de educación. Establece los deberes de las Brigadas de Protección a la Familia y de los Servicios Legales Integrales.

También señala que las medidas cautelares serán dictadas por el Juez o por el Ministerio Público; y que las prefecturas y los Municipios contarán con lugares temporales de atención y apoyo a mujeres maltratadas; prohíbe los acuerdos o renuncia de derechos de la víctima.

La normativa más importante en el abordaje de la violencia sexual es la Ley 2033 de 1999, de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual, que reforma todos los artículos referidos a la violencia sexual que se encuentra en el Código Penal y, por tanto, la tipifica como delito. En los casos de violencia sexual es la Ley a ser aplicada por encima de cualquier otra. Tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano.

La Ley 1970, de 1999, del Nuevo Código de Procedimiento Penal, establece en su artículo 11 las garantías de la víctima reconociéndole el derecho a intervenir en el proceso penal conforme a lo establecido en el Código y a ser escuchada antes de cada decisión que implique la extinción o suspensión de la acción penal o, en su caso, a impugnarla.

El artículo 266 del Código Penal reconoce el aborto impune cuando el embarazo hubiere sido como consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto. No se aplicará sanción alguna siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial.

El Código Niña, Niño, Adolescente incluye varios artículos (9, 209 y siguientes, 213 a 218, 221 a 226) específicos sobre la violencia sexual en el que incluyen al menor infractor, sin olvidar que, conforme al Código Penal a partir de los 16 años los infractores son imputables y pueden recibir las mismas penas que un violador mayor.

El mismo Código en su artículo 9 dice que el Ministerio Público actuará de oficio en todos los delitos de acción pública a instancia de parte que tengan como víctima a un niño, niña o adolescente y en los delitos de acción privada cuando sean víctimas niños, niñas o adolescentes carentes de tutores que los protejan o defiendan.

En su artículo 108 señala que los casos de maltrato que constituyan delito, es decir tipificados en el Código Penal como es el caso de la violencia sexual, pasarán a conocimiento de la justicia ordinaria conforme a Ley.

La Ley 1455 de Organización Judicial de 1993, señala en su artículo 16 que los jueces tienen la obligación de procurar la conciliación de las partes, excepto en las acciones penales por delitos de acción pública y en las que la Ley lo prohíba, tal el caso de todos los delitos sexuales.

Con relación a la llamada justicia comunitaria, que en los últimos años va teniendo relevancia, el artículo 15 de la Ley 1674 señala que los hechos de violencia tipificados en el Código Penal son de competencia exclusiva de los jueces penales y, en el artículo 16 dice que los casos de violencia intrafamiliar pueden ser resueltos por las autoridades comunitarias en las comunidades indígenas y campesinas, en concordancia con lo que establece la Constitución Política del Estado.

De esta manera se despeja toda duda en lo que se refiere a los delitos sexuales, pues no pueden ser transados, negociados o conciliados porque constituyen un delito penal y su resolución por otra vía viola la Constitución.

INTERNACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Convención Internacional de los Derechos del Niño 2000 • Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) 1979 • Convención Americana de Derechos Humanos para la Mujer, 1993 • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994 • Convención Internacional de las Naciones Unidas Sobre Población y Desarrollo, Cairo, 1994 • Conferencia Internacional de las Naciones Unidas para la Mujer, Beijing, 1995
CONTITUCIONALES	<p>La Constitución Política de Bolivia en su ART. 1 Reconoce que el país es multiétnico y pluricultural Art. 7 Inciso a) Establece el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad de todo ser humano.</p>
LEYES ORDINARIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N°996: Código de Familia, 4 de abril de 1998 • Ley N°1100: Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 5 de septiembre de 1989 • Ley N°1565: Ley de Reforma Educativa, 7 de julio de 1994 • Ley N°1599: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, 18 de octubre de 1994 • Ley N°1674: Contrta la Violencia Intetrafamiliar/Doméstica, 15 de diciembre de 1995 • Ley N°1768: Código Penal, 10 de marzo de 1997 • Ley N°2026: Código del Niño, Niña y Adolescente, 27 de octubre de 1999 • Ley N°2033: De Protección a las Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual, 29 de octubre de 1999
DECRETOS	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo N° 25087 que reglamento de la Ley 1674 • Decreto Supremo 27422 de creación del Consejo Interinstitucional de Derechos Humanos y la Constitución Interministerial de Derechos Humanos
POLINAS PUBLICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Políticas Públicas para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres 2004-2007 • Seguro Universal Materno Infantil Ley N°2426, 2002 • Plan Plurianual del Viceministerio de la Juventud Niñez y Tercera Edad
NORMATIVAS SECTORIALES	<p>Sector Salud Las Normas y Reglamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud y Violencia Intrafamiliar: Manual de Normas y Procedimientos para la Atención. • Vigilancia Epidemiológica para el Control de la Violencia • Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Sexual 2004-2008 • Plan Nacional para la Salud, y el Desarrollo Integral de los y las Adolescentes (2004-2008) <p>Sector Legales Integrales Las Normas y Reglamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas para la Atención de Servicios Legales Integrales Municipales • Plan Nacional de prevención y Erradicación de la Violencia de Género <p>Policía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Procedimientos Policiales sobre la Violencia Familiar y Doméstica <p>Sector Educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución Secretarial 457 del Ministerio de Educación y Cultura, que Prohíbe la expulsión de mujeres embarazadas del sistema Formal de educación.

IV Sistema Municipal de Información en Violencia

La falta de información concreta y real sobre la problemática de la violencia sexual e intrafamiliar, limita las posibilidades de visibilización social contribuyendo a la “naturalización” de estos hechos y posibilitando la reproducción de nociones de encubrimiento y tolerancia sociocultural. Si bien el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)¹ cuenta con instrumentos que registran casos de violencia intrafamiliar, dicho registro no desagrega los tipos de violencia ni considera con la suficiente amplitud y profundidad la violencia sexual. Esta realidad tiende a marginalizar los casos de violencia sexual y, a su vez, frena su tipificación como problema epidemiológico.

1. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE REGISTRO E INFORMACIÓN

El objetivo es mejorar la calidad de los servicios integrales de atención a la violencia sexual, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos y decisiones de las víctimas, fortaleciendo las redes locales de prevención y atención y desarrollando sistemas locales de información efectivos, aportando de esta manera a una mejor toma de decisiones.

1.2 Caracterización de la boleta de registro

La boleta de registro es fruto de la revisión (validaciones y modificaciones) efectuada en los Talleres de Construcción del Sistema Municipal de Registro de Violencia, realizada en cinco municipios (VARGAS, L y GARCÍA, E, 2004).

2. RUTA CRÍTICA Y FORMA DE CONCENTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez que la víctima hace la denuncia, el servicio debe llenar la parte de los datos personales y la que corresponde a su sector y referir a la víctima al siguiente servicio con una copia del bloque de información general. Esto permitirá que la víctima relate sólo una vez su historia evitando su revictimación.

Se debe verificar que la boleta quede llena hasta el punto suficiente o hasta que la víctima abandone la ruta crítica. El abandono del proceso tiene diferentes motivos, pero mayormente se debe a que la víctima no encuentra respuestas efectivas en los sistemas de atención y justicia. La boleta puede detectar estas falencias para luego superarlas.

Es importante señalar que este sistema de información se halla enmarcado en nuestro ordenamiento jurídico y que, además de servir como fuente de información para la toma de decisiones, también es un instrumento para promover mejoras en el ordenamiento jurídico y en las normas de atención.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ESTRUCTURA DE LA BOLETA

La boleta está estructurada para un rápido llenado, esto es, para efectivizar el tiempo y para no agobiar a la víctima con cuestionamientos proclives a su revictimación; sin embargo, y tomando en cuenta estos criterios, es indispensable registrar la mayor cantidad posible de datos.

La boleta está dividida en diez partes, dos de las cuales deben ser llenados exclusivamente por personal especializado en psicología y salud (parte 5 de Violencia Psicológica y partes 6 y 7 de Violencia Física y Sexual respectivamente). A continuación hacemos una breve descripción de la estructura de la boleta subrayando su importancia como instrumento de registro.

1. **Datos institucionales:** la primera parte de la boleta consigna los datos generales de la institución donde llega o es remitida la víctima. Su importancia radica en que permite realizar el seguimiento y establecer la ruta crítica que sigue la víctima, constituyendo la primera noción de referencia y registro de la atención y los espacios donde la víctima prefirió denunciar. Asimismo permite establecer el ritmo de los ciclos de violencia, el control de las acciones de la víctima, la solidaridad de otras personas con el problema y el nivel de cumplimiento de la ley.
2. **Datos de la persona agredida:** consigna la información general de la persona agredida, su identificación, su situación socioeducativa y la determinación de situaciones de violencia anteriores. Además de evitar un doble registro, las variables consignadas ayudarán a identificar las edades de mayor incidencia de la violencia, la condición civil, ocupacional y el nivel de instrucción de los grupos más afectados, el número de niños y niñas que viven en hogares violentos; permitirán establecer los ciclos de violencia permanente que requieran acciones sostenidas de recuperación y, finalmente, los lugares y las veces en que las víctimas acuden a denunciar.

3. **Datos de la persona agresora:** la tercera parte de la boleta está destinada a consignar la identidad y datos generales de la persona agresora, proporcionando un perfil de la misma. Permite cruzar información con otras denuncias, tener un conocimiento de las edades más frecuentes de personas agresoras, medir la incidencia, porcentaje y edad en que hombres o mujeres ejercen violencia; diferenciar a los/as agresores/as por tipo de ocupación, nivel de instrucción y, finalmente, establecer el parentesco entre el/la agresor/a y la víctima.
4. **Características del hecho:** registro de los detalles más relevantes del hecho de violencia. Su importancia radica en la visualización de los diferentes tipos de violencia y sus diversas combinaciones (p.ej. física y sexual); por otro lado, otorga una visión de la calidad de los servicios al consignar la hora y el día del hecho y medir el tratamiento en el marco del protocolo de atención dentro de las 72 horas (emergencia médica). Las variables consignadas en la boleta ayudan a precisar el lugar de los delitos y a establecer patrones de conducta, definir el perfil y modus operandi del agresor y el estado de la víctima. Asimismo, el registro de testigos además de tener relevancia jurídica también permitirá estimar el nivel y compromiso de la ciudadanía.
5. **Violencia psicológica:** las variables de este acápite de la boleta intentan escrutar el tipo de agresiones psicológicas y el estado psicológico de la víctima al momento de realizar la denuncia. Asimismo, existe un espacio específico para personas menores de 18 años, que jurídicamente tiene otras connotaciones en los procesos judiciales.
6. **Violencia física:** el registro de las lesiones en la boleta se realiza tomando en cuenta partes referenciales del cuerpo: cabeza, rostro y cuello; torso, extremidades superiores, extremidades inferiores. Asimismo, brinda la posibilidad de consignar violencia contra menores vinculados a la desprotección.
7. **Violencia sexual:** la séptima parte de la boleta está orientada a recabar elementos sobre las condiciones y elementos del hecho de violencia sexual. La importancia de recabar esta información radica en reconocer el tipo de violencia sexual para asumir medidas preventivas y coercitivas frente al hecho.

Las variables presentes en esta parte de la boleta también ayudarán a tomar medidas médico preventivas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Anticoncepción de Emergencia (AE). Por otro lado, la variable específica sobre la Interrupción Legal de Embarazo (ILE), conforme al Art. 266 del Código Penal Boliviano, permite conocer la decisión de las víctimas de continuar o no con el embarazo. La boleta comprende también el examen médico extragenital, paragenital y genital (para el llenado exclusivamente por el prestador de servicio en salud).

El registro de las lesiones es importante porque además de mostrar la gravedad de los hechos de violencia, y su emergencia médica, llevará a especializar a mayor número de servicios de salud en el tratamiento integral de la violencia basada en género y sobre todo en violencia sexual.

También cuenta con espacios diferenciados para consignar los tipos de evidencia médico legales y los lugares donde fueron recogidos, en caso de que la víctima desee realizar acciones judiciales.

8. **Referencia y contrarreferencia:** la importancia de la última parte de la boleta estriba en que se ofrecerá una visión precisa del estado de situación del funcionamiento de la red y la calidad de los servicios integrales.

En este momento se cuenta con un sistema informático que permite procesar reportes consolidados de los datos de la boleta, además de cruzar variables de acuerdo a las necesidades institucionales. Esta información es exportada a un sistema municipal que consolida la información de varias instituciones, realiza reportes y consolidados que, a la vez, se exportan a un sistema departamental para luego ser consolidados a un sistema nacional.

V Protocolos y Procedimientos

El Modelo de Prevención, Detección y Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual comprende aspectos de salud, biopsicosociales y legales, que debe implementarse por equipos multidisciplinarios y requiere interrelación multisectorial. La propuesta debe ser asumida por las autoridades nacionales, departamentales, municipales y locales para que esta problemática se resuelva adecuadamente articulando la atención en salud y los aspectos legales.

La propuesta de Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, prevé el flujo entre los servicios de salud, justicia y psicosociales; para ello reviste de vital importancia la implementación de una Red de Servicios de Atención a Víctimas de Violencia Sexual.

El Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, propone trabajar con cuatro tipos de casos, cada uno de los cuales necesita un tratamiento diferente por sus características:

1. **Casos de denuncia inmediata.**- Que se denuncian dentro de las 72 horas de ocurrido el episodio de violencia sexual; en estos casos, se cuenta con el tiempo suficiente para aplicar la anticoncepción de emergencia y de este modo se previene el embarazo, también se realiza la profilaxis de las ITS y VIH y la colección de muestras recientes.
2. **Casos de denuncia tardía.**- Son denunciados después de las 72 horas, en algunos casos puede transcurrir muchos años, lamentablemente en este tipo de denuncia se pierden las evidencias a no ser que las lesiones perduren como efecto de la violencia. En la ropa las evidencias pueden durar años, siempre que no se la haya lavado, si se denuncia después de una semana, es posible encontrar algunas evidencias. Estos casos tienen otro tipo de abordaje en los diferentes componentes del Modelo.
3. **Casos de silencio descubierto.**- Entendidos como aquellos en los que la víctima no denuncia por sí, sino que el o la prestador/a del servicio los descubre al indagar el por qué de determinada patología, o por denuncia o comportamiento que encubre la violencia sexual. Estos casos requieren otro tipo de tratamiento y abordaje en los diferentes componentes del Modelo.

4. **Casos de violencia intrafamiliar.**- Entendidos como los abusos sexuales que se suceden dentro de la pareja, que por razones culturales no son condenados como delitos mayores y tienen una legislación diferente.

Por otra parte, el Modelo tiene tres ámbitos de acción que si bien se los analiza por separado, se deben trabajar de manera coordinada estableciendo flujos de referencia y contrarreferencia; lo ideal es trabajar de principio en equipos multidisciplinarios y de manera simultánea, para estructurar la atención integral que postula el Modelo. En los casos necesarios, el abordaje de salud es primordial, porque la violencia sexual es considerada como una emergencia médica.

Los roles de los componentes son:

- **Salud:** Brindar apoyo emocional, anticoncepción de emergencia, prevención de ITS, prevención de VIH si es que se pudiera prestar este servicio, tratamiento de traumas físicos y colección de evidencias para los servicios legales. Las instituciones que participan de este componente son los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención incorporados a las redes municipales y departamentales de salud que forman parte del sistema público de salud y las organizaciones no gubernamentales que brindan servicios de salud en violencia sexual.
- **Justicia:** Brindar seguridad y protección legal a la víctima, proveer una justicia ágil y oportuna, investigación, recojo de evidencias y protección de las mismas y apoyo emocional. Las instituciones que participan de este componente son el Ministerio Público a través de los fiscales y médicos forenses, los juzgados, la Policía Técnica Judicial, Brigadas de Protección a la Familia.
- **Apoyo psicosociolegal:** Brindar contención emocional, apoyo psicológico, tratamiento de traumas y secuelas; orientación legal, apoyo jurídico, demanda y seguimiento de casos; brindar información sobre la condición social de la víctima; y realizar el seguimiento y emisión de informes pertinentes.
- **Participación social:** Participar en la redes de prevención, detección y atención, hacer seguimiento de casos y apoyar a la eficiencia de los servicios. Este componente está compuesto por las OTB's, organizaciones de mujeres y de jóvenes.

Instituto de Investigaciones Forenses

1. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual se considera uno de los crímenes penales de mayor impacto en la vida de las personas, en su entorno y en la sociedad en su conjunto.

Si tomamos en cuenta que el Ministerio Público representa a la sociedad en las actuaciones judiciales, es de importancia capital que esta instancia tenga una propuesta clara para el seguimiento acucioso de los casos de acción penal pública, en estrecha coordinación con las instituciones de defensa de derechos y que brindan servicios a las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual.

Si bien el Instituto de Investigaciones Forenses, brazo de la medicina legal del Ministerio Público, aun tiene muchas deficiencias incluso en las ciudades capitales de departamento, las presentes normas y procedimientos, elaborados para el sector por su Director Nacional serán fundamentales para que, mediante la tolerancia cero a la violencia sexual, se pueda contribuir a disminuir este delito.

La policía tiene una responsabilidad fundamental en el tratamiento de la violencia sexual, pero lastimosamente sus efectivos no han recibido un entrenamiento específico para este delito, por otra parte los medios con que cuenta son también deficientes. Se espera que las normas dedicadas a sus efectivos contribuyan a investigaciones que tengan resultados favorables a la justicia que buscan las víctimas.

Para los sectores de justicia, el trabajo en red con otras instituciones que cuentan con otras especialidades, especialmente en las áreas psicológica, social y médica, contribuirán de manera efectiva a los procesos investigativos policiales.

Las normas de actuación para los sectores jurídicos, constituyen un instrumento para que los/as operadores de justicia apliquen estrictamente las leyes en vigencia para hacer efectiva la lucha contra este delito.

1.1 Ministerio Público

De acuerdo a lo establecido en el Nuevo Código de Procedimiento Penal, Ley 1970 de 25 de marzo de 1999, el Ministerio Público es el responsable de dirigir la investigación de los delitos y promover la acción pública ante los órganos jurisdiccionales. Con este fin, debe realizar todos los actos necesarios para preparar la acusación y participar en el proceso.

Los fiscales deben actuar con objetividad y velar por el cumplimiento efectivo de las garantías que reconocen la Constitución Política del Estado, las Convenciones y Tratados Internacionales vigentes y las leyes. En su trabajo de investigación tomarán en cuenta todas las circunstancias que permitan comprobar la acusación y también aquellas que sirvan para eximir de responsabilidad al imputado.

Los fiscales formularán sus requerimientos y resoluciones de manera fundamentada y específica, procediendo en forma oral en las audiencias y en el juicio por escrito, en los demás casos. En ningún caso podrán usar pruebas obtenidas en violación a la Constitución Política del Estado, Convenciones y Tratados Internacionales y las leyes vigentes.

1.2 Instituto de Investigaciones Forenses

El Instituto de Investigaciones Forenses es un órgano dependiente de la Fiscalía General de la República, encargado de realizar, con autonomía institucional, todos los estudios científico-técnicos requeridos para la investigación y comprobación de los delitos mediante orden judicial.

La organización y funcionamiento de este organismo serán reglamentados por la Fiscalía General de la República y la designación de sus directores y demás personal debe realizarse mediante concurso público de méritos y antecedentes.

2. NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

2.1 Exploración de la Víctima de Violencia Sexual con Fines Periciales

El examen forense debe realizarse con mucho tino y paciencia, porque la víctima de violencia sexual generalmente llega traumatada a la consulta y el recordar la situación vivida puede ahondar mucho más el trauma sufrido.

El médico forense nunca debe realizar el examen cuando está a solas con la víctima, y debe solicitar la presencia de algún familiar o persona de confianza o, en su caso, de personal médico de apoyo. Primero, porque es natural que la víctima no quiera mostrarse desnuda ante una persona extraña, así sea un médico y, segundo, porque en estado de trauma puede acusar al médico de acoso, e incluso de agresión sexual.

Antes de iniciar la exploración forense, el médico debe generar un ambiente de confianza con la víctima y, asimismo, informarle sobre su derecho a negarse a realizarse el examen médico en caso de sentirse incómoda en el momento del interrogatorio.

Es importante preguntar a la víctima si desea relatar algo que otras personas, aún los mismos padres, no deben enterarse. Sin embargo se le debe advertir, que el examen físico siempre se hará en presencia de familiares o personal médico de apoyo.

Interrogar acerca de la fecha de la última menstruación, puede alertar sobre un posible embarazo. Asimismo, es importante preguntar si tuvo relaciones sexuales consentidas recientes, previos al ataque sexual, porque puede encontrarse líquido seminal en cavidad vaginal, incluso en las prendas íntimas, que no necesariamente correspondan al agresor y en caso de embarazo anterior a la violación verificar la paternidad.

En algunos casos, las víctimas no quieren realizarse el examen médico porque acuden a la consulta obligadas por sus padres. En esas situaciones se debe insistir en presencia de familiares, y si persiste la negativa dar por concluido el examen.

Si accede a realizarse el examen, se le pide que se desnude primero de la cintura para arriba y, luego de la cintura para abajo. La víctima nunca debe estar totalmente desnuda en el consultorio.

Si la agresión estuvo acompañada de violencia física y la víctima intentó defenderse, pueden presentarse hematomas, equimosis y excoriaciones en diferentes partes del cuerpo, e incluso lesiones de gravedad como fracturas. Suelen también observarse, equimosis por sugilación (chupones) y mordeduras especialmente en el cuello y las mamas que son los lugares donde más comúnmente se encuentran estas lesiones.

Las equimosis digitiformes en brazos, debidas a presión digital, se deben a que para someter a la víctima el agresor la sujeta por los brazos con violencia, dejando en evidencia las improntas de los dedos.

Las equimosis en caras internas de los muslos, son provocadas por las rodillas del victimario en el afán de separar los miembros inferiores. También suelen observarse equimosis digitiformes en estos miembros.

Cuando la agresión se realizó a campo abierto, es frecuente encontrar también excoriaciones por arrastre en el dorso y los glúteos.

2.2 Momento y lugar de la exploración forense

Aunque el examen clínico forense debe llevarse a cabo lo más antes posible, existen indicadores que ayudan al médico forense a determinar si el mismo puede realizarse fuera del horario de oficina o postergarse hasta el día siguiente. Incluso cuando la naturaleza del asalto sexual sugiere que probablemente no exista evidencia médico legal, la determinación de cuándo realizar el examen clínico debe tomarse en función de la velocidad con que puede desaparecer la evidencia clínica, como por ejemplo, el enrojecimiento.

Por la naturaleza de la agresión, se requieren instalaciones especialmente habilitadas para el examen clínico de estas víctimas. Si la víctima lo solicita, debe autorizar la presencia de un familiar o de un amigo durante la totalidad del examen o parte de él.

2.3 Consentimiento

Para cada una de las fases del examen físico, incluido el uso de cualquier técnica o equipo especializado (el uso del colposcopio) y la toma de muestras pertinentes, se debe conseguir el consentimiento de la víctima. Durante la obtención de este consentimiento se debe advertir a la víctima y/o familiar que el médico forense no puede garantizar la confidencialidad de la información obtenida durante la exploración debido a que la misma puede ser requerida por la justicia. Cuando se proceda a tomar fotografías como parte de la documentación de la exploración, la víctima debe ser advertida con anterioridad y dar su consentimiento en forma escrita. La persona examinada debe ser informada de que puede detener la exploración en cualquier momento.

2.4 Detalles de la acusación

Si la víctima ya ha brindado los detalles de la acusación a otro profesional, como por ejemplo al investigador de la Policía, no es necesario que vuelva a repetirlos ante el médico forense. Kicks hace notar que el indagar muchos detalles del incidente, puede poner en peligro el caso durante el juicio oral, porque en el momento del examen médico la víctima puede encontrarse perturbada y, como consecuencia su relato puede resultar confuso y entrar en contradicción con declaraciones posteriores. Los detalles de la acusación pueden ser proporcionados al médico forense por una tercera persona y luego ser aclaradas, si es necesario, por la víctima. Puede que sea difícil para la víctima describir los asaltos sexuales donde

existió penetración oral y/o anal, por lo que el médico forense debe formular, en forma sensitiva, preguntas directas sobre tales actos.

3. PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN FORENSE

3.1 Historia médica y sexual

Obtener la historia médica y la sexual tiene doble beneficio primero, identificar cualquier conducta o condición médica que pueda provocar interpretaciones erróneas de los hallazgos clínicos, por ejemplo, el sangrado menstrual; y segundo, establecer con precisión las lesiones o consecuencias atribuibles directamente al asalto sexual, por ejemplo, hemorragia, dolor, secreción. Pueden ser requeridos otros detalles específicos si se está considerando contracepción postcoital.

Sólo es necesario obtener los detalles pertinentes sobre la historia médica y la sexual, ya que la confidencialidad no puede ser garantizada. Para establecer lo que constituye información pertinente de la historia médica y la sexual, es necesario el análisis de cada caso tomando en cuenta las causas diferenciales de cualquier hallazgo médico y de la información persistente para los diferentes actos sexuales.

Para el examen de la víctima de una agresión sexual, es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- Solicitud judicial.
- Consentimiento de la víctima.
- Si es menor de edad, obtener el consentimiento de madre/padre o tutor.
- Uso de buena técnica.
- Contar con buena iluminación.
- Presencia de otra persona o autoridad judicial.

En todos los casos se debe realizar un examen físico completo para documentar las lesiones y anotar cualquier patología que pueda afectar la interpretación de los hallazgos médicos.

En los casos de agresión sexual, los hallazgos médicos deben ser siempre abordados en el contexto de las lesiones provocadas directamente por el incidente y de otros problemas médicos asociados con las prácticas sexuales voluntarias.

Hay que tomar en cuenta los hallazgos con relación a las complicaciones no infecciosas de las prácticas sexuales consentidas y las posibles explicaciones no sexuales de los hallazgos.

Según la condición de salud de la víctima, debe proveerse el tratamiento de urgencia que se requiera, por ejemplo, una sobredosis de drogas, lesión cráneo encefálica u otras. Este cuidado médico toma prioridad sobre cualquier asunto de interés legal.

3.2 Examen físico

En todos los casos se debe realizar un examen físico completo para documentar las lesiones y anotar cualquier patología que pueda afectar la interpretación de los hallazgos médicos.

La realización o no del examen anogenital debe ser analizado en cada caso, por ejemplo, si la víctima indica haber sido forzada a realizar fellatio (sexo oral), entonces no hay indicación para llevar a cabo el examen de los genitales externos.

Cualquier material de fotografía/vídeo debe ser retenido por el médico forense como parte de sus documentos confidenciales. Para preservar el anonimato el material debe ser etiquetado usando un código específico o las iniciales del nombre de la víctima, y la fecha del examen.

La exploración de la víctima de una agresión sexual, es sin duda misión pericial que compete al Médico Forense, pero en ocasiones los médicos del sistema de salud, se ven en la necesidad de atender a una persona que ha sido víctima de este tipo de violencia. En todas las circunstancias es importante no olvidar que el médico no es ni juez ni parte, y por tanto su papel debe circunscribirse al dictamen sobre las violencias y hallazgos biológicos encontrados. La exploración debe realizarse obligatoriamente sin prejuicios, debiendo el médico abstenerse, se trate de quien se trate y de los hábitos y costumbres sexuales que tenga la víctima, de emitir directa o indirectamente juicios de valor en presencia de ésta.

Evidentemente la actitud a seguir va a depender del tiempo transcurrido desde la agresión, el tipo de agresión y la necesidad de atención médica a la víctima, la cual naturalmente prima sobre los aspectos periciales.

Lo primero que debe evitarse es que la víctima se cambie de ropa o se duche, porque ello puede conllevar casi inevitablemente la pérdida de posibles indicios biológicos, fundamentalmente desde el punto de vista de la investigación.

A continuación, debe comunicarse el hecho lo más rápidamente posible a la Policía para que ésta, a su vez, lo ponga en conocimiento del fiscal de turno y se dé aviso al Médico Forense. Una vez cumplido ese procedimiento y previo consentimiento de la víctima, se puede proceder a la exploración pericial.

El reconocimiento con fines periciales de la víctima de una agresión sexual tiene objetivos sustancialmente diferentes del reconocimiento con fines clínicos, y en ningún caso debe limitarse a la sola exploración ginecológica. Leves hematomas en boca o cara interna de los muslos, pequeñas excoriaciones en antebrazos o región dorsal, que no tienen interés clínico, pueden ser de extraordinaria importancia desde el punto de vista forense.

La exploración debe seguir una serie de pasos cuyo orden debe respetarse, salvo criterios del explorador, de manera que no se olvide ningún dato. Debe ser realizada en presencia de otra persona del ámbito sanitario, preferentemente del sexo femenino, especialmente cuando se trate de un menor o de una mujer, para evitar situaciones equívocas.

Datos de filiación: Como es habitual se recogerá el nombre, sexo, edad y profesión u ocupación de la persona.

Datos de la agresión: El explorador se debe informar de boca de la propia víctima, del lugar, fecha y hora de la agresión, así como del tipo de agresión (tocamientos, penetración bucal, anal o vaginal, etc.). Con tranquilidad, se debe obtener un breve resumen de las circunstancias de la agresión (lugar donde ocurrió, número de agresores, uso de fuerza, intimidación, si hubo o no eyaculación, etc.). Por último es importante saber qué actividad ha realizado tras la agresión; si ha ido directamente al centro médico, si se ha lavado, si se ha cambiado de ropa.

Datos de la víctima: Se debe indagar la existencia de antecedentes médicos y quirúrgicos, con especial referencia a enfermedades de transmisión sexual, SIDA y hepatitis. Asimismo una breve recopilación de datos ginecológicos: menarquía, fecha de la última regla, fecha del último coito, en su caso, uso habitual de anticonceptivos, antecedentes de abortos o de partos.

Exploración física: Se debe iniciar anotando la actitud de la víctima ante la exploración, el estado de ánimo y la repercusión psicológica en ese momento, además de su constitución, estado nutricional y desarrollo muscular.

Si las ropas que lleva la víctima son las mismas que tenía en el momento de la agresión, deben examinarse cuidadosamente, observando la existencia de desgarros, roturas, pelos o manchas sospechosas. La ropa interior siempre será recogida para su análisis, aunque algunos autores consideran que deben ser estudiadas todas las prendas.

Es conveniente iniciar el examen por las **zonas extragenitales**, para concluir reconociendo el aparato genital y **áreas paragenitales**. Primero se examinará la mitad superior del cuerpo y una vez cubierta, la mitad inferior, momento en que se efectuará el **examen genital** (genital, perianal y anorectal).

3.2.1 Exploración física extragenital

Procedimiento:

1. Colocar a la víctima en la cama en posición normal (no ginecológica), vestida con el camisón ginecológico y con una sabanilla púdica.
2. Explicar que la exploración va a la búsqueda de los indicios y las huellas que haya podido dejar el agresor durante la agresión.
3. Realizar la exploración sistemática del cuerpo de la víctima (excepto área paragenital y genital).
4. Se debe buscar manchas (por ej. de suciedad, de sangre), lesiones patológicas de la piel y cicatrices. Describir todas las características de las lesiones.
5. Se exploran con especial cuidado los párpados y pabellones auriculares, que son lugares de especial sensibilidad a golpes o presiones de escasa intensidad.
6. Si la víctima puede identificar que una lesión es una verdadera mordedura (y no una sugilación) o si la inspección revela una lesión con características que sugieren que fue causada por una mordedura, se debe solicitar que la lesión sea fotografiada, para ser posteriormente estudiada por un odontólogo forense.

El examen debe comprender toda la superficie corporal, con especial atención a la cabeza, boca, cuello, antebrazos, muñecas y muslos. Deben anotarse los siguientes datos:

- Naturaleza y características de las lesiones: si existen otras mordeduras, heridas por arma blanca (incisas, punzantes), quemaduras (por cigarro, por líquido), contusiones, erosiones, excoriaciones.
- Dimensiones y morfología de las lesiones.
- Localización exacta de la región anatómica donde se encuentran.

3.2.2 Exploración física paragenital

Corresponde al abdomen, parte anterior de caderas, parte anterosuperior de los muslos, (un lugar de especial trascendencia en la recogida de muestras de eyaculación exterior, bien por emisión directa o por roce) región del monte de venus y glúteos.

3.2.3 Exploración física genital

El área genital corresponde a los genitales externos, al periné y a la región anorectal. Una vez colocada en posición ginecológica, se observará la morfología y grado de desarrollo de los genitales externos de la víctima. Es conveniente colocar papel blanco bajo la región genital, para recoger cualquier sustancia o vestigio que pueda desprenderse. Se estudiará la vulva, la hendidura vulvar y los labios mayores y menores.

A continuación se procede a practicar la "maniobra de las riendas", **que consiste en coger ambos labios mayores realizando tracción con suavidad hacia delante y arriba, al tiempo que se le pide que "puje". De esta forma se dilata el orificio vulvo - vaginal ; se despliega la membrana himeneal, cuyo borde se examina con ayuda de una sonda flexible. Hay que describir la morfología del himen, su consistencia y si presenta o no desgarros, la profundidad de los mismos y si son o no recientes, localizándolos con un sistema horario imaginario de referencia.**

En el caso de existir hemorragia vaginal o sospecha de lesiones intravaginales, se utilizará el espéculo para el examen interno, pero sólo en el caso de que la mujer haya sido desflorada.

Procedimiento:

1. Se sitúa a la víctima en la mesa en posición ginecológica, cubierta con la sabanilla púdica.
2. De forma previa a la exploración específica sobre la región genital deben prepararse los medios de visualización (colposcopio, fuentes de luz dirigibles), los esquemas corporales de referencia a la región genital, los instrumentos que se utilizarán en la toma de muestras y las etiquetas de identificación de la muestra.
3. Nunca debe utilizarse instrumental potencialmente lesivo antes de haber comprobado exhaustivamente el lugar, ya que la introducción de algunas herramientas de exploración (espéculo) o de toma de muestras, puede ocasionar traumatismos o microtraumatismos que pueden alterar el resultado de la exploración.
4. Luego se pasa a la revisión del periné, ya sea visualmente o utilizando algunos medios de aumento como el colposcopio o la lupa con iluminador circular, de revelado de lesiones como la luz de Wood o la toluidina, e incluso la fluoresceína, y medios de captación de imagen que van desde la fotografía hasta el vídeo.
5. Se procede a buscar los puntos de tránsito, que serán la horquilla posterior, la fosita navicular y la comisura posterior. A continuación se pasa a la visualización del introito vulvar y a la evaluación del estado del himen y de las carúnculas mirtiformes o restos himeneales.

6. La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión:

- Localización anatómica. Se suele utilizar una división en cuadrantes u horaria.
- Descripción de su aspecto visualizado y categorización.
- Descripción del tamaño y forma de cada lesión.
- Evaluación de la posible data.
- Aproximación a una posible etiología.

7. Con dos hisopos secos frotar en forma secuencial las paredes internas de los labios menores, de los labios mayores, y el vestíbulo.

8. Solamente cuando se ha realizado una evaluación exhaustiva externa, se puede efectuar la toma de muestras intravaginales: la primera de ellas a ciegas, y posteriormente con el espéculo (en lo posible un espéculo transparente).

9. Con dos hisopos secos se toman muestras de la vagina y particularmente del fondo del saco posterior.

10. Se colecta una sola muestra del orificio endocervical, dentro de la vagina localizando el cerviz. En muchas ocasiones el orificio endocervical puede ser el único lugar donde se encuentra esperma.

11. En este punto es posible compatibilizar una valoración no sólo de lesiones traumáticas, sino también de posibles hallazgos específicos, entre los cuales se encuentran signos de ITS.

3.3 Examen ginecológico en una mujer virgen

En las primeras relaciones sexuales, lo más común es que el himen (formación membranosa que ocluye parcialmente el orificio externo de la vagina) se desgarre, provocando sangrado generalmente escaso, con inflamación y tumefacción de la zona.

Para realizar el examen del himen de manera adecuada, se recurre a dos maniobras. Una de ellas, es la maniobra de las riendas, que consiste en tomar los labios mayores con los dedos índice y pulgar traccionándolos simultáneamente hacia delante y a ambos lados de la vagina, con lo que el himen quedará expuesto.

Otra maniobra, menos recomendable pero efectiva, exige que la víctima puje como si estuviera defecando, para que el himen sea protruido, quedando igualmente expuesto.

Los desgarros himeneales, curan y cicatrizan en un periodo de cinco a siete días después de ocurrido el hecho. El diagnóstico es más difícil en los últimos días, porque una vez cicatrizados, no es posible determinar si fueron provocados en una primera relación sexual. Se informará como desgarros antiguos.

La ubicación de los desgarros, se describe tomando en cuenta las manecillas del reloj. En muchas obras de literatura médica especializada, se describe la ubicación de los desgarros de acuerdo al tipo de himen: desgarros en horas 5 y 7 en el himen semilunar, desgarros en horas 2, 4, 8 y 10 en el himen anular y desgarros en horas 3 y 9 en el bilabiado.

En la práctica diaria, se observa que la ubicación de los desgarros es impredecible. No se puede afirmar categóricamente que ante un tipo de himen se produzcan desgarros en determinadas horas.

3.4 Examen ginecológico en una mujer desflorada

No se producen desgarros cuando la víctima tiene vida sexual activa o tuvo relaciones sexuales anteriores y más aún, si es madre, y los existentes se encuentran totalmente cicatrizados y no brindan información acerca del hecho. Se produce un borramiento de la membrana, quedando solamente esbozos rudimentarios denominados carúnculas mirtiformes que son sugerentes de maternidad, por lo que al simple examen ginecológico no es posible determinar si hubo un hecho sexual. En estos casos es imprescindible el examen de laboratorio, que reporte presencia de líquido seminal en cavidad vaginal, única prueba que demuestra un hecho de agresión sexual.

Tanto en la mujer virgen como en la desflorada, pueden ocurrir desgarros en las paredes de la vagina, fondos de saco y especialmente en la horquilla posterior, pudiendo comprometer además el tabique recto vaginal, cuando hay desproporción entre el pene y la cavidad vaginal, especialmente en niñas, o cuando se ejerce violencia extrema, más aún si hay multiplicidad de agresores, si se introduce un objeto e incluso la mano.

En un caso de muerte de una víctima de 17 años por complicaciones secundarias a agresión sexual, la autopsia revela desgarros de grandes dimensiones en paredes de la vagina con compromiso de fondos de saco y tabique recto vaginal. En un ataque de celos, el agresor, novio de la muchacha, le introdujo la mano en el conducto vaginal, para luego retirarla violentamente en puño.

Asimismo, es recomendable no realizar tacto vaginal, especialmente si al examen se observa himen indemne, porque una maniobra del médico puede provocar desgarros.

Sólo en casos muy puntuales y ante la sospecha de himen complaciente se realiza tacto vaginal. También es recomendable usar un espéculo cuando se observa presencia de sangrado transvaginal, para determinar origen y causa; puede tratarse de desgarros en genitales internos.

3.4.1 Clases de himen

El himen es una membrana incompleta que ocluye la cavidad vaginal. Se encuentra entre la región externa del conducto vaginal y la vulva, tiene un borde libre que forma un orificio irregular y otro, de mayor espesor, que constituye la base de implantación.

Los hímenes más comunes son: anular, semilunar y labiado. Existen otros, de más rara presentación, como el criboso, el infundibuliforme, el himen imperforado, e incluso ausencia congénita de himen. Sin embargo, con relativa frecuencia se observa el himen complaciente, que puede ser anular, labiado y semilunar e incluso infundibuliforme.

La característica del himen complaciente es que, por su gran elasticidad, permite su dilatación sin provocar desgarros, es decir penetración sin desgarro.

En el himen existen formaciones anatómicas denominadas escotaduras o muescas que son congénitas, es decir, que la persona nace con ellas y no son provocadas por penetración.

3.5 Exploración anorectal

Parece ser que el 95% de las mujeres que ha sufrido un coito anal forzado niega que éste se hubiera producido y se estima, asimismo, que el 65% de las víctimas de agresiones sexuales ha sido penetrada por esta vía. Por ello, aunque la persona lo niegue, ya sea por vergüenza o porque no se hubiera dado cuenta debido a las circunstancias, es necesario examinar esta región anatómica.

A diferencia de la penetración vaginal, toda penetración anal no consentida deja inevitablemente lesiones de mayor o menor intensidad, debido a la contracción esfinteriana.

Para la exploración, la persona debe colocarse en "posición de plegaria mahometana" o genu-pectoral. La intensidad de las lesiones dependerá de la desproporción del volumen entre las partes anatómicas, por lo que en un niño suelen ser más intensas. Consisten en excoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas de la mucosa y de los pliegues radiados de la piel, aunque tales señales suelen desaparecer sin dejar rastros. Suelen haber alteraciones funcionales concomitantes, consistentes en parálisis del esfínter anal con dilatación y disposición del embudo del ano, consecuencia de una contractura refleja del músculo elevador.

3.6 Violación anal

Cuando la penetración es anal, pueden igualmente provocarse desgarros, dependiendo de la desproporción entre el volumen del pene y el orificio anal.

El tiempo de curación de estos desgarros es de cinco a diez días, por lo que este tipo de agresión sexual es difícil de demostrar pasado el proceso de cicatrización. Una vez cicatrizados, no quedan evidencias de desgarros por la disposición anatómica de los pliegues anales, que eclipsan las cicatrices de estas lesiones, si las hubiera.

Un detalle importante que se debe considerar, es que pueden provocarse desgarros o grietas en las personas constipadas con bolo fecal aumentado de volumen.

La única manera de demostrar un coito anal, es determinando presencia de semen en el conducto ano rectal. La toma de muestras se realiza a través de hisopado anal.

El mayor inconveniente para la toma de muestras, es que las víctimas acuden a la consulta muchos días después de ocurrido el hecho y debido a la defecación se elimina el semen que el agresor hubiera depositado en el recto.

4. ATENCIÓN CLÍNICA

La atención clínica, será determinada por la valoración del facultativo y en función del estado clínico de la persona examinada. Sin embargo, es necesario realizar una serie de actuaciones según las circunstancias del caso:

1. Test de gestación (Beta - HCG), se practicará siempre en mujeres en edad fértil y si el resultado es negativo se debe repetir a las semanas.
2. Pruebas serológicas para determinación de posibles Infecciones de Transmisión Sexual
3. Gonorrea y clamidias, inicial, y a las tres semanas.
4. Sífilis, inicial, y a las seis semanas.
5. VIH/SIDA, inicial, a las seis semanas, y a los cuatro o seis meses.
6. Anticonceptivos post - coitales.
7. Tratar las lesiones y profilaxis antitetánica en su caso.

8. Tratamiento preventivo para las infecciones de transmisión sexual (gonocócica, clamidias y sífilis) en incubación.
9. Derivar a la víctima al Servicio Médico que corresponda, para su seguimiento.
10. Apoyo psicológico, pues la agresión sexual pone en marcha complejas reacciones emocionales en la víctima, generalmente mucho más significativas que las lesiones físicas. Las repercusiones psicológicas pueden empezar en el mismo momento de la agresión y prolongarse durante meses e incluso años.
11. Inicialmente existe una fase de desorganización aguda que puede incluir la incredulidad, sentimientos de autoacu-sación y despersonalización, ansiedad y depresión. En estos primeros momentos son útiles las benzodiazepinas por vía oral. A largo plazo puede establecerse el denominado Trastorno por Stress Postraumático que requiere seguimiento psiquiátrico específico.

4.1 Exámenes de laboratorio

- Se realiza pesquisa de líquido seminal y/o espermatozoides, en hisopado vaginal y/o rectal, así como en prendas. Es posible observar espermatozoides en hisopado vaginal, hasta 48 horas después del hecho. En las prendas, se puede detectar líquido seminal mucho tiempo después, incluso meses.
- Determinación de fosfatasa prostática en hisopos y/o prendas. En las manchas de semen de las prendas, se puede detectar fosfatasa prostática muchos meses después.
- Examen de vellos pubianos, para examen genético.
- Considerar la posibilidad de examen genético en todas las muestras obtenidas.
- Se debe tener presente, la posibilidad de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Siempre se debe solicitar prueba de embarazo, que debe ser repetida en dos semanas, excepto cuando al momento del examen se evidencie sangrado menstrual.

La primera prueba de embarazo se la debe realizar en el momento de la consulta, que obviamente dará resultado negativo. La segunda prueba en unas dos semanas, que de ser positiva, demostrará que el embarazo es consecuencia del hecho denunciado.

Si en un caso de agresión sexual reciente el resultado de la primera prueba de laboratorio da positivo, demuestra que la persona ya estaba embarazada antes de producirse la violación, por lo que corresponde descartar la paternidad del agresor.

Actualmente en lugares que cuentan con laboratorios de genética, se están realizando hisopados de posibles lesiones producto de contacto con la boca, (chupones, mordeduras). Se puede realizar una muestra de la saliva del agresor para identificar al sospechoso.

Últimamente el uso de preservativos por parte de los agresores, impide realizar pruebas de laboratorio, pues no deja evidencia de muestras biológicas. En esos casos se recomienda realizar la búsqueda del preservativo en las zonas próximas al lugar del hecho.

Otro problema frecuente, es que las denuncias de agresión sexual se las hace tardíamente, muchos días e incluso semanas y meses después de ocurrido el delito. En este caso no hay ninguna posibilidad de determinar si se produjo o no el hecho denunciado, salvo que como consecuencia de la violación, se produzca un embarazo.

Otras personas vienen aseadas prolijamente a la consulta y las prendas íntimas que estuvieron usando al momento de ocurrido el delito fueron lavadas o arrojadas a la basura. Sin embargo es posible realizar hisopado vaginal si la consulta no es tardía.

La violación por vía oral no está contemplada en el código penal de Bolivia, sin embargo suelen presentarse casos de esta naturaleza, por lo que tendría que tomarse en cuenta este tipo de delito, equiparable a violación vaginal o anal.

4.2 Traumatismos genitales y extragenitales

Solamente una pequeña proporción de víctimas de abuso sexual, sufre traumas físicos severos, hay datos que sugieren que la ocurrencia de traumas genitales es mayor en las mujeres vírgenes que en aquellas sexualmente activas. La resistencia por parte de la víctima, es otro factor que debe ser considerado en la etiología de esos traumatismos físicos siendo que la víctima adulta tiende a presentar mayor resistencia contra el agresor.

En las niñas, la primera hora post trauma es más crítica y puede ser vital para implementarse las medidas necesarias si se sospecha de traumatismos. Es fundamental la realización de un examen físico y ginecológico completo que en algunos casos es necesario realizar con anestesia. La observación del flujo urinario espontáneo es obtenida por sonda, lo que puede alertar la existencia de lesiones en el tracto urinario.

Las víctimas con traumatismos físicos, genitales y extragenitales, suelen ser atendidas de urgencia y en condiciones adecuadas, sin embargo, se advierte cierta resistencia de los servicios de salud públicos a examinar o cuidar de aquellas que no presentan daños físicos como consecuencia de la violación y reciben mejor atención en los servicios de salud privados y servicios legales. Paradójicamente para merecer respeto y credibilidad la víctima debe presentar heridas brutales.

4.3 Lesiones específicas de la violencia sexual

Las lesiones específicas de la violencia sexual son las de localización genital, anal, oral y en los senos. Las publicaciones de Zeitlin y Hobbs, describen los efectos de lesiones anales y vaginales de la violencia sexual, los traumatismos genitales y laceraciones de la horquilla posterior como hallazgo muy sugestivo de asalto sexual o como traumatismo no obstétrico del tracto genital, los traumatismos rectales en las agresiones sexuales con violencia anal. Otros efectos como la dilatación anal, o consecuencias patológicas en un segundo tiempo, como el estreñimiento o las enfermedades de transmisión sexual, son reconocibles como abusos sexuales.

Entre las lesiones más características de agresión sexual, podemos observar:

- De localización himeneal, aparecen fundamentalmente en víctimas que no tienen relaciones sexuales habituales o no han parido por vía vaginal, siendo valoradas como lesiones aquéllas que presentan ruptura o interrupción traumática del borde de la carúncula himeneal afectada, la existencia de hematomas en el seno de las carúnculas y/o la aparición de restos fibrinosos sobre bordes o escotaduras que sangran con facilidad al intentar retirarlos con una torunda.
- De localización en horquilla posterior, fosita navicular, en los casos de penetraciones bruscas, enfermedades locales con menor resistencia en la zona, estenosis introitales, inadecuación del tamaño y otros.
- De localización vestibular o introital (por ejemplo, hematomas introitales) por traumatismos directos o bien peneanos (habitual en penetraciones reiteradas por diversos agresores), manipulaciones o utilización de instrumentos.
- De localización anal y perianal, con la aparición de dehiscencias del esfínter anal exterior, fracasos del automatismo del esfínter interno y fundamentalmente la aparición de dehiscencias continuándose en la transición cutaneomucosa rectal. También se ha descrito la aparición de fístulas rectovaginales en la agresión sexual infantil con lesiones de las paredes rectovaginales.
- De localización oral y perioral, que habitualmente dejan escasas lesiones traumáticas, siempre se debe revisar los pliegues mucosos que existen entre los alvéolos dentarios y la mucosa labial interna, tanto superior como inferior.
- En los senos mamarios, se debe buscar lesiones comunes situadas en dicha región, que podrían tener una connotación sexual específica.

4.4 Lesiones de especial importancia

Las lesiones de especial importancia son aquéllas que tienen trascendencia en la fase preparatoria y durante el desarrollo del juicio oral, ya que establecen hechos sobre la conducta del supuesto agresor o de la víctima, que dan credibilidad y coinciden con elementos básicos de la agresión sexual, entre éstas podemos destacar:

- Las lesiones por arma blanca que pueden ocasionar heridas de diferente gravedad y condicionar la aceptación de la agresión sexual, muchas de importancia médica, por ejemplo: una herida superficial en el cuello (intimidación), región infraclavicular o en región paraesternal o esternal en la línea media, puede ser indicativo de haber cortado el tirante de un sujetador o intermamario (corte de sujetador), y en el espina iliaca superior anterior que es sugestivo de corte de prenda interior.
- Otras lesiones cuya comprobación es clave en casos de asalto sexual, que tienen aparición específica en las caras interna y anterior de los muslos en los casos de penetración vaginal, de separación de glúteos en la penetración anal y cuya morfología es muy característica. Aparecen lesiones erosivas lineales superficiales paralelas, muy características en casos donde la víctima llevaba panties, en número de una o más según hayan sido realizadas por el 1er, 2do, 3er o 4to dedo, el 5to no suele dejar lesiones o impresiones digitales a no ser que el ataque sexual haya sido muy violento.
- Lesiones por presión o agarramiento, habitualmente situadas en cuello, muñecas y tobillos (en caso de uso de cuerdas), con facilidad en zonas sensibles por laxitud tisular como en las cara interna y craneal de los brazos o en el pliegue del codo; la forma más habitual es de una a tres, describiendo hematomas ovalados o en coma, algunas veces se observan opuestas entre sí en una cara y la cara contraria.
- Lesiones de defensa o lucha, situadas en zonas de exposición al ataque exterior, como la cara externa de antebrazo o dorso de la mano; también se observa herida incisa en la cara palmar de la mano o de los dedos, en el intento de esquivar el arma del atacante.
- Lesiones figuradas, son las que dibujan las irregularidades de las zonas de contacto, permitiendo comprobar las irregularidades de un terreno pedregoso, que suele dejar un dibujo como puzzle en zonas dérmicas sin lesión, y erosiones de contacto o roce en superficies puntiagudas, o abrasiones en arrastres violentos.
- Las mordeduras que dejan huellas dentarias, dejan la arcada que permite hacer un diagnóstico odontológico forense a partir de la imagen lesiva; se pueden encontrar elementos salivales (células o fermentos) susceptibles de estudios bioquímicos o genéticos.
- Las lesiones por maniobras manuales en el cuello, que pueden llevar a la muerte, o producir lesiones como rupturas musculares, esguinces cervicales, paresias de cuerdas vocales y otros.

4.5 Lesiones genéricas o comunes a cualquier otro tipo de agresión

- Las más habituales aparecen en las zonas del cuerpo más expuestas a la violencia física externa, sobre todo en la cara, entre ellas las fracturas de órbita, la lesión lineal que deja el arrancamiento violento de una cadena o collar en el cuello, y las contusiones orbitarias o malares.
- Otras consecuencias en la salud física de la víctima, son fundamentalmente las infecciones de transmisión sexual.

5. EXAMEN DEL SUPUESTO VICTIMARIO DE VIOLENCIA SEXUAL

5.1 Inspección

Se debe observar la constitución física, estatura, peso, desarrollo músculo esquelético, actitud, fascias, ropas y piel.

5.2 Examen físico

1. Área extragenital: Excoriaciones y estigmas ungueales en cuello, en muñecas y manos, signos de lucha. Mordeduras en miembros superiores y en el pecho.
2. Área paragenital: Estigmas ungueales.
3. Área genital: Contusiones en pene, existencia de células vaginales y manchas de sangre de la víctima, materia fecal en el glande o en el surco balanoprepucial, fibras y pelos, y presencia de semen a la expresión del cuerpo del pene.

5.3 Muestras para laboratorio

- Signos de coito reciente.
- Manchas de sangre que pudieran ser de la víctima.
- Sangre del presunto violador.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Fibras y pelos.
- Tóxicos.

6. CONSECUENCIAS LEGALES

La ley boliviana define la violación como la penetración vaginal o anal con un pene o un objeto (acceso carnal) empleando la violencia física o la intimidación sin el consentimiento de la víctima.

En los Estados Unidos la violación es cualquier acto que involucre la penetración como una agresión sexual subclasificada, por el grado de la fuerza o coacción utilizada. En muchas jurisdicciones la interpretación legal de la "penetración vaginal" se refiere a la penetración de los labios mayores y no requiere que el pene en realidad se introduzca a la vagina.

La edad legal en que una mujer puede dar su consentimiento para el coito pene - vagina varía de país a país.

6.1 Evidencia forense

Aunque legalmente no es necesario tener evidencia de que hubo eyaculación para demostrar el acceso carnal a la vagina, frecuentemente se pide a los laboratorios de la ciencia forense determinar la presencia o no de semen en los hisopos con los que se tomaron muestras de los genitales femeninos, porque la evidencia de semen puede jugar un papel central en la identificación del agresor.

6.2 Colección de indicios biológicos

La toma de muestra debe hacerse con anterioridad a la manipulación de las cavidades examinadas. Cada muestra debe ser envasada individualmente en un recipiente adecuado, indicando el contenido, el nombre de la persona y la fecha.

Es un grave error limitarse a la toma de contenido vaginal y a continuación visualizarla en el microscopio para la observación de espermatozoides, ya que su ausencia no excluye en modo alguno la existencia de penetración ni de eyaculación. Se deben tomar muestras y/o coleccionar las siguientes evidencias:

6.2.1 Piel

La técnica aconsejada es recolectar muestras de todas las regiones (no lavadas) de la piel que hayan sido lamidas, besadas, chupadas, mordidas o eyaculadas por el agresor o por la víctima, mediante uso de hisopos estériles.

6.2.2 Pelos

El pelo es la muestra que con más frecuencia es colectada para identificación de el o los supuestos victimadores por medio del ADN.

Colección:

Cualquier partícula o pelo ajeno en la cabeza o en el pubis, debe ser colectada con pinzas y sometido para análisis de ADN.

El vello púbico de la víctima/sospechoso debe peinarse rutinariamente (durante la exploración genital) en un pedazo de papel blanco con la persona en decúbito lateral; el papel con el peine dentro, debe plegarse hacia adentro y ser sometido al análisis forense.

6.2.3 Uñas

Se debe obtener muestras del material existente debajo de las uñas de la víctima, si las circunstancias de la agresión sugieren la presencia de sangre o piel del agresor. Por ejemplo, si la víctima ha rasguñado al agresor o si los detalles del hecho no son conocidos y durante el examen físico el médico forense observa la presencia de material de interés debajo o en la superficie de las uñas de la víctima.

Se deben obtener muestras del agresor si se presume que sus manos estuvieron en contacto directo con los órganos genitales externos de la víctima o si fue arañada.

Colección:

Se corta toda la uña, pues así su manejo es más fácil. En caso de que las uñas sean muy cortas o que la víctima no dé su consentimiento, se raspa debajo de las uñas usando un palito de madera con punta. Las muestras de cada mano deben ser recolectadas y empacadas.

6.2.4 Cavidad Oral

En caso de posible penetración oral, se efectúa una revisión exhaustiva y la colecta de evidencias se hace mediante movimiento rotacional del hisopo en los pliegues entre la mucosa labial (superior e inferior) y los alvéolos dentarios.

6.2.5 Vestimenta

La vestimenta de la víctima, usada durante o con posterioridad al incidente, puede constituirse en una fuente vital de información acerca de la naturaleza de la agresión sexual (por ejemplo, daños en la vestimenta, manchas producidas por fluidos corporales) y la identificación del asaltante. La ropa puede ser la clave si hubieran escasos indicios sobre el cuerpo de la persona agredida.

El personal de laboratorio debe solicitar toda la información sobresaliente sobre el hecho delictivo y lo que hizo la víctima después de la agresión para poder determinar los tipos de análisis a realizar y el orden en el que se los llevará a cabo.

7. SECUELAS DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

7.1 Trastorno por estrés postraumático

Según la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) el trastorno por estrés postraumático es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.

Las características de dicha situación serían las siguientes:

- 1) Episodios reiterados en los que se vuelve a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego a los demás y falta de capacidad de respuesta.
- 2) Se presenta una clara anhedonia (incapacidad para sentir placer).
- 3) Tendencia a evitar actividades y situaciones evocadoras del trauma.
- 4) Estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, casi siempre desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él, o ambos a la vez.
- 5) Estado de hipervigilancia a hiperactividad vegetativa.
- 6) Aumenta la llamada reacción de sobresalto.
- 7) Se instaura un cuadro de insomnio persistente y resistente a los fármacos.
- 8) Se instaura un nivel de ansiedad elevado de forma permanente.
- 9) Y pueden desencadenarse cuadros psiquiátricos más graves ya sea en forma de adicción a tóxicos o alcohol, o depresiones graves.

El curso de este cuadro típico de la víctima de una violación comienza al poco tiempo del delito (días), siendo extraordinariamente raro que se den periodos de latencia superiores a seis meses, un curso fluctuante con recuperación completa en el 80% de los casos, quedando un 20% en el que el trastorno se puede enconizar.

Estas reacciones en la víctima de la violación deben ser conocidas por los peritos psiquiatras, no sólo para orientarla hacia grupos de autoayuda y tratamiento psicoterapéutico profesional, sino también para reclamar resarcimiento económico por las consecuencias de las lesiones psíquicas y morales.

7.2 Secuelas de la violación

Las víctimas de violación, habitualmente experimentan síntomas como la ansiedad, depresión, temores, disfunciones sexuales y una disminución de la autoestima, al menos hasta un año después del hecho. Sin embargo, según algunos estudios entre el 17 y el 25% de las víctimas no tratadas no mostraban síntoma alguno un año después de la violación (Veronen y Kilpatrick, 1987), aunque otros encontraron que algunas víctimas no mostraban síntomas hasta después de dos o tres semanas después de haber sido violadas (Frank y Turner, 1981, citados por Veronen y Kilpatrick, 1987). Esto sugiere que no todas las víctimas necesitarían tratamiento inmediato para recuperarse de la violación, pero todos afirman la necesidad de algún tipo de tratamiento adecuado (Ellis, 1983; Koss y Burkhart, 1989; Echeburria et al, 1990; Alario, 1993).

7.2.1 El trauma de la violación

Hasta 1970, los estudios sobre la violación eran escasos, se hablaba poco de los devastadores efectos psicológicos que produce la violación. Los primeros en descubrir un patrón de respuestas psicológicas en 13 víctimas, fueron Sandra Sutherland y Donat J. Scherl. Ellos hablan de tres fases de adaptación:

- Una reacción aguda, inmediata, tras horas o días después de la violación.
- Una fase de adaptación, de retorno a sus actividades, lo que no quiere decir que se hayan resuelto las consecuencias del impacto psicológico de la agresión. Fundamentalmente es una reacción de rechazo, como protección al yo individual y sus relaciones con los demás. Puede continuar con un sentimiento interno de depresión con pesadillas y fobias, aunque para que esta fase se manifieste transcurre un tiempo variable, suele darse a las dos o tres semanas.
- Una fase final, cuando la víctima tiene ganas de hablar de lo sucedido y hay una integración y resolución de los conflictos generados con el trauma de la violación.

Burgess y Holmstrom (1974) describieron y detallaron las fases y los síntomas somáticos, emocionales y conductuales en 92 mujeres adultas víctimas de violación y delinearon un cuadro clínico que llamaron Síndrome del Trauma por Violación, como un conjunto de reacciones conductuales, somáticas y psicológicas configuradas en una fase aguda y un proceso de reorganización a largo plazo que sucede como consecuencia de una violación o un intento de violación.

7.2.2 Fase aguda (desorganización)

Tras la violación, la víctima suele presentar un abanico amplio de sentimientos: miedo, ira, rabia, ansiedad, que se reflejan en conductas como las siguientes:

- Algunas personas reaccionan con gritos, sonrisas, sollozos, temblores incredulidad, consternación. Cuando realizan su denuncia en la Policía, pueden presentar un estado de incoherencia, nerviosismo, agitación; frecuentemente son incapaces de hablar sobre los hechos sucedidos, presentando un shock psicológico.
- Otras, reaccionan enmascarando el problema con una calma tensa, paralizadas. Aunque aparentemente están tranquilas y estables, con cualquier detalle relativo al incidente se precipita el derrumbamiento de la víctima (Sutherland & Scherl, 1970).

Reacciones durante la primera semana:

Somáticas

1. Trauma físico, dolor por las contusiones en varias partes del cuerpo lesionadas en la agresión: garganta, cuello, pechos, muslos, piernas y brazos.
2. Tensión muscular esquelética, cefaleas.
3. Trastornos gastrointestinales: irritabilidad gastrointestinal, molestias gástricas, con frecuencia disminución o pérdida de apetito, pérdida de sabor de los alimentos y sensación de náusea tras sólo pensar en el hecho de la violación.
4. Trastornos genito-urinarios: presentación de sintomatología ginecológica, del tipo de descarga vaginal, prurito, sensación de quemazón durante la orina y dolor generalizado. Algunas desarrollan infecciones vaginales, otras, sangrado rectal y dolor cuando han sido forzadas por vía anal.

Psíquicas

1. Insomnio e incapacidad para relajarse para dormir (Burgess y Holmstrom; 1974).
2. Reacciones emocionales: miedo, humillación, desconcierto, ideas de venganza y autoreproches.

7.2.3 El proceso a largo plazo (reorganización)

1. Todas las víctimas del estudio de Burgess y Holmstrom (1974) experimentaron una desorganización en su estilo de vida.
2. El proceso de reorganización depende de 3 factores:
 - 2.1 La propia resistencia de la víctima.
 - 2.2 El soporte social.
 - 2.3 El apoyo de las primeras personas que tratan con la víctima.

No todas las víctimas experimentan los mismos síntomas ni el mismo periodo de recuperación, ni siquiera la misma secuencia.

Actividad motora

1. Cambio de lugar de residencia inmediatamente después del trauma (44 de las 92 víctimas, según Burgess & Holmstrom, 1974)
2. Frecuentes viajes a lugares alejados.
3. Cambio de número de teléfono, generalmente como precaución.
4. Cambio en las relaciones familiares.
5. Aumenta la frecuencia de relación con los padres, algunas veces buscando apoyo.

Pesadillas

Sueños o pesadillas: amenazantes y/o violentos/as.

1. Inicialmente desea hacer algo contra la amenaza, pero antes de hacerlo se despierta.
2. Cronológicamente, después hay una decisión de lucha contra la amenaza o el agresor. Y en ocasiones una agresión vengativa.

Hay un miedo a estar sola en casa, sola fuera de casa, miedo a la gente que camina detrás de ella, miedos sexuales. Traumatofobia denominó Sandor Rado (1942) a las reacciones fóbicas, como mecanismo de defensa a las circunstancias de la violación. En un estudio a 41 mujeres después de haber sido violadas y a los dos años de seguimiento, el 50 %, tenía miedo de estar a solas y tres cuartas partes de las víctimas aún mostraban suspicacia hacia la gente (Nadelson et al., 1982) .

7.3 Reacción silenciosa ante la violación

Ocurre en un significativo número de mujeres que no informan sobre la violación. Los operadores asistenciales, deberían estar alertas ante el síndrome denominado como Reacción Silenciosa a la Violación, Burgess y Holmstrom (1974) que se presenta en víctimas que no han reposado sus sentimientos y reacciones sobre el trauma y, por tanto, sobrellevan una tre-

menda carga psicológica. Muchas mujeres que callan otra violación anterior, reviven los hechos pasados ante una nueva agresión sexual.

8. USO DEL ADN EN LA INVESTIGACIÓN DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

El Código de Procedimiento Penal, introduce el Sistema Penal Acusatorio y define los roles y funciones del Ministerio Público otorgándole prerrogativas para la investigación del delito y la titularidad en el ejercicio de la acción penal pública. Es la institución responsable de establecer la verdad con objetividad, imparcialidad y transparencia, a través de investigaciones oportunas, recurriendo a sus órganos auxiliares (Instituto de Investigaciones Forenses) que utilicen técnicas científicas de investigación criminal y forense, con laboratorios modernos y responsabilidad por la "cadena de custodia". En este sentido el Laboratorio de Genética Forense tiene como mandato realizar las pruebas de ADN (ácido desoxirribonucleico) para la resolución de diversos casos criminalísticos en forma eficiente, a pedido de fiscales y jueces.

Pocos avances en las ciencias forenses han tenido un impacto de tanta magnitud como las denominadas "pruebas de ADN" que, una vez desarrolladas, comenzaron rápidamente a ser aplicadas en el ámbito forense. Se usa tanto en causas civiles (Jeffreys et al. 1985a), como criminales (Jeffreys et al. 1985b). Actualmente se han convertido en una herramienta fundamental para resolver un amplio espectro de problemas médico-legales. Desde su primera aplicación forense, el examen de ADN ha demostrado ser un recurso imprescindible para la identificación del autor de un delito y el esclarecimiento de diversas situaciones criminales a través del análisis de restos biológicos o evidencias que puedan relacionarse con los autores y/o víctimas.

Debido a que prácticamente la totalidad de las células de un individuo posee el mismo tipo de ADN, cualquier vestigio biológico que éste deposite voluntaria o involuntariamente sobre un objeto, cuerpo u otro soporte, será una fuente potencial de su impronta genética. En este sentido las pruebas de ADN en agresiones sexuales, se constituye en una herramienta de trascendental importancia para identificar al agresor.

El objetivo de este capítulo es establecer los parámetros de la aplicación de las pruebas de ADN en la investigación de casos de agresión sexual, donde el objetivo central de estas pericias es la identificación de el o de los agresores, contribuyendo así a una mejor administración de justicia. En la actualidad, la colección de indicios biológicos tanto en la escena del hecho como sobre el cuerpo de la víctima suelen resultar inadecuados. Los errores que involuntariamente se cometen, conducen a la pérdida irremediable de evidencias, cuyo análisis genético podría contribuir al esclarecimiento del

hecho. La aplicación de los criterios detallados en la presente contribución, permitirán optimizar el uso de esta poderosa y moderna herramienta identificatoria.

Se detalla la información requerida y las muestras que son imprescindibles tomar para llevar a cabo una investigación adecuada, tendiente a dilucidar la responsabilidad criminal del sospecho a través del análisis de ADN.

8.1 Importancia del estudio de la víctima de agresión sexual

La víctima de agresión sexual, se constituye en la clave de la investigación criminalística de este tipo de delito por dos razones:

- 1) Porque es una **fuentes de evidencias e indicios** (pasando a ser la 'escena del crimen' a efectos de la investigación policial).
- 2) Porque los testimonios que puede ofrecer (en caso de poder declarar) son claves en la resolución del caso.

La mayoría de los indicios que se encuentran en estos casos tienen una contaminación coetánea en mayor o menor grado. La sangre, saliva o semen encontrados sobre otra persona van a contener, obviamente, información de ADN del portador. Lo que varía en estos casos es la cantidad y calidad del indicio, lo que está condicionado por el lugar donde se encuentran las evidencias.

Cualquier resto biológico depositado en las cavidades anal, oral o vaginal, va a estar normalmente muy contaminado por células del portador. En estos casos, el semen (que por otra parte suele ser el indicio más frecuente, determinante e importante) es el único susceptible de ser analizado con ciertas garantías de éxito, ya que se puede llevar a cabo una extracción diferencial en el laboratorio.

De modo general, toda víctima de violación debe ser inmediatamente explorada por un médico adecuadamente cualificado en un recinto perfectamente preparado para tomar y almacenar todas las muestras que se encuentren.

8.2 Documentación requerida

Para poder realizar una selección adecuada de las muestras que se deben analizar y para valorar los resultados del análisis (habitualmente complejo en este tipo de casos), es imprescindible conocer una serie de datos sobre los hechos y la

víctima, tarea que debe cumplir el Médico Forense para remitir toda la información junto con las muestras al laboratorio. Este requisito se cumplirá completando un formulario específico para las agresiones sexuales en el que deben constar los siguientes datos:

FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS PARA AGRESIONES SEXUALES

Datos de la víctima:

- Edad:
- Sexo:
- Grupo poblacional:
- Relaciones sexuales próximas a la agresión:
- Uso de productos vaginales (lubricantes, desodorantes, etc):
- Si se ha lavado antes del reconocimiento:
- Si lleva la ropa de la agresión:

Datos de la agresión

- Lugar de los hechos.
- Fecha y hora de los hechos:
- Tiempo aproximado transcurrido entre los hechos y la toma de muestras:
- Tipo de agresión:

Penetración vaginal, anal y/o bucal.

Introducción de objetos, vaginal o anal.

Otros: cunnilingus, fellatio, tocamientos, etc.

Número de agresores

- Relación de parentesco víctima-agresor:
- Si hubo uso de preservativos:
- Si hubo eyaculación y si fue interior o exterior:

Un listado de las muestras de referencia y de los indicios biológicos remitidos, donde deben especificarse los siguientes datos:

- Número de referencia de la muestra:
- Tipo de muestra (sangre, saliva, pelos):
- Nombre de la persona a la que se realiza la toma:
- Relación con el caso (víctima, sospechoso):

Datos de la cadena de custodia

- Nombre o identificación y firma de la/s persona/s responsable/s del recojo de muestras:
- Fecha y hora del recojo:
- Condiciones de almacenaje de las muestras hasta su envío al laboratorio:

Este formulario ha sido diseñado según el modelo propuesto por la comisión de trabajo de ADN de la GEP-ISFG (Grupo Español y Portugués de la Sociedad Internacional de Genética Forense) el año 2000.

8.3 Colección de Indicios Biológicos en el Cuerpo de la Víctima

8.3.1 Manchas de sangre, semen u otros fluidos biológicos

Se debe recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada. Limpiar todo el área presionando suavemente, y si es posible con un solo hisopo.

8.3.2 Saliva en marcas de mordeduras

Este tipo de evidencias generalmente pueden pasar desapercibidas. Una vez que se ha localizada la región con marcas de mordeduras, se deberá recoger los rastros con un hisopo estéril ligeramente mojado con solución fisiológica, limpiando de forma circular la marca dejada por los dientes y todo el área interior que delimita.

8.3.3 Uñas

Para tomar este tipo de evidencias, es muy importante examinar las manos y uñas de la víctima. Con una pinza recoger los pelos o fibras que puedan existir y posteriormente cortar el borde superior de las uñas para analizar en el laboratorio la posible presencia de restos de sangre y piel.

8.3.4 Pelos dubitados

Deben ser recogidos con pinzas, colocando cada pelo o grupo de pelos en un papel pequeño que será doblado con cuidado e introducido en una bolsa de papel pequeña para su posterior remisión al laboratorio.

8.4 Recogida de indicios biológicos

La selección de indicios biológicos, se realizará teniendo en cuenta los antecedentes y datos aportados por la víctima. En este tipo de tomas es fundamental numerar los hisopos, para comenzar los análisis por el que haya sido recogido en primer lugar.

La colección de evidencias por el personal médico, sigue la siguiente secuencia:

1. Resulta indispensable establecer una buena relación médico-paciente.
2. La víctima debe ser informada de las actuaciones y se le debe garantizar un tratamiento adecuado tanto desde el punto de vista personal como profesional.
3. La víctima pasará al consultorio para la exploración, tras un biombo de aislamiento visual, preservando su intimidad.
4. En caso de que la víctima refiera haberse cambiado total o parcialmente de ropa, es necesario indagar la posible localización posible y solicitud inmediata de estas prendas, a objeto de remitirlas también al laboratorio, para el respectivo análisis.
5. Se despliega una sabanilla previamente plegada en el suelo (aproximadamente 1m2). La víctima se descalza y se coloca sobre la sabanilla desplegada.
6. Se le entrega a la víctima un camisón de exploración ginecológica y posteriormente se colecta su ropa en bolsas de papel para su posterior remisión al laboratorio.
7. La víctima permanecerá de pie sobre la sabanilla y se peinará, con un peine estéril, la región púbica con el objeto de coleccionar pelos pertenecientes al victimario.
8. Posteriormente la víctima pasa a la camilla, y se retira la sabanilla blanca para coleccionar las evidencias que quedaron sobre ésta.

9. La ropa se entrega para la investigación criminalística, habiendo llenado previamente el formulario de cadena de custodia.

10. Se realizará el examen físico de lesiones para pasar posteriormente a la mesa donde adoptará la posición ginecológica para la respectiva exploración.

11. De forma previa a la exploración sobre la región genital deben prepararse los medios de visualización (colposcopio, fuentes de luz dirigible) o captación de imagen, esquemas corporales de referencia a la región genital, instrumentos y materiales para la toma de muestras y finalmente las etiquetas de identificación de las evidencias.

12. Se continúa con la revisión del periné. Ya sea a simple vista o con la ayuda de medios de aumento, como el colposcopio o la lupa con iluminador circular.

13. Se buscarán los puntos de tránsito, que serán la horquilla posterior, la fosita navicular y la comisura posterior. Así también la visualización del introito vulvar y evaluación del estado del himen como de carúnculas mirtiformes o restos himeneales.

14. Con dos hisopos secos frotar en forma secuencial las paredes internas de los labios menores, labios mayores, y el vestíbulo.

15. Se continúa con la toma de muestras intravaginales, la segunda toma se realiza a ciegas al interior de la vagina, posteriormente se colocará el espéculo transparente.

16. Con dos hisopos secos se toman muestras del fondo de saco posterior.

17. Se coleccionará muestra del orificio endocervical, para lo cual se debe manipular el espéculo dentro de la vagina hasta localizar el cerviz. En muchas ocasiones el orificio endocervical puede ser el único lugar donde encontremos esperma.

18. En este punto es posible compatibilizar una valoración no sólo de lesiones traumáticas, sino también de posibles hallazgos específicos, entre los cuales se hallan signos de ITS.

19. La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión:

- Localización anatómica, para lo que se suele utilizar una división en cuadrantes u horaria.
- Descripción de su aspecto visualizado y categorización.
- Descripción del tamaño y forma de cada lesión.
- Evaluación de la posible data.
- Aproximación a una posible etiología.

8.5 Recogida de Muestras Indubitadas

8.5.1 Muestras indubitadas en personas vivas

8.5.1.1 Sangre

Es la muestra indubitada por excelencia utilizada para la obtención de ADN, y se puede obtener por:

Punción venosa. Muestra de unos 5 ml de sangre que deben introducirse en un tubo que contenga un anticoagulante, el Ácido Etileno Diamino Tetracético (EDTA); no se recomienda el empleo de heparina ya que puede inhibir las reacciones enzimáticas. Si se requiere sangre para la realización de otro tipo de análisis (toxicológico, serológico) deberán recogerse muestras adicionales de sangre.

Punción dactilar. Con una aguja o lanceta quirúrgica estéril, se punza el pulpejo de algún dedo de la mano y se depositan las gotas de sangre sobre un papel secante, preferible papel de filtro. Se recomienda depositar 3 ó 4 gotas de sangre y dejarlas secar a temperatura ambiente en un lugar protegido.

En la actualidad existen equipos de extracción estandarizados para este tipo de tomas. Se destaca entre éstos las tarjetas de papel FTA (Whatman U.S.A), material especialmente tratado en el que se seca la sangre, se lisan las células y se extrae sus componentes, quedando fijado exclusivamente el ADN. Estas tarjetas poseen la ventaja de su fácil transporte y conservación a temperatura ambiente.

8.5.1.2 Células epiteliales bucales (saliva)

Obtenidas frotando la parte interna de los carrillos con hisopos estériles secos. Se realizan cuatro a seis tomas con dos o tres hisopos, uno por cada vez; se frota la cara interna del carrillo derecho durante un minuto y con los otros, de igual manera, la cara interna del carrillo izquierdo. Los hisopos, correctamente identificados, mediante rótulos adheridos al soporte, deben dejarse secar a temperatura ambiente en un lugar seco y protegido.

9. DOCUMENTOS MÉDICOS LEGALES

Prueba es la demostración que se hace de la existencia de hechos materiales o de actos jurídicos conforme a observaciones objetivas. Hay diversas clasificaciones, como las pruebas instrumentales: certificados, radiografías, recetas, etc., y; pruebas testificales: declaraciones de testigos y pruebas periciales, emitidas por expertos en el informe pericial.

Los documentos médico legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico/a en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o cualquier otra persona. Son variadas en su estructura y finalidad, pero deben caracterizarse por un estilo claro, sencillo y conciso con la finalidad de facilitar su comprensión por quienes deben recibirlos, y que habitualmente no son profesionales en salud.

Estos documentos médicos escritos, son útiles como " pruebas documentales" y se pueden clasificar en dos grupos:

3. Documentos médicos con valor probatorio posterior
4. Documentos médico-legales, con valor probatorio preconstituido

Al segundo grupo pertenecen los documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Al primer grupo pertenecen aquellos documentos que no adquieren valor probatorio en el momento de originarse, sino con posterioridad, en virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. Dentro del primer grupo están el informe de una consulta, la historia clínica y el protocolo de autopsia. En el segundo, el informe médico forense (evaluación de lesiones físicas y psíquicas), el informe médico-legal, (otorgado por un médico especialista o con maestría en medicina legal y forense) y el informe de autopsia.

9.1 Documentos médicos con valor probatorio posterior

Los principales documentos son:

- Certificado Médico.
- Dictamen, diagnóstico o informe de una consulta.
- Epícrisis. Historia Clínica (Expediente clínico).
- Protocolo de autopsia.

9.1.1 Certificado Médico

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el médico/a ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad; su diferencia con el informe de una consulta es que se lo escribe en fórmulas impresas por el Colegio Médico Nacional.

La forma de llenar las fórmulas impresas es la siguiente:

- Escribir el **lugar y la fecha** de emisión del certificado médico.
- Se debe escribir el **nombre completo** del profesional que realiza el certificado.
- Se debe colocar el **número de la matrícula profesional**, otorgada por el Ministerio de Salud.
- De igual manera se debe escribir la **matrícula del Colegio Médico Departamental** donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.

El texto se puede iniciar indicando: Certifica que:

- Continuar con el inicio del certificado, redactando por ejemplo: Haber realizado el examen físico al Sr. (a) <nombre completo del paciente>, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora de realizado el examen clínico.
- Inicio del cuerpo del certificado propiamente dicho: incluir todos los **signos y sintomatología positivos y los no encontrados (importantes)**, siguiendo el orden anatómico.
- Si bien se debe utilizar nomenclatura médica, debe ser claro y entendible para todos (médicos y los que no lo son).
- En lo posible a máquina de escribir o computadora. De lo contrario redactar a mano con letra legible y clara (de preferencia en letra de imprenta).

Se concluye con la firma y sello del profesional que otorga el certificado médico.

9.1.2 Dictamen, diagnóstico o informe de una consulta

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el médico/a ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad. Es un informe breve o pormenorizado, que puede expresarse de modo verbal o escrito. Inicialmente tiene la finalidad de dar un dictamen médico, una opinión o un diagnóstico de la consulta realizada o bien la epícrisis de las consultas realizadas, al paciente. Dentro de estos mismos parámetros se encuentra la epícrisis o informe de alta hospitalaria.

El secreto médico, hace que dichos informes no puedan ser públicos salvo autorización expresa del mismo paciente o bien bajo requerimiento fiscal u orden judicial.

Todos estos documentos estarán firmados por un médico con matrícula profesional. No ocurre así en los casos de violencia intrafamiliar, porque según la Ley 1674 de 15 de diciembre de 1995 no sólo los médicos sino el personal de salud

(no médicos) y sanitarios pueden hacer un informe, que tiene valor legal. El artículo 37 de la Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica, establece que "se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por un profesional que trabaje en instituciones públicas de salud".

De acuerdo al Decreto Supremo No. 25087/98 que reglamenta la citada Ley, los proveedores de salud de establecimientos públicos o privados (hospitales, clínicas, postas sanitarias, etc.) que reciban o presten atención a las víctimas de violencia, registrarán los hechos en la ficha de utilización nacional y remitirán obligatoriamente una copia firmada a la Brigada de Protección a la Mujer y la Familia, y donde no exista, a la Policía, Fiscalía, Juez de Instrucción de Familia o Servicios Legales Integrales (SLI's), dentro de las 48 horas de producidos los hechos. Los funcionarios o empleados que no cumplan con la obligación señalada, serán pasibles a sanciones (multa y amonestación que se registrarán en los antecedentes laborales). Es importante mencionar que este tipo de denuncia, no implica constituirse en parte, ni concurrir como testigo en un eventual juicio.

Todos estos documentos médicos deben ser objetivos, transparentes y verídicos, porque de lo contrario se aplicarán los alcances del Código Penal, Ley N° 1768 de 10 de marzo de 1997 que en su artículo 201 establece que "el médico que diere un certificado falso, referente a la existencia o inexistencia de alguna enfermedad o lesión, será sancionado con reclusión de un mes a un año y multa de treinta a cien días. Si el falso certificado tuviere como consecuencia que una persona sana sea internada en un manicomio o casa de salud, será sancionado con reclusión de seis meses a dos años y multa de treinta a cien días."

9.1.3 Historia Clínica

Es un documento de valor médico y de potencial valor legal. Se considera completo cuando contiene suficiente información acerca de los acontecimientos que justifiquen el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final. Siempre debe estar escrito con letra clara y legible, en toda su estructura.

Debe instruirse a personal involucrado - médicos, enfermeras, auxiliares y otro personal como nutricionistas, etc - actualizar sus nombres y apellidos completos para la elaboración del archivo clínico.

Aspectos legales

La historia clínica es un documento de valor legal potencial, es propiedad del hospital y se elabora y conserva para beneficio del enfermo. Sin embargo, su contenido pertenece exclusivamente al paciente, por-

que se trata de información personal, de ahí que se considere totalmente confidencial y privado. En consecuencia, el hospital puede expedir copias o resúmenes (epícrisis) de las historias clínicas únicamente en los siguientes casos:

- A solicitud del paciente.
- A requerimiento fiscal u orden judicial.
- A solicitud escrita de un médico, para continuar el tratamiento del paciente, con autorización del interesado.
- Con fines estrictamente científicos. En esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencia, manteniendo el caso bajo anonimato.
- A solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado.

9.1.3.1 Valor probatorio de la Historia Clínica

Probar significa demostrar la existencia de los hechos afirmados por la partes. La historia clínica, constituye una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo, especialmente en los procesos por ejercicio inadecuado de la medicina. En la medida en que se hayan seguido los protocolos de actuación y apuntado las órdenes y resultados en la historia clínica, sirve como un descargo de la actuación médica.

Si bien no se elabora originalmente, como elemento probatorio, la historia clínica asume este carácter cuando surge un conflicto medicolegal. En ocasiones constituye prueba por sí misma cuando a través de ella se evidencia impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico, como causa generadora del daño al paciente. En casos donde no se observa, deduce o denota error alguno, solamente tiene carácter de indicio.

Por ser un instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión de los operadores de justicia, la historia clínica requiere una interpretación o “traducción” por parte del médico forense o del médico legista, para que pueda ser entendible y para que adquiera valor probatorio.

9.4 Documentos médico-legales, con valor probatorio preconstituido

Los documentos de este grupo son:

1. El informe médico forense.
2. Informe médico legal.
3. Certificado de defunción.
4. El informe de autopsia.

En nuestra legislación están previstos los informes médico-legales dentro de la pericia:

- El Artículo 204, del Nuevo Código de Procedimiento Penal, dice: “Se ordenará una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados en alguna ciencia, arte o técnica”.
- Perito: “es la persona que posee conocimientos científicos, artísticos o prácticos y que, a través de la denominada prueba pericial ilustra a los tribunales con los conocimientos propios, para la existencia de mayores elementos de juicio, informando bajo juramento” (Jouvencel, 2002).
- Y el Artículo 205° establece que “ Serán designados peritos quienes, según reglamentación estatal, acrediten idoneidad en la materia.”

Pero sin embargo hace una gran excepción en el caso de los médicos, ya que indica que serán los médicos forenses quienes realicen el examen médico oficial. Por tanto, se deben separar las dos clases de informes médico-legales: el oficial del médico forense y el solicitado a un médico no oficial, pero que debería tener especialidad o maestría en medicina forense.

El Artículo 206° establece que “El fiscal ordenará la realización de exámenes médico forenses del imputado o de la víctima, cuando éstos sean necesarios para la investigación del hecho denunciado, los que se llevarán a cabo preservando la salud y el pudor del examinado. Al acto sólo podrá asistir el abogado o una persona de confianza del examinado, quien será advertido previamente de tal derecho”.

9.4.1 Informe médico legal, médico forense o dictamen médico legal

Por tanto, el informe pericial, experticia o pericia, debe ser elaborado de la misma forma en ambos casos, según sea el oficial o el de las partes, es decir a requerimiento fiscal u orden judicial, o tras autorización judicial de la solicitud de las partes.

Consta de las siguientes partes:

- Parte inicial
- Parte expositiva
- Parte reflexiva
- Parte conclusiva

9.4.1.1 Modelo de Informe Pericial

El informe pericial contendrá la información del peritaje que se ha llevado a cabo previamente y por tanto es el instrumento de comunicación entre la Medicina Forense y el Derecho. Materializa las respuestas a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito, por lo que deberá estar configurado y confeccionado de manera que proporcione de forma comprensible la información suficiente, precisa y objetiva para las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho.

Parte inicial

Se trata de un encabezamiento inicial en el que se especifican los datos de filiación de los peritos, titulaciones y otros datos sobre su ejercicio profesional.

Contiene asimismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que ha solicitado dicho informe, así como los datos (numeración, fecha, etc.) del expediente en el ámbito administrativo o bien los datos de archivo del Juzgado, citando en ese caso textualmente lo que se solicita de la pericia.

Finalmente aparece el nombre de la persona, objeto del peritaje forense. Nombre completo del informado.

Parte Expositiva

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde ha sido explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas.

Antecedentes Personales

En este apartado se incluye información de dos tipos, ambas ordenadas cronológicamente:

Aspectos biográficos

- Se incluirían aquí por un lado datos de tipo evolutivo, gestación, parto, problemas neonatales, enfermedades infantiles.
- Escolarización, integración en el medio escolar y nivel de estudios adquirido.
- Servicio Militar (en su caso) que también es buen índice de adaptación.
- Historia laboral, cambios de empleo si los ha habido, motivos, nivel de integración en el medio laboral, etc.
- Relaciones amistosas y afectivas.
- Historia familiar, relaciones con padres, hermanos, matrimonio, relación con el cónyuge, con los hijos, etc.

Patobiografía

- Incluye el historial patológico del informado, enfermedades padecidas por el mismo, tanto de naturaleza psíquica como orgánica.
- Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, informes de ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados médicos, informes de médicos de empresa, etc.
- Se ordenan cronológicamente detallando fecha del documento, nombre del facultativo, especialidad, lugar donde se emite el informe y a continuación se extraen de forma textual los datos de interés que aparecen en dicho informe: exploración, diagnóstico y conclusiones.

Antecedentes Familiares

En este apartado se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares patológicos en la familia.

Parte reflexiva

Es la evaluación mediante un razonamiento lógico y claro en el que se relacionan los elementos estudiados en la parte inicial y de exposición de datos. Se integran todos los datos obtenidos, junto a los resultados de los estudios y de otras pruebas médicas complementarias que se hayan practicado, añadiendo comentarios y referencias de experiencias anteriores. Todo lo anotado permitirá justificar la parte conclusiva.

Parte conclusiva

Debe sintetizar la opinión del perito, de modo concreto, breve y si es posible también de forma categórica, en base a la relación de los hechos por los que se solicita la pericia. Es deseable que se formule una conclusión en forma de diagnóstico en ajuste a los criterios y códigos de las actuales clasificaciones diagnósticas (CIE-10 y DSM-IV).

Fórmula final

Puede utilizarse alguna de estas expresiones: "A la disposición del señor Juez, para cualquier información adicional que considere pertinente" o "Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido encomendada". La fórmula final incluye la firma del médico.

Si el dictamen o informe médico legal ha sido mal elaborado, será necesario elaborar otros informes aclaratorios o de ampliación.

La aclaración tiene el propósito de dar una mayor o mejor explicación de aspectos que no se entendieron adecuadamente. El perito no debe abusar de términos técnicos y si se los utiliza es necesario explicarlos en su acepción vulgar.

La ampliación tiene por finalidad que el perito profundice en aspectos en los que fue omiso o demasiado parco.

10. INFORME PSICOLÓGICO FORENSE

Materializa la respuesta a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito de psicología o psiquiatría. Debe estar configurado y confeccionado de manera que proporcione, de forma comprensible a los sistemas jurídicos, la información psicológica operativa para las decisiones jurídicas. Su peso en las decisiones jurídicas es indudable.

Resume, concreta y sintetiza la información psicológica y la pone a disposición de la justicia de forma comprensible y adaptada a las necesidades.

Emitido por orden de autoridades o a petición de particulares (partes), es el principal instrumento de comunicación entre la psicología, la psiquiatría y el derecho.

10.1 Estructura del informe psicológico

Parte inicial

- Datos de filiación y titulaciones del perito (a).
- La autoridad o persona que solicita el informe.
- Las cuestiones concretas que deben ser esclarecidas.
- El lugar donde se han realizado las exploraciones.
- Los datos (médicos o informativos) en los que se basa el informe (nombre de la persona y objeto de peritaje).

Parte reflexiva

Antecedentes psicopatológicos familiares y personales:

- Enfermedades previas.
- Tratamientos psicológicos o psiquiátricos.
- Rasgos predominantes de carácter.

Biografía y Patobiografía:

- Parto y lactancia.
- Las diversas etapas de la infancia.
- La adolescencia.
- Desarrollo y rendimiento académico.
- Aspectos profesionales.
- Acontecimientos importantes de su vida.
- Relaciones amistosas y afectivas.
- Actividad y conducta sexual.
- Ambiente familiar y social en que han transcurrido las etapas de la vida.

Presentación y actitud de la víctima en los reconocimientos:

- Visión general de su aspecto, cuidado personal, constitución y aspectos somáticos.
- Comportamiento durante las exploraciones.
- Expresión facial y movimientos inconscientes.
- Uso y riqueza del lenguaje.
- Actitudes y posiciones ante la exploración.
- Naturaleza del contacto y "raportt" afectivo con el explorador.

Referencias subjetivas a los hechos o las circunstancias que motivan la exploración:

- Recuerdo de los hechos.

- Valoración de las circunstancias.
- Actitud actual ante los hechos.

Exploración Psicopatológica:

- Exploración de la senso-percepción (alucinaciones, ilusiones).
- Sentimiento del Yo (despersonalización, desrealización).
- Curso del pensamiento (flujo, contenido, pensamiento abstracto).
- Exploración de la afectividad (estado del ánimo, expresión afectiva, adecuación).
- Inteligencia y escolaridad (estimación clínica o psicométrica).
- Orientación (en el tiempo, en el espacio, persona, situación).
- Memoria (remota, reciente, inmediata).
- Capacidad de juicio (para manifestación verbal y/o conductual, tolerancia a la frustración).
- Resultados de las exploraciones y pruebas médicas.

Exploración Psicológica

- Descripción del estado de las funciones mentales.
- Resultados de los tests y las otras exploraciones psicológicas.
- Descripción de la personalidad.

Diagnóstico

- Expresión de un diagnóstico ajustado a las nosologías en uso (DSM-IV o CIE-10).
- Debe ser homogéneo y equiparable para todos los peritos (las contradicciones periciales despiertan recelo en los tribunales).

Parte expositiva

Consideraciones y valoración psicológica legal

- Descripción general del reconocimiento, según el diagnóstico y las exploraciones psicológicas.

- Partes del psiquismo afectadas y grado de afectación.
- Opinión pericial sobre las cuestiones que motivan la pericia.

Consideraciones y valoración psicológica legal

- Evolución previsible, duración y pronóstico.
- Influencia del trastorno mental en los hechos o circunstancias que motivan el informe.
- Otras cuestiones en relación a la finalidad del informe (Conveniencias de tratamiento, internamiento, etc.)

Conclusiones

- ¿Padece un trastorno?
- ¿Afecta a funciones psíquicas?, ¿Cuáles?
- ¿En qué intensidad?
- ¿Coincidente o vinculado con los hechos?
- Cuestiones concretas que se preguntaron (necesidades de tratamiento o medidas de protección, etc.).

Glosario

ABANDONO

Se refiere al incumplimiento de obligaciones por parte de quien está comprometido a proveer cuidados y protección, y se puede manifestar en diferentes aspectos: en la alimentación, control o cuidados rutinarios, en atención emocional, necesidades médicas, vestido, vivienda y otros. Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres (Versión preliminar).

ABORTO

Es la pérdida del producto de la concepción antes de la 22ava semana de gestación o cuando el peso fetal es menor a 500 gramos (OMS/OPS 1999).

ABORTO COMPLETO

Cuando se expulsa la totalidad del contenido uterino, el feto y sus anexos (Ginecología, Pérez Sánchez Alberto, 1997).

ABORTO EN CURSO, INMINENTE O INEVITABLE

Se considera aborto en curso inminente o inevitable cuando alguna de las siguientes condiciones esté presente: ruptura franca de las membranas ovulares con pérdida del líquido amniótico, hemorragia profusa o no, dilatación cervical que puede estar acompañada con dinámica uterina (Ginecología, Pérez Sánchez, Alberto. 1997).

ABORTO IMPUNE

Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro incesto no se aplicara sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso (Art. 266 Código Penal Boliviano)

ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión incompleta del feto o de sus anexos. También se denomina restos de aborto (Ginecología, Pérez Sánchez, Alberto. 1997)

ABORTO SÉPTICO

Es el aborto complicado con un proceso infeccioso que puede ser localizado, propagado o generalizado que compromete severamente el estado de la paciente (Ginecología, Pérez Sánchez, Alberto. 1997)

ABUSO DESHONESTO

Son actos libidinosos que no constituyan acceso carnal, es decir penetración. Comprende tocamientos impúdicos, como el manoseo e incluso el roce o frotamiento con el pene sobre las partes del cuerpo, sin que haya penetración (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACCESO CARNAL

Es la penetración o introducción del pene en la cavidad vaginal o anal (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACCION PENAL

La acción penal será pública o privada (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACCION PENAL PRIVADA

La acción penal privada será ejercida exclusivamente por la víctima, conforme al procedimiento especial regulado en este Código. En este procedimiento especial no será parte de la Fiscalía (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACCION PENAL PUBLICA

Será ejercida por la Fiscalía en todos los delitos perseguibles de oficio sin perjuicio de la participación que el Código reconoce a la víctima.

La acción penal pública será ejercida a instancia de parte sólo en aquellos casos previstos expresamente en este Código.

La acción penal pública no se podrá suspender, interrumpir ni hacer cesar, salvo en los casos expresamente previstos por

la ley (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACCION PENAL PUBLICA A INSTANCIA DE PARTE

Cuando el ejercicio de la acción penal pública requiera de instancia de parte, la Fiscalía la ejercerá una vez que ella se produzca, sin perjuicio de realizar los actos imprescindibles para conservar los elementos de prueba, siempre que no afecten el interés de la víctima. La instancia se ha producido cuando se formule la denuncia del hecho.

El fiscal la ejercerá directamente cuando el delito se haya cometido contra:

1. Una persona menor de la pubertad
2. Un menor o incapaz que no tenga representación legal
3. Un menor o incapaz por uno o ambos padres, el representante legal, o el encargado de su custodia, cualquiera sea el grado de su participación

La instancia de parte permitirá procesar al autor y a todos los partícipes sin limitación alguna (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

ACEPTAR

Actitud positiva de acogida y/o apertura, hacia algo, un hecho, un juicio, una idea, una creencia, o a alguien. La aceptación se manifiesta a través de conductas de acercamiento o aproximación hacia el objeto aceptado y puede originar en el sujeto procesos de asimilación con lo aceptado (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACOSO SEXUAL

Ocurre en cualquier momento donde una persona involuntaria es intimidada a actividades sexuales por otra persona que se encuentra en posición de poder o dominación, la negación de la víctima puede tener consecuencias económicas, profesionales o sociales. (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ACTOS OBSENOS

El que en lugar público o expuesto al público realizare actos obscenos o los hiciere ejecutar por otro (Código Penal Boliviano).

ANESTESIA GENERAL

Estado de inconsciencia y pérdida completa de sensibilidad producido por la administración de un anestésico por inhalación o por vía intravenosa o intramuscular; también denominada anestesia quirúrgica. (Diccionario Médico de Dox Melloni Eisner, 1983)

ANESTESIA LOCAL

Abolición parcial de la sensibilidad, realizada en una zona limitada del cuerpo, provocada artificialmente. (Diccionario Médico de Dox Melloni Eisner, 1983)

ANTICONCEPCION

Conjunto de métodos u opciones que permite a las parejas y/o individuos, ejercer sus derechos reproductivos y regular su fecundidad cuando lo deseen. (Norma Boliviana para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, 1998)

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

Es un método anticonceptivo que previene del embarazo no deseado, si se lo toma hasta 72 horas después una relación sexual no protegida y en fechas de peligro de embarazo (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Procedimiento quirúrgico ambulatorio, utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo con úteros compatibles por fondo uterino de hasta 12 semanas de gestación, incluyendo biopsia de endometrio, mediante la aspiración del contenido uterino con jeringa y cánulas flexibles de Karman o cánulas EasyGrip (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

AUTOESTIMA

Es el conocimiento, la aceptación el respeto y la afirmación que cada persona tiene de sí mismo/a a través del análisis de los propios valores y del reconocimiento de sus potencialidades y carencias (CAIA, Manual de Capacitación a Adolescentes).

AUTORITARISMO11

Toda utilización deformada, excesiva de la autoridad por parte de quien la ejerce.

BIOETICA

Es una subdivisión del cuerpo de la ética, se refiere a las relaciones entre proveedores de servicios de salud y quienes los reciben, aborda aspectos clínicos y de atención en salud, la investigación con seres humanos y animales y de las políticas de salud y medio ambiente. (PROFAMILIA, Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho).

CALIDAD DE ATENCION

La calidad de atención es una filosofía de atención integral y humana orientada hacia la satisfacción de las/los usuarios/as. Permite mejorar los niveles del servicio integral para hombres y mujeres mediante cambios en las relaciones personales, así como en las prácticas administrativas y técnicas. La atención con calidad potencia la responsabilidad, conocimiento y autonomía del/la usuario/a, su autoestima, y el ejercicio de su dignidad y sus derechos (CIDEM - FHI, Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva, 1999)

CAPACITACION

La capacitación es un proceso educativo que permite desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas dirigidas a comprender y transformar comportamientos y actitudes en uno/a mismo/a y en su relación con los demás (Componente Educativo, UNFPA).

CERTIFICADO MEDICO

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el profesional ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio u otros realizados al paciente o por haber sido testigo de la enfermedad, se encuentra en un formulario emitido por el Colegio Médico de Bolivia (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

COACCION

Es la acción de intimidación a una persona para que participe de un acto sexual, si hubiere negación puede ser sujeta de represalias económicas, profesionales y/o sociales. La persona que coacciona está en posición de poder o de dominación (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

CODIGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

Establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia (Código de Familia).

COMUNICACIÓN

Es un proceso en constante cambio en el que dos o más personas intercambian ideas, pensamientos, experiencias, deseos, sentimientos e información en condiciones de mutuo respeto. Es un proceso de ida y vuelta de manera intercalada, es decir "alguien que dice algo por medio de algo a alguien" (CAIA, Manual de Comunicación).

CONDUCTAS VIOLENTAS

Todos los seres humanos, como parte de la sexualidad, acumulan tensiones y agresividad en sus actividades cotidianas, lo importante es, cómo los seres humanos manejan esas agresividades y tensiones, es decir cómo las descargan o neutralizan, algunas personas lo hacen, mediante actividades deportivas, religiosas o recreacionales, otras pueden recurrir al llanto como forma natural para descargar tensiones, pero muchas personas, especialmente hombres, lo hacen mediante conductas violentas (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

CONSENTIMIENTO

Cuando la persona está de acuerdo con el ejercicio sexual sin mediar fuerza o coacción (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento de autorización al personal médico para realizar los procedimientos necesarios y convenientes en procura de restablecer la salud de la mujer. Deslindando de toda responsabilidad por cualquier complicación o fallecimiento no controlables o imprevisibles. Autorización firmada por la mujer o un familiar de la misma, o ambos (CICAPA).

CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

Establece el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad de todo ser humano. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de la infancia y defenderá los derechos del niño. Establece derechos y garantías y consagra principios y procedimientos que garantizan la libertad individual (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar)

CORRUPCION DE MENORES

El que mediante actos libidinosos o por cualquier otro medio, corrompiera o contribuyera a corromper a una persona menor de 18 años (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Es competente para conocer la sustanciación y resolución de:

1. Los recursos de casación
2. Los recursos de revisión de sentencia condenatoria ejecutoriada
3. Las solicitudes de extradición

(Nuevo Código de Procedimiento Penal).

CULTURA

Es un instrumento poderoso que modela la personalidad de hombres y mujeres, influyendo en su manera de razonar, en las representaciones sociales, en la escala de valores o principios, prejuicios mitos, costumbres, creencias, tradiciones e ideas que comparte una determinada sociedad y que operan como parámetros de conducta. Estas costumbres recibidas y usadas al interior de un grupo social, adquieren fuerza de derecho al estar ratificadas por el consenso social (Graciela Ferreira).

CULTURA

Sistema de usos, costumbres y relaciones, tradicionalmente enraizadas, que da al individuo el sentido de su existencia en su medio.

CULTURA DEL TERROR

La extorsión, el insulto, la amenaza, la bofetada, la paliza, el azote, el cuarto oscuro, la ducha helada, el ayuno obligatorio, la prohibición de salir, la prohibición de decir lo que se piensa, la prohibición de hacer lo que se siente y la humillación pública son algunos de los métodos de penitencia y tortura tradicionales en la vida de la familia. Para castigo de la desobediencia y el escarmiento de la libertad, la tradición familiar perpetúa una cultura del terror que humilla a la mujer, enseña a los hijos a mentir y contagia la peste del miedo (Eduardo Galeano, El Libro de los Abrazos).

DEBILIDAD

Aspecto en que alguien o algo se muestra débil. Calidad o condición de el/ella que tiene poca fuerza.

DENUNCIA INMEDIATA

Denuncia de un episodio de violencia sexual dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, en estos casos se cuenta con el tiempo suficiente para prevenir embarazos, ITS, VIH y colección de muestras recientes (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

DENUNCIA TARDIA

Denuncias que se interponen después de las 72 horas de ocurrido el episodio de violencia sexual, en estos casos no se cuenta con el tiempo suficiente para prevenir embarazos, ITS, y VIH (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

DERECHOS HUMANOS

Son un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad, y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre los derechos humanos, entre ellos: el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de información, educación y los medios para ello. El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (Plataforma 95; CIPD Principio; CMDX Programa; CED 1.995)

DERECHOS SEXUALES

Incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia (CCMM Plataforma 1996).

DETECCION DE LA VIOLENCIA

Actividades de la política de detección de la violencia, especialmente en el registro e información de la atención para la formulación de políticas (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

DISCIPLINA

Orden y forma de conducta impuestos mediante leyes y normas precedentes de la autoridad competente o autoimpuestas, así como el modo de actuar acorde con tales normas y leyes.

DISCRIMINAR

Marginar a una persona del resto del grupo al que pertenecía. No aceptación, por parte de un grupo, de otros individuos con características diferentes a las suyas.

EDUCACION SEXUAL

Es un proceso a través del cual las personas aprenden a desarrollar actitudes y valores que les permiten asumir y vivir su sexualidad y la de otros en forma sana, placentera y responsable. Brindar educación sexual no es inmiscuirse en la intimidad de las personas, sino darles conocimientos y armas necesarias para que puedan decidir y actuar con libertad y responsabilidad y no se por instinto. Para la educación sexual el conocimiento es importante y debe ser el punto de partida. La mayor parte de las actitudes inadecuadas se basan en conocimientos equivocados, la privación cultural, la ignorancia de la fisiología sexual, los peligros y cuidados constituyen el fondo de la mayoría de las alteraciones en asuntos sexuales (Master y Jonson, 1967).

ELECCION INFORMADA

Proceso por el cual una persona toma una decisión sobre su atención en salud. Debe estar basada en el acceso a toda la información necesaria y la plena comprensión desde su punto de vista. El proceso debe resultar en una decisión libre e informada de la persona acerca de si desea o no recibir servicios de salud y, si es así, qué método o procedimiento de anticoncepción (planificación familiar) va a ser suministrado, el proveedor tiene la responsabilidad de facilitar el proceso de elección informada (Elección Informada, AVSC Internacional, 1998)

ENSEÑAR

Es comunicar los conocimientos aprendidos y aprender es adquirir nuevos conocimientos o fortalecer los anteriores en la interrelación entre el facilitador/a y los y las participantes, de manera que todos enseñan y aprenden, rescatando las experiencias vividas por cada uno/a (Componente Educativo UNFPA).

ESTUPRO

Es el acceso carnal con persona de uno u otro sexo, mayor de 14 años y menor de dieciocho, mediante seducción o engaño (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

ETICA

No es una disciplina específica, es más bien múltiple al ser constituida por la intervención de varias ciencias y disciplinas, como la filosofía, la biología, las ciencias de la salud, el derecho y otras, se alimenta constantemente con el avance y las nuevas perspectivas que se van desarrollando en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (PROFAMILIA. Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho).

EVALUACION

Actividad sistemática y continua, integrada dentro de un proceso que tiene por objeto proporcionar la máxima información para mejorar este proceso, reajustando sus objetivos, revisando críticamente planes y programas, métodos y recursos.

FACILITADOR

Alguien que hace más fácil conseguir un objetivo. El papel del facilitador/a en el proceso de aprendizaje es muy importante porque además de conocer el tema, debe promover la participación para fomentar la reflexión y conducir a la discusión colectiva en un ambiente permanente de construcción de conocimientos en un intercambio horizontal de saberes acumulados, bajo el supuesto que nadie tiene la verdad absoluta, en el marco del respeto (Componente Educativo, UNFPA).

FORENSE

Médico forense que ejerce sus funciones por delegación judicial o municipal (Diccionario Larousse).

FORTALEZA

Aspecto en que alguien o algo se muestra fuerte. Condición de cualidad necesaria para realizar una acción.

GENERO

El género es una construcción, social, cultural e histórica que asigna ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Las personas nacemos con la diferencia de sexo, la adscripción de características de género es construida socialmente. (CIDEM - FHI, Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva, 1999)

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación manifestada por hemorragia genital, con o sin expulsión del producto de la concepción, que pone en riesgo la vida de la madre (lpas).

HIMEN

Formación membranosa que ocluye parcialmente el orificio externo de la vagina (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

INFORMACIÓN

Como un proceso de comunicación unidireccional, consiste en la transmisión de ideas, expresiones y conceptos a una persona o un grupo de personas con el objetivo de promover y dar a conocer temas de salud. La información específica sobre anticoncepción implica dar a conocer los métodos anticonceptivos que existen, puede hacerse por diferentes medios y como un proceso individual y grupal, no obstante, la sola información no ayuda a la elección de un método anticonceptivo.

INFORMACIÓN

Es un proceso de transferencia de datos de un emisor a un receptor. La emisión es unilateral, es decir, sólo el emisor transfiere mensajes, siendo el receptor un participante pasivo.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Se orienta a que la víctima y la familia reconozcan la existencia del problema, la necesidad de solucionar la crisis, concretizar la toma de acciones para modificar comportamientos en la víctima y en el entorno.

INVESTIGACIÓN

El Ministerio Público tendrá la responsabilidad de crear, en coordinación con la Policía Nacional equipos interdisciplinarios que colaboren en la investigación de las denuncias de delitos contra la libertad sexual (Código Penal Boliviano).

JUECES CIUDADANOS

Para ser juez ciudadano se requiere:

Ser mayor de 25 años

Estar en pleno ejercicio de los derechos ciudadanos

Tener domicilio conocido

Tener profesión, ocupación, oficio, arte o industria conocidos

(Nuevo Código de Procedimiento Penal).

JUICIO ORAL Y PÚBLICO

El juicio es la fase esencial del proceso. Se realizará sobre la base de la acusación, en forma contradictoria, oral, pública y continua, para la comprobación del delito y la responsabilidad del imputado con plenitud de jurisdicción (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

JURISDICCION

Corresponde a la justicia penal el conocimiento exclusivo de todos los delitos, así como la ejecución de sus resoluciones, según lo establecido en el Código. La jurisdicción penal es irrenunciable e indelegable, con las excepciones establecidas en el Código (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

JUSTICIA

Es el principio ético que el derecho y las instituciones legales como los tribunales buscan aplicar (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

Procedimiento quirúrgico hospitalario utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo hasta las 22 semanas de gestación, incluyendo biopsia de endometrio, mediante la extracción del contenido uterino con curetas metálicas (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

LEY DE PROTECCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano (Código Penal Boliviano).

MALTRATO INFANTIL

Es toda forma de perjuicio o abuso físico psicológico, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluida la violencia sexual, mientras la niña niño o adolescente se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Diagnóstico y Abordaje del Maltrato Infantil en Bolivia).

MIEDO

Reacción emocional natural ante amenazas reales o imaginarias que tiene la función adaptativa de preparar fisiológicamente al organismo para una posible huida.

MODELO INTEGRAL DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN A LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Es un proceso de atención, preventivo y curativo para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo como una forma de reducir la morbilidad materna y está constituido por cinco elementos: Vinculación entre la comunidad y proveedores de servicios; Orientación, Tratamiento del aborto incompleto y de alto riesgo; Servicios de anticoncepción en el post aborto y anticoncepción de intervalo; Vinculación con servicios de Salud reproductiva y Salud Integral (Ipas).

MORBILIDAD

La morbilidad consta de la incidencia y de la prevalencia. La incidencia trata de los casos nuevos de enfermedad adquiridos durante un determinado período. La prevalencia tiene que ver con la existencia de casos (nuevos y viejos) de enfermedad en un determinado momento o en un determinado período (Fundamentos de Epidemiología, Karl-Martin Colimon, 1990)

MORTALIDAD

Los aspectos de mortalidad se refieren a los sujetos que mueren en un determinado lugar a consecuencia de cualquier patología o por una causa específica, durante un período dado (Fundamentos de Epidemiología, Karl-Martin Colimon, 1990)

NORMA

Documento establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para uso común o repetido, reglas, lineamientos y/o características para actividades o sus resultados, garantizando un óptimo grado de orden en un contexto dado (IBNORCA. Normalización y actividades relacionadas, Guía Boliviana NB/150/IEC 2. 1998)

ORIENTACIÓN

La orientación permite a mujeres, hombres y adolescentes, una elección libre e informada, facilita su participación en el auto-cuidado, mejora la satisfacción con el método (aceptación de los posibles efectos secundarios), mejora el modo de uso del MAC (instrucciones y seguimiento) y mejora la satisfacción con el servicio recibido. Para una orientación efectiva es necesario tener en cuenta los 5 pasos, para su aplicación el/la orientador/a debe desarrollar destrezas y habilidades de

comunicación interpersonal. No debe enfocarse solo al uso de métodos anticonceptivos pues es necesario tomar en cuenta otros aspectos fundamentales de la salud sexual y salud reproductiva como ITS, sexualidad, cáncer cérvico uterino y de mama, inmunización con toxoide tetánico y micro nutrientes entre otros. El/la proveedor/a debe conocer y enfocar la orientación en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta las normas establecidas de orientación del Ministerio de Salud y Deportes en el "Texto de Referencia de Salud Sexual y Reproductiva" vigente.

ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

Es una interacción de persona a persona a través de la cual el/la proveedor/a de salud (orientador/a) asiste a la mujer, hombre o pareja a elegir el método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características de la persona y del método. Implica respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de la persona para tomar decisiones. (Díaz, M y Cabral, F, 2001. "Optimizando la Calidad y Humanizando la Atención en Planificación Familiar y Otros Componentes de la Salud Sexual y Reproductiva" Proyecto Reprolatina, Population Council, U. de Michigan).

POLICIA NACIONAL

La Policía Nacional, en la investigación de los delitos, se encargará de la identificación y aprehensión de los presuntos responsables, de la identificación y auxilio de las víctimas, de la acumulación y seguridad de las pruebas y de toda actuación dispuesta por el fiscal que dirige la investigación, diligencias que serán remitidas a los órganos competentes (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

PREVENCIÓN

La prevención entendida como acciones destinadas a evitar que suceda determinado problema o fenómeno. Preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos; Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

La prevención de la violencia es una actividad que adquiere importancia, se le asigna mayor esfuerzo en las acciones a los sectores encargados de la atención a víctimas de violencia sexual (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar)

PROCEDIMIENTO

Método, operación o serie de operaciones con que se pretende obtener un resultado. Modo de ejecutar alguna cosa. Modo de practicar una operación; método; técnica. (Diccionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, 1992)

PROCESO

Evolución de un fenómeno a través de varias etapas conducentes a un determinado resultado.

PROCESO DE REORGANIZACIÓN PSICOLÓGICA

La mayoría de las víctimas experimentan una desorganización en su estilo de vida. El proceso de reorganización depende de tres factores:

- a) La propia resistencia del individuo
- b) El soporte social
- c) El apoyo de las primeras personas que tratan con la víctima

No todas las víctimas experimentan los mismos síntomas ni el mismo período de recuperación, ni siquiera la misma secuencia (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

PROFILAXIS

Preservación de las enfermedades (Diccionario Larousse).

PROTOCOLO

Conjunto de reglas que rigen el intercambio de información entre dos equipos o entre dos sistemas conectados entre sí, redactados como informes que se escriben inmediatamente después de realizado una intervención (Diccionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, 1992)

PROTOCOLO

Es la descripción de los procedimientos establecidos por una institución para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de acuerdo a enfermedades (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

PROXENETISMO

Quien mediante engaño, abuso de una situación de necesidad o de una relación de dependencia o de poder, violencia o amenaza, o por cualquier otro medio de intimidación o coerción, para satisfacer deseos ajenos o con ánimo de lucro promover, facilitar o contribuir a la corrupción o prostitución de persona de uno u otro sexo, o la obligara a permanecer con ella (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

REACCIÓN DEPRESIVA O DEPRESIÓN REACTIVA

Es un trastorno del estado de ánimo, como reacción ante una situación negativa como la violación y se presenta con baja autoestima, angustia, sentimiento de desamparo e indefensión, ideas obsesivas, intentos de suicidio, ideas de incompetencia, desesperación, desconcentración, falta de memoria, llanto frecuente (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

REACCIONES PSÍQUICAS DESPUÉS DE LA VIOLACIÓN

Insomnio, no pueden relajarse para dormir.

Reacciones emocionales: miedo humillación, desconcierto, ideas de venganza y auto reproches

(Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

REACCIONES SOMÁTICAS DESPUÉS DE LA VIOLACIÓN

Trauma físico, dolor por las contusiones. Tensión muscular esquelética, cefaleas. Trastornos gastrointestinales. Trastornos genito urinarios. (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

RED

Es el conjunto de organizaciones de la comunidad e instituciones de diferentes sectores como: salud, educación, policía, jurídico legal y otros, que unen esfuerzos para desarrollar actividades, con el propósito de prevenir y atender la violencia intrafamiliar.

Constituye una estrategia importante en la lucha contra la violencia intrafamiliar, sexual, ya que al unir capacidades aseguran mecanismos de coordinación para enfrentar el problema, planifican participativamente, programan y ejecutan soluciones en forma conjunta.

Tiene relación con el empoderamiento de la comunidad y el ejercicio de los derechos (UNFPA).

ROL

Conjunto de expectativas de comportamiento exigidas a los y las que ocupan una posición social determinada. Es el conjunto de tareas y funciones derivadas de una situación o status de una persona en un grupo social, los táreles tradicionalmente femeninos se han derivado de las funciones relativas a la maternidad: cuidado y protección de hijos/as, y el mantenimiento del mundo domestico, atender el aspecto afectivo familiar y ser el complemento del hombre. Los roles tradicionales masculinos se han derivado del mantenimiento o sostén económico, así como de las relaciones con el trabajo profesión o actividades extrafamiliares: es decir, de lo que se llama el mundo público.

SALUD REPRODUCTIVA

Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad de hacerlo y no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (CCMM Plataforma 94, 97; CIPD 7.2).

SALUD SEXUAL

Es la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexuado, de modo tal que de ello derive el enriquecimiento y el desarrollo de la personalidad humana, la comunicación y el amor (Organización Mundial de la Salud, OMS).

SEXO

Es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales que se diferencian mujeres y hombres.

SEXUALIDAD

Es una dimensión constitutiva del ser humano, hombre y mujer, que cruza todas las experiencias y etapas de la vida. A partir de los estudios de Freud se sabe que el ser humano es sexual desde su nacimiento hasta su muerte. En la especie humana rebasa la esfera de lo meramente biológico y comprende, además de la genitalidad, las dimensiones tanto psíquicas como sociales (amor sentimientos, amistad, etc.) que influyen en el comportamiento (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

SILENCIO DESCUBIERTO

La víctima no denuncia por sí, sino que el prestador/a del servicio lo descubre al indagar las causas de determinada patología, por denuncia o por comportamiento que encubre la violencia sexual (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

SIMBOLISMO

Sistema de representación de una realidad por otra.

SINDROME DEL TRAUMA POR VIOLACION

Burgués y Holmstron describieron y detallaron las fases y los síntomas somáticos, emocionales y conductuales de víctimas de violación y de los devastadores efectos psicológicos que produce la violación, estas fases son:

1. Una reacción aguda inmediata o tras horas o días de la violación
2. Una fase de adaptación sin resolver las consecuencias del impacto psicológico de la agresión
3. Una fase final cuando la víctima tiene ganas de hablar de lo sucedido y hay una integración y resolución de los conflictos generados por el trauma de la violación.

(Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

SUMI

Seguro Universal Materno Infantil. Es una estrategia nacional del Ministerio de Salud y Deportes que organiza, norma y provee financiamiento público para otorgar a la población boliviana un conjunto esencial de prestaciones de salud de alto impacto y bajo costo, ofertando servicios de salud a la mujer durante el embarazo, el parto y el post parto hasta seis meses post parto; y al recién nacido, atención de complicaciones obstétricas y neonatales, atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, inmunizaciones, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar (Lineamientos Estratégicos de Comunicación para el Seguro Básico de Salud / MSPS, 1999).

TALLER

Es una modalidad de capacitación caracterizada por el trabajo en grupo, donde se asume como tarea principal la reflexión sistemática a partir de la experiencia y de los saberes acumulados de los/as participantes, este espacio educativo es muy útil para hablar de temas sensible como la violencia sexual (Componente Educativo UNFPA).

TÉCNICA

Sistema, pericia, conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o arte. Habilidad para usar esos pro-

cedimientos (Diccionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, 1992) Manera de ejecutar un experimento, un acto mecánico o una intervención quirúrgica (Diccionario Larousse Ilustrado, 1999).

TRAFICO DE PERSONAS

Quien induzca, promueva o favorezca la entrada o salida del país o traslado dentro del mismo, de personas para que ejerzan la prostitución, mediante engaño, violencia, amenaza o las reduzca a estado de inconciencia para este fin (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, es una situación emocional que queda después de una violación (OMS - CIE 10).

TRIBUNALES DE SENTENCIA

Estarán integrados por dos jueces técnicos y tres jueces ciudadanos y serán competentes para conocer la sustanciación y resolución del juicio en todos los delitos de acción pública.

En ningún caso el número de jueces ciudadanos será elegido de entre los jueces técnicos (Nuevo Código de Procedimiento Penal).

VIOLACION DE NIÑO/ NIÑA O ADOLESCENTE

Se refiere a quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de 14 años. Penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos (Código de Familia).

VIOLACION EN ESTADO DE INCONCIENCIA

Se refiere a quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos a persona de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconciencia (Código de Familia).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Cualquier acción conducta, basada en su género que causa muerte daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Código de Familia).

VIOLENCIA DOMESTICA

Se consideran hechos de violencia doméstica las agresiones cometidas entre ex cónyuges, ex convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común legalmente reconocidos o no, aunque no hubieran convivido (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

VIOLENCIA EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA

Engloba una serie de comportamientos dirigidos al menoscabo de la autoestima de la mujer. Comprende acciones de menosprecio a su persona o sus ideas, insultos, amenazas, críticas a lo que hace, burlas, comparaciones desfavorables con otras personas, dejar de hablarle, resaltar defectos, poner sobrenombres ofensivos, tratarla como menor de edad, destruir objetos personales, proferir amenazas verbales contra ella y/o sus hijos.

VIOLENCIA EN LA FAMILIA

Es la agresión física, psicológica o sexual cometida por el cónyuge o conviviente, ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, los tutores curadores o encargados de la custodia (Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos).

VIOLENCIA FÍSICA

Comprende un amplio rango de agresiones, desde un empujón o pellizcos, hasta lesiones graves con secuelas físicas permanentes, o la muerte misma. Su rango de gravedad en lo físico va desde hematomas, heridas, fracturas, lesiones en órganos internos, hemorragias, abortos hasta conmoción cerebral y muerte (Normas, Protocolos y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres, Versión Preliminar).

VIOLENCIA SEXUAL

Son conductas que obligan a la mujer, joven, adolescente, niña, niño, a la realización del acto sexual sin su consentimiento ni deseo explícito, hostigamiento sexual, críticas a su comportamiento sexual, comparación denigrante con otras mujeres, introducción de objetos en la vagina y violación. Obligarla a tener relaciones sexuales sin protección contra el embarazo y/o infecciones de transmisión sexual, acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligarla a ver películas o revistas pornográficas o exigirle a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer. Las consecuencias físicas del maltrato sexual son lesiones o infecciones genitales, anales, tracto urinario, bucales y embrazos no deseados (Código de Familia).

VULNERABILIDAD

Persona vulnerable o atacable (Diccionario Larousse).

Bibliografía

ARNEZ, Olga

2002

Salud pública y violencia doméstica e intrafamiliar: Estudio de prevalencia en tres municipios de Bolivia 1997 -1988: Versión resumida. 2° ed. La Paz, OPS/OMS / Ministerio de Salud y Previsión Social / Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

ASO, J

1999

Semiología de los indicios en el cadáver orientados a la recogida de muestras para el laboratorio de biología, en la prueba del ADN en medicina forense. Masson SA.

AYESTARAN, S

1996

El grupo como construcción social. Madrid, Plural.

BASANTA, M

2001

Apuntes de clases teóricas del módulo de sexología y maternoinfantil, de la Maestría de Medicina Forense, La Paz, UMSA mms.

BILLINGS, Deborah y col.

(2004)

Manual operativo: Atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres: Versión final. México, Secretaría de Salud / Ipas.

BILLINGS, Deborah, ROSAS, Francisco y GASMAN, Nadine

2004

En México, sí se puede ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes: Normativa nacional e internacional. México, Ipas / Secretaría de Salud / IMSS / Population Council / MEXFAM / ANDAR / UNISER

BOE

1996

Normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología. Orden de 8 de Noviembre de 1996. s.l., BOE N° 308.

BOLIVIA

2001

Código Penal. La Paz.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2004

Plan Nacional Contra la Violencia Sexual 2004 -2008. La Paz, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva / Programa Nacional de Género y Violencia.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2003

Implementación del modelo de gestión: Redes de salud, DILOS, SUMI y SNUS: Módulo de inducción. La Paz.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2004

Plan Nacional para la salud y el desarrollo integral de los y las adolescentes 2004 - 2008. La Paz.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

1998

Programa nacional de Atención a los y las Adolescentes. La Paz, Unidad Nacional de Salud de la Mujer y el Niño, Departamento del Niño, Escolar y Adolescente.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL.

2000

Norma nacional, reglas y protocolos clínicos para la atención integral a la salud de adolescentes: I - II Nivel de Atención. La Paz, Unidad Nacional de Atención a las Personas.

BOLIVIA. VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO, GENERACIONALES Y FAMILIA.

(2000)

Normas para la atención en Servicios Legales Integrales Municipales, La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia / OPS/OMS.

BOLIVIA. VICEMINISTERIO DE LA JUVENTUD, NIÑEZ Y TERCERA EDAD

2003

Sistema de información de defensorías. La Paz.

BOLIVIA. VICEMINISTERIO DE LA MUJER

1999

Plan Nacional de Políticas para el ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres. La Paz.

BONNET, E.

1978

Medicina Elagal. 2° ed. Buenos Aires, López Libreros Editores.

BRASIL. MINITÉRIO DA SAÚDE.

2004

Norma Técnica: Prevencao e tratamento dos graves resultantes sa violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2° ed. Brasilia, Secretaria de políticas de saúde. Área Técnica Saúde da Mulher.

BRASIL. PREFEITURA DE SAO PAULO.

(2001)

Manual de atencao inmediata à violência sexual para servicios de emergeência. Sao Paulo, Secretaria Municipal de Saúde / Rede de Atencao Integral a Violência Sexual e Doméstica Distrito de Saúde Escola de Butanta.

BURGOS, María, coord.

2002

Los derechos de la mujer en los convenios internacionales. La Paz, Viceministerio de la mujer.

CABALLERO, Dora y ARNEZ, Olga.

2002

Organización de redes para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar. 3° ed. La Paz, OPS/OMS / Ministerio de Salud y Previsión Social / Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

CABALLERO, Dora, QUIROGA, Ana y ENRIQUEZ, Cecilia.

2003

Salud y equidad de género: Plan nacional 2004 -2007. La Paz, Ministerio de Salud y Deportes / OPS.

CALIFORNIA COMMISSION ON PEACE OFFICER STANDARDS

1998

Evidence Colletion Guidelines. California, Training's workbook for the "Forensic Technology for Law Enforcement".

CAMARGO, Filiberto

2003

Las víctimas, niñas/os y adolescentes también tienen derechos: Directrices jurídicas internacionales. Cochabamba.

CAMPOS, Gisela, BORRELLES, Mónica y VELA Mónica.

2003

Guía para el facilitador en la educación sexual con buen trato. La Paz, Fundación La Paz.

CAMPOS, Gisela.

2004

Guía para la intervención en situaciones de abuso sexual (propuesta) La Paz, Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad, mss.

CARVAJAL, Hugo

2003

Caracterización de la violencia intrafamiliar - doméstica en víctimas con examen médico - forense en la Brigada de Protección a la Familia. La Paz, UMSA Tesis de maestría forense.

CARVAJAL, Hugo

2003

Abordaje médico de las víctimas sobrevivientes de violencia sexual. EN: Rada, Luisa y García Eduardo. Sistematización del Proceso de construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. La Paz, Ipas.

CASTELLANO, M y col.

1998

Ficha unificada para la recogida de datos de interés médicolegal en las agresiones EN: Revista de Medicina Legal, Vol XXIII, N° 83.

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES, VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO y AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

1999.

Educador/a adolescente, Manual de Capacitación. La Paz.

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ADOLESCENTES, VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GÉNERO y AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

1999.

Comunicador Adolescente, Manual de Comunicación. La Paz.

COBO, J.

1998

Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual, formularios y guía de exploración y toma de muestras. Barcelona, Masón.

COOK, Rebecca, DIKENS, Bernardy y FATHA, Mahmoud.

2003

Salud reproductiva y derechos humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá, PROFAMILIA.

CHILE. Ministerio de Salud.

2004

Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual. (Santiago).

DÁVALOS, Guillermo y VERA, Gustavo

2001

Diagnóstico y abordaje del maltrato infantil en Bolivia. La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

DEPARTAMENTO DE INTERIOS DEL GOBIERNO VASCO

1999

Operaciones fundamentales d criminalística. s.l., Unidad de Policía Científica.

DREZETT, Jefersson

2003

Presentaciones sobre violencia sexual preparadas para talleres de Ipas - Bolivia.

DREZZET, Jefferson y DEL POZO, Eliana

2002

El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz, Ipas.

ELU, María y SANTOS, Elsa.

2000

Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México, Secretaría de Salud / OPS/OMS.

ESCOBAR, Liz

2003

Abordaje jurídico de la violencia sexual EN: Rada, Luisa y García Eduardo. Sistematización del Proceso de construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. La Paz, Ipas.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. REGIÓN DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL.

(1992)

Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del maltrato físico y negligencia hacia el menor. México.

FERREIRA, Graciela.

1994

La mujer maltratada: Un estudio sobre mujeres víctimas de la violencia doméstica. Buenos Aires, Sudamericana.

FRANCO, Silvia; LAMMERS, Cristina y LUENGO, Ximena. Redactores.

(2000)

Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, OPS / UNFPA.

GARCÍA, Eduardo.

2004

Ley Marco sobre derechos sexuales y reproductivos y su accionar frente a la violencia basada en género. La Paz, Ipas mss.

GARCÍA, Eduardo.

2005

Manual para el llenado de la boleta de registro municipal de violencia. La Paz, Ipas (en prensa).

GRANDINI, J.

1997

Medicina forense. México D.F., Mexicana.

GRUPO DE BIOLOGÍA FORENSE

1998

Guía para la recolección y manejo de vestigios biológicos susceptibles de análisis genéticos: Laboratorio de DNA. Bogotá.

GRUPO DE TRABAJO EUROPEO DE INTERPOL

1998

Informe del Grupo de Trabajo Europeo de INTERPOL sobre análisis de ADN. El Cairo, s.e.

GUISBERT CALABUIG

1998

Medicina legal y toxicología. 5° ed. Barcelona, Masson.

HOCHMEISTER, M. et al

1997

A foldable cardboard box for drying and storage of by cotton swab collected biological samples. EN: Arch Kriminol, October

HOCHMEISTER, M. et al

1997

Effects of toluidine blue and destaining reagents used in sexual assault examinations on the ability to obtain DNA profiles from post-coital vaginal swabs EN: Forensic Science N° 42.

HUICI, Tatiana.

2003

Abordaje psicológico de la violencia sexual EN: Rada, Luisa y García Eduardo. Sistematización del Proceso de construcción de un Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. La Paz, Ipas.

IPAS y VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GENERO, GENERACIONALES Y FAMILIA

2002

Memoria del Simposio Nacional "Violencia Sexual Contra las Mujeres: Un problema de Etica y Justicia". La Paz, Ipas.

KAUFMAN, Michael

1989

Hombres, poder, placer y cambio. Santo Domingo, CIPAF.

KNIGHT, B.

1997

Medicina forense de Simpson. México D.F. El Manual Moderno.

LATHROPE, A

1998

J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs., 25

LORENTE, JA y LORENTE, M

1995

Recogida y envío de muestras al laboratorio. EN: El ADN y la identificación en la investigación criminal y en la paternidad biológica. s.l. Comares.

MAP INERNACIONAL

(2004)

Manual guía para el manejo integrado de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. Cochabamba, Programa una Brisa de Esperanza, mss.

MARQUEZ, Josep-Vincent

1989

Curso Elemental para varones sensibles y machistas rescatables. Barcelona, Papagayo.

MENDOZA, María y URIBE, Rita.

2003

Redes comunitarias para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar y metodologías de intervención. Lima, OPS.

MESA NACIONAL POR LA CULTURA DEL BUEN TRATO

2004

Guía de calidez en la intervención y prevención de la violencia. La Paz, Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad / UNICEF.

MILANO, Flavia

2004

Investigación casos de violencia sexual denunciados durante el año 2002. La Paz, UNICEF / VIJUNTE mss.

MUÑOZ, M.

2000

Personalidad oculta. Sucre, Centro Juana Azurduy de Padilla.

NACIONES UNIDAS. CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER

1995

Informe sobre la Carta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995). Nueva York.

NATIONAL COMMISSION ON THE FUTURE OF DNA EVIDENCE

1999

Identifying DNA Evidence. U.S.A. National Institute of Justice.

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge

2001

El informe pericial en psiquiatría forense. La Paz, MAVA.

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge

2004

La víctima. Sucre, Tupac Katari.

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge

2005

La autopsia: Manual práctico. Sucre, (en prensa).

NÚÑEZ DE ARCO, Jorge y CARVAJAL, Hugo

2004

Violencia intrafamiliar, abordaje integral a víctimas. Sucre, Tupac Katari.

OMS

2003

Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra.

OPS/OMS

2003

Informe Mundial sobre violencia y salud EN: Publicación Científica y Técnica N° 58. Washington D.C.

OPS/OMS

2003

2002 Las mujeres de Bolivia. La Paz OPS/OMS / Ministerio de Salud y Deportes.

PANTOJA, S; CABALLERO, Dora; CARVAJAL, Hugo; NÚÑEZ DE ARCO, Jorge; ROCABADO, Omar y RIVERO, G.

2004

Aspectos de la medicina legal en la práctica diaria: Guía para profesionales de servicios públicos de salud. La Paz, MSD/IDIF/OPS/OMS.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

P.O.S.T. Domestic violence for crisis negotiators: San Diego, Regional Training Center.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

Sexual assault for first responders course. San Diego, Regional Training Center.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

Stalking elements check list. Fresno Police Department Reference Guide.

PEACE OFFICER STANDARS AND TRAINING COMISSION.

2002

Domestic violence for field training officers. San Diego, Regional Training Center.

POPULATION COUNCIL

1999

Mensaje sobre Salud Sexual y Reproductiva. Tomo I. s.l. Oficina Regional para América y el Caribe.

PUERTO RICO. SECRETARÍA DE SALUD.

1997

Protocolo de intervención con sobrevivientes de agresión sexual. 2° ed. (San Juan), Departamento de Salud. Centro de Ayuda a Víctimas de Violación.

QUIROZ, A.

1996

Medicina forense, 8° ed. México D.F., Porrúa.

RADA, Luisa y GARCÍA, Eduardo

2002

Investigación sobre conductas de riesgo en la difusión del vih y sida en la ciudad de El Alto. La Paz, OPS/OMS / CISTAC.

RADA, Luisa y GARCÍA, Eduardo

2002

Sistematización nacional de experiencias de educación para la sexualidad. La Paz, UNFPA.

RADA, Luisa y GARCÍA, Eduardo.

2003

Sistematización del proceso de construcción de un modelo de atención integral para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. La Paz, Ipas - Bolivia

REYES, Teresita y VELASCO, Wilma.

2002

Manual de competencias y procedimientos: Defensoría Municipal de la Niñez y Adolescencia. La Paz, Viceministerio de los Asuntos del Niño, Niña y Adolescente / UNICEF.

ROCABADO, Omar; CARVAJAL, Hugo; NÚÑEZ DE ARCO, Jorge y CORAH, D.

2004

Hacia la normatización de criterios de obtención de evidencias en víctimas sobrevivientes de agresión sexual, tendiente a la identificación molecular por análisis de ADN. EN: Revista, Órgano Oficial del Colegio Médico de La Paz. La Paz, N° 10 (2).

ROCHA, Maritza y CABALLERO, Dora.

2002

Vigilancia epidemiológica para el control de la violencia intrafamiliar. 2° ed. La Paz, Ministerio de Salud y Previsión Social / Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia / OPS/OMS.

ROJAS, N

1976

Medicina legal, 11° ed. Buenos Aires, El Ateneo.

ROSENAUER, Cecilia

2003

Código de Procedimiento penal: Materiales y experiencias de talleres de capacitación. La Paz, GTZ.

SALINAS, Laura

2002

Derecho, género y violencia: Mujeres, niños, niñas y adolescentes en los Códigos Penales de América Latina y el Caribe hispano. Bogotá, Programa Infancia / Universidad Nacional de Colombia / Universidad Autónoma Metropolitana / UNIFEM.

SALINAS, Silvia

1998

Identidad, poder y sexualidad: En adolescentes de zonas peri-urbanas de La Paz y El Alto. La Paz, Educación en Población.

SAUMA, Lucía

2002

Bolivia Diagnóstico de Violencia Sexual en Bolivia. La Paz, Ipas mss.

SCHIRO, G.

1998

Special consideration for sexual assault evidence. Luisiana, Luisiana State Police Crime Laboratory.

SHIRO, G.

1998

Collection and preservation of evidence. Luisiana, Police Crime Laboratory

SHIRO, G.

1999

Collection, packaging, storage and shipment of evidence for DNA tests at cellmark diagnostics. s.l., Cellmark Diagnostics.

SNYDER, L.

1980

Investigación de homicidios. México D.F., Limusa Wiley.

TEKE, A.

1993

Medicina legal. Santiago, Mediterraneo.

UNFPA COMPONENTE EDUCATIVO y MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES

2000

Sistematización de los procesos de capacitación y multiplicación en educación para la sexualidad. La Paz, Componente Educativo / Viceministerio de Educación Alternativa.

UNFPA COMPONENTE EDUCATIVO y MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES

2000

Guía para el manejo de grupos en el taller de educación para la sexualidad. La Paz, Componente Educativo / Viceministerio de Educación Alternativa.

UNFPA COMPONENTE EDUCATIVO y MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES

2000

Cuaderno de Capacitación en Educación para la Sexualidad. La Paz.

UNFPA, Ipas y UNIFEM

2003

Estrategia de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual en América Latina: Hacia el enlace de servicios de salud e iniciativas comunitarias. México, mss.

VANEGAS, A.

2000

Huellas forenses: Manual de pautas y procedimientos en medicina forense. Medellín, Biblioteca Jurídica DIKE.

VARGAS ALVARADO, E.

1999

Medicina legal. 2° ed. México, Trillas.

VARGAS, Luis y GARCÍA, Eduardo.

2004

Sistematización: Construcción de un sistema municipal de información en violencia. La Paz, Ipas.

VEIZAGA, Beatriz y CABALLERO, Dora.

2002

Prevención y atención de la violencia intrafamiliar y doméstica: Módulos de capacitación para formar promotoras y promotores comunitarios. La Paz, Viceministerio de la Mujer / OPS/OMS.

VILLEGAS, Samuel

2004

Sistema de información para la vigilancia ciudadana desde una perspectiva de género: Participación y representación política, violencia familiar o doméstica, feminicidio, La Paz, CIDEM.



República de Bolivia

MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE



República de Bolivia

MINISTERIO PÚBLICO DE LA NACIÓN

Viceministerio
de la  *m u j e r*

FISCALIA GENERAL
DE LA REPÚBLICA
SUCRE • BOLIVIA