

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL MÉDICO DE LOS
PROTOCOLOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL**

RONY ARTURO VÁSQUEZ SARAZUA

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Forenses
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Forenses**

Guatemala, Octubre de 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.310.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Rony Arturo Vásquez Sarazua

Registro Académico No.: 100008328

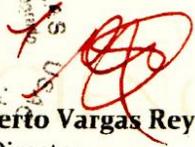
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en **Ciencias Forenses**, el trabajo de TESIS **EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL MÉDICO DE LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Que fue asesorado: Dr. José Santos García Noval MSc.

Y revisado por: Dr. Mynor Iván Gudiel Morales Dr. MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **octubre 2017**

Guatemala, 03 de octubre de 2017


Dr. **Carlos Humberto Vargas Reyes** MSc.
* Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. **Luis Alfredo Ruiz Cruz** MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Ciudad de Guatemala, 25 de julio del 2017.

Doctor(a)

Álvaro Giovany Franco Santisteban MSc.

Coordinador Específico

Maestría en Ciencias Forenses

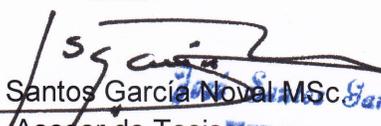
Presente.

Respetable Dr. Franco Santisteban:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **RONY ARTURO VASQUEZ SARAZUA** carné **100008328**, de la carrera de Maestría en Ciencias Forenses, el cual se titula "**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL MÉDICO DE LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**"

Luego de **asesorar**, hago constar que el Dr. VASQUEZ SARAZUA, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen Positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. José Santos García Novat MSc. García Novat
Asesor de Tesis **MEDICO Y CIRUJANO**
1677

Guatemala 31 de julio de 2017

Doctor(a)

Alvaro Giovany Franco Santisteban MSc.

Coordinador Específico

Maestría en Ciencias Forenses

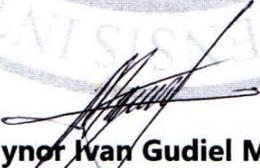
Presente.

Respetable Doctor **Franco Santisteban:**

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor: **Rony Arturo Vásquez Sarazua carné 100008328**, de la carrera de Maestría en Ciencias Forenses, el cual se titula: **EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL MÉDICO DE LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Luego de la **revisión**, hago constar que él Doctor: **Vásquez Sarazua** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales MSc.

Revisor de Tesis

Agradecimientos:

A las mujeres que me han acompañado en esta aventura que se llama vida...

A Yecenia, Ana Gabriela y Valentina por ser el motor de mi vida.

Y a mi madre por ser esa sempiterna luchadora.

Gracias eternas.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

I	INTRODUCCIÓN	1
II	ANTECEDENTES	4
III	OBJETIVO	71
IV	MATERIALES Y METODOS	72
V	RESULTADOS	78
VI	DISCUSION Y ANALISIS	96
VII	CONCLUSIONES	101
VIII	RECOMENDACIONES	102
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104
X	ANEXOS	109

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1	El costo económico de la violencia en Guatemala	9
CUADRO 2	Número de denuncias presentadas al Ministerio Publico	11
CUADRO 3	El costo económico de la violencia en Guatemala	33
CUADRO 4	Teorías sobre la violencia sexual	36
CUADRO 5	Mitos acerca de la violación	44
CUADRO 6	Características de víctima de violación	47
CUADRO 7	Características de los agresores en casos de violación	48
CUADRO 8	Reporte estadísticos nacional de víctimas de delitos sexuales	55
CUADRO 9	La efectividad del sector justicia en los procesos de violencia contra la mujer	56
CUADRO 10	Comportamiento de los médicos del HGO-IGSS al solicitarles participar en el estudio	79

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	Características epidemiológicas de los profesionales médicos Incluidos en el estudio	80
Tabla No. 2	Capacitación complementaria sobre implicaciones médico- Legales en la atención medica recibidas por los participantes	81
Tabla No. 3	Medio por el que han recibido capacitación en aspectos médico- Legales	82
Tabla No. 4	Médicos que consideran necesario la incorporación de temas Médico – legales en las actividades de educación permanente	83
Tabla No. 5	Médicos que han atendido víctimas de violencia sexual dentro De su práctica hospitalaria	84
Tabla No. 6	Pacientes consideradas víctimas de violencia sexual atendidas en El Hospital según el personal médico	85
Tabla No. 7	Médicos que conocen el protocolo institucional sobre atención a Víctimas de violencia sexual	86
Tabla No. 8	Conocimiento de la definición de violencia sexual de acuerdo al Cargo ocupado en la institución	87
Tabla No. 9	Conducta adecuada establecida en la guía institucional que deben Ser utilizadas en casos de violencia sexual de acuerdo al cargo Jerárquico.	88
Tabla No. 10	Conducta considerada como “la más adecuada” utilizada en casos De violencia sexual	89
Tabla No. 11	Actividades que deben ser realizadas por el personal médico de Acuerdo a la guía institucional utilizada en casos de violencia sexual	90
Tabla No. 12	Forma adecuada en que deben ser tomadas las muestras por el Personal médico de acuerdo a la guía institucional usada en casos De violencia sexual	91
Tabla No. 13	Actividades que deben ser realizadas por el personal médico de Acuerdo a la guía institucional sobre casos de violencia sexual	92
Tabla No. 14	Razones por la que prefieren no realizar evaluación a mujeres Víctimas de violencia sexual	93
Tabla No. 15	Factores que influyen en que participen o no en la evaluación De víctimas de violencia sexual	94

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento que posee el personal médico del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre el manejo de las pacientes que han sido víctimas de violencia sexual. **Método:** Estudio epidemiológico, no experimental, observacional de tipo transversal. Se tomaron a 73 médicos que incluye a los cursantes de la Maestría. 15 médicos no quisieron participar. Fueron evaluados por medio de una encuesta que midió el nivel de conocimiento teórico sobre el protocolo vigente de atención a víctimas de violencia sexual. **Resultados:** Fue una población mayoritariamente joven entre 20 y 40 años, con predominio del sexo femenino (74%). Con poco conocimiento o capacitación sobre las implicaciones legales de la atención médica (55% no conocen) y con alto desconocimiento del protocolo institucional utilizado para evaluar casos de violencia sexual (78%). Los médicos que mejor conocen el protocolo institucional son los Especialistas A y los Residentes de primer año. El 14. % de médicos no quisieron responder la encuesta sin justificación. Existe sub registro de los casos de violencia sexual en la emergencia de ginecología y obstetricia del IGSS. **Conclusión:** No existe conocimiento del protocolo institucional utilizado en pacientes víctimas de violencia sexual, esto produce que el personal médico desconozca las actividades que deben realizar y se exponga a cometer un delito al omitir una denuncia.

I. INTRODUCCIÓN.

La violencia ha estado presente en diferentes épocas de la historia guatemalteca y ha abarcado a los distintos actores sociales, sin respetar sexo, edad o clases sociales,

En el caso de la violencia a la mujer, se parte del planteamiento que como sector han sido relegadas a un segundo plano de importancia incluso, en la mayoría de los casos, su papel se ha tornado a propósito invisible en la sociedad, negando no solamente su aporte productivo y deliberativo en lo interno de núcleo familiar, estudiantil y profesional, sino también en su aporte en la historia de nuestro país. Las mujeres han sido víctimas ocultas de un sistema patriarcal, desigual y discriminatorio.

El costo de la violencia es alto, en investigación realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD y mencionada por Balsell (2006) resalta que “la violencia desenfundada en Guatemala le consume al país el 7.3% de su Producto Interno Bruto (PIB) anual.” Afecta tanto al sector privado como al público.

En el protocolo de atención a Víctimas de Violencia Sexual (2006) definen violencia sexual “cuando la persona es obligada a tener relaciones sexuales”, y además, describen los distintos tipos de violencia, física que incluye agresión por golpes, cortaduras heridas, etc. violencia sexual, cuando la persona es agredida sexualmente, emocional, y violencia patrimonial cuando la persona es despojada de sus bienes materiales y económicos.

Existen distintas teorías que explican el por qué se produce la violencia sexual, dentro de estas explican que las conductas violentas están basadas en convicciones y sistemas de creencias sesgados por mensajes de carácter sexistas, mitos sobre poder y la violencia por falsedad, ausencia de información sobre las relaciones entre iguales, la sexualidad y las relaciones de género. Existen también casos que son desencadenados por patologías psiquiátricas y psicológicas que caracterizan muchas veces al agresor sexual.

A partir del año 2014 las denuncias por este delito muestran un aumento en general, incluso, existen denuncias sobre agresiones a víctimas de sexo masculino, un fenómeno presente en nuestra sociedad pero hasta cierto punto no mencionado.

Sin embargo, aunque aumentan las denuncias aún se percibe un 98.41% de impunidad. Sánchez (2016).

El sub registro del flagelo es evidente y se constituye un reto para las instituciones involucradas en la investigación de este delito incluyendo las instituciones sanitarias. Según datos proporcionados por el servicio de estadística del HGO-IGSS¹ , para el año 2015 de un total de 38,850 consultas a la Emergencia, únicamente se documentan 7 casos relacionados con agresiones o violencia sexual y de estas, 3 fueron catalogadas como tal.

Ochoa Osorio (2004), menciona que dentro de las instituciones que tienen el deber de atender a pacientes víctimas de violencia sexual es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El Hospital que por su propia naturaleza, está en la mejor condición para atender las pacientes que han sufrido abuso o violencia sexual es el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Es en la Emergencia del HGO- IGSS en donde se reciben a víctimas de violencia Sexual.

Sin embargo, la mayor cantidad de pacientes con este diagnóstico no son atendidas o lo son de manera inadecuada; la atención se limita a una entrevista y valoración de lesiones que puedan poner en riesgo su vida, no se toman muestras de cultivos, secreciones etc., y tampoco se complementan los estudios de laboratorio respectivos, por lo tanto, tampoco reciben el tratamiento profiláctico de anticoncepción o de antiretrovirales.

Únicamente se coordina con la supervisora de enfermería y son referidas al hospital de accidentes “Ceibal” en donde se encuentra la clínica asignada para tal fin, y son evaluadas por el médico de mayor jerarquía (jefe de grupo de turno) por lo general Residentes IV de cirugía o traumatología, pero debe hacerse notar que dicho hospital carece de médico Ginecólogo por lo que se corre el riesgo de que no sea una atención especializada o bien carece de la sensibilidad esperada de una evaluación ginecológica.

Lo anterior se ha considerado como una “costumbre” o por acciones empíricas, exponiendo al personal médico a cometer delitos por omisión o se favorecer una actitud de desinterés o deshumanización ante un hecho delictivo y a la pérdida de evidencia que pueda respaldar una acusación al momento de un juicio o debate.

En el sistema electrónico de captura de datos y elaboración de expediente clínico electrónico - MEDIIGSS -, para el Hospital de Ginecología y Obstetricia se contemplan los siguientes diagnósticos al momento de consulta a la emergencia, de “sospecha de autoagresión, agresión por tercero, abuso sexual, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, uso de alcohol y uso de

¹ Se utilizará indistintamente HGO-IGSS u Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

drogas”. De igual forma se tiene codificado (CIE) como T742, abuso físico, T742 abuso sexual y T743, abuso psicológico.

Específicamente en el IGSS, se contempla la evaluación de estas pacientes en la Guía de manejo de “Prevención de infecciones de transmisión sexual – Hospital General de Accidentes del IGSS – 2009”-

Cuando se consulta a las autoridades del HGO-IGSS indican desconocer la existencia de un protocolo actualizado para el manejo de estos.

El objetivo general de la investigación es poder evaluar el conocimiento que poseen los médicos del hospital de Ginecología y Obstetricia de los protocolos que deben ser utilizados al presentarse víctimas de violencia sexual e identificar cuáles son los factores que influyen en que los médicos no participen en evaluar a estas pacientes.

Se realizó un estudio de tipo epidemiológico de tipo transversal, utilizando para conocer las opiniones de los médicos consultados una boleta de recolección de datos, la cual fue realizada a la totalidad de médicos que laboran en el hospital de ginecología y obstetricia, para lo cual se definieron criterios de inclusión y exclusión.

Se presenta en 5 capítulos, iniciando con un **Capítulo introductorio** que aclare el origen y comportamiento de la Violencia en la sociedad. **El Capítulo I, Medicina Forense y Ginecología Forense** se aclara los fundamentos teóricos de la rama de medicina que respalda la investigación criminal; **El Capítulo II, La Seguridad Social y el Hospital de Ginecología y Obstetricia** describe la unidad de análisis de la investigación; **El Capítulo III, Violencia y violencia en contra de las mujeres** aborda las distintas teorías al respecto para comprender de mejor manera esta situación y su génesis; **El Capítulo IV, Protocolos médicos** y su importancia en el proceso investigativo, revisa el fundamento y los pasos a seguir en casos de violencia sexual; **El Capítulo V Protocolos Médicos usados en casos de abuso sexual**, en los cuales se describen los esquemas terapéuticos y de investigación utilizados en estos casos..

Finalmente se presentan los resultados de la investigación y el análisis de los mismos.

II. ANTECEDENTES

Para una mejor comprensión de las bases teóricas que orientan en esta investigación, el marco teórico lo dividiremos de la siguiente forma:

- Capítulo I: Entendiendo la violencia en contra de las mujeres, una explicación necesaria.
- Capítulo II: Medicina Forense y Ginecología Forense
- Capítulo III: La Seguridad Social y el Hospital de Ginecología y Obstetricia
- Capítulo IV: Violencia y violencia en contra de las mujeres
- Capítulo V: Protocolos médicos y su importancia en el proceso investigativo
- Capítulo VI: Protocolos Médicos usados en casos de abuso sexual

Cada uno de los capítulos pretende dar una descripción mucho más amplia de importancia del tema a investigar.

2.1 CAPITULO I.

2.1.1 ENTENDIENDO LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES, UNA EXPLICACION NECESARIA.

Es difícil encontrar datos que evidencien como fue la violencia hacia este grupo específico de población en la historia de nuestro país, sin embargo como se menciona en el informe de Violencia contra las mujeres indígenas en Guatemala, de la oficina el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2007)² “construir una historia de violencia contra las mujeres se hace con limitaciones de información debido a la ausencia de estudios históricos relacionados con los aportes, preocupaciones, necesidades e intereses de la mujeres”.

Es imposible establecer datos concretos del tipo de violencia que pudo haber sufrido las mujeres antes de la conquista, pero en este período de la historia es de asumir que el impacto que tuvo el proceso de conquista y colonización, influyo directamente en la ruptura de las formas originales de organización, una imposición de un nuevo modelo económico, político, social y cultural, con la incorporación a la fuerza de la población a las nuevas formas de

² A partir de este momento, el autor utilizará el formato Harvard-APA, de la Asociación Americana de Psicología de citas y referencias bibliográficas, publicado en la Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la ciencia y tecnología. Disponible en www.apastyle.org

integración social, incluso sobre los pueblos indígenas se erigieron modelos de desarrollo dominante, abusando directamente sobre sus derechos humanos individuales y colectivos.

Por lo tanto, sobre salen en esta etapa dos formas de violencia contra las mujeres, por un lado, la sufrida directamente de las acciones de los conquistadores sobre su integridad personal y la de borrar su presencia como sujeta de la historia. Los raptos y violaciones contra las mujeres fueron considerados algo cotidiano en la conquista. Un dato reportado en el informe mencionado anteriormente, y que sirve como respaldo a lo mencionado es el “juicio en contra de Pedro de Alvarado” en donde consta que fue acusado además de maltrato hacia los indígenas, de ultrajes de carácter sexual y crímenes en contra de los indígenas para arrebatárselos “sus mujeres”.

Es en este punto, donde se basa el concepto de la subordinación de la mujer como resultado de la invasión, opresión y explotación de la población guatemalteca hasta prácticamente hacerla invisible.

Posteriormente durante la colonia pasan a una esclavitud en forma de servidumbre no solo en las casas de los criollos, sino hasta llegar a casos de servidumbre sexual. Una actitud de superioridad de los conquistadores quienes se consideraban biológicamente y culturalmente superiores, pauta seguida por los criollos de la colonia, y posteriormente por los mestizos y ladinos de la etapa moderna.

Esta condición tuvo pocos cambios hasta la década de 1944 – 1954 donde se observaron agrupaciones de mujeres como la Alianza Femenina Guatemalteca y la Alianza Cívica de Asociaciones Femeninas, participaciones en sindicatos, el magisterio o en algunos partidos políticos, incluso fueron perseguidas y acusadas de comunistas. Aun así, no existe una recopilación que ejemplifique de manera objetiva el impacto de la violencia en contra de las mujeres.

A pesar de lo mencionado anteriormente, si existe una recopilación de datos de la historia reciente, sobre todo durante el enfrentamiento armado, es mucha la información al respecto y aunque el presente estudio no es específico sobre este período de la historia, si son valiosos los datos para hacer un marco de referencia del daño sufrido por este sector de población guatemalteca.

Los datos presentados en el informe “Memoria del Silencio” elaborado por la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) (1999), evidencia un patrón con predominio de víctimas de

sexo masculino, a pesar de que el 48% de testimonios fueron de mujeres, estas se consideraban como testigos y no como víctimas. De esta manera no es raro observar en la distribución estadística de población entrevistada, que los casos de violaciones seleccionadas, los casos en contra de mujeres no sobrepasan el 23% del total de hechos, sin embargo, este patrón no se guarda en los casos de violación sexual, en donde el 99% de los casos son del sector femenino.

Los casos de violación sexual durante el enfrentamiento armado, como cualquier caso de este delito en diferentes épocas y escenarios sociales, merecen un manejo delicado, sobre todo cuando este sector no fue actor directo durante el enfrentamiento armado, pero la respuesta de la contraparte se caracterizó por la barbarie, con un exceso de fuerza y saña; al igual que con los actos ocurridos con los hombres, las mujeres y niños fueron torturados y ejecutados.

Llama la atención en los datos presentados por la Comisión para el Esclarecimiento Históricos, que dentro de la violación de derechos humanos en contra de las mujeres, la violación sexual se reporta en el cuarto lugar, pero también esclarece que al igual que el resto de población sufrieron de ejecuciones arbitrarias, torturas, privación de la libertad, desaparición forzada y desplazamiento forzado por muerte.

Evitando cometer un error de interpretación o peor aún, sesgar el análisis con carácter sexista, los acontecimientos recientes de casos de alto impacto como es el caso del juicio de Sepur Zarco, da nuevos elementos a discutir.

En un hecho histórico, cada uno de los testimonios dados por las víctimas de esta comunidad, respalda los datos presentados por la CEH y rompe una historia de impunidad, fue el resultado del juicio por violación y esclavitud sexual sufridas en el destacamento Sepur-Zarco, en el cual fueron declarados responsables directos de estos hechos, miembros de la institución armada, un resultado investigativo que trasciende incluso las fronteras de nuestro país y que evidencia ese pasado de abuso hacia las guatemaltecas.

Los casos de violación sexual no pueden ser tratados como un hecho aislado, sino más bien, como un atentado en contra de las víctimas, de sus hijos y en la estigmatización en sus propias comunidades, en la ruptura de ese tejido social tan necesario para el desarrollo social, para poder establecer relaciones de confianza y solidaridad.

Partiendo de lo anterior entonces vale la pena preguntarse, ¿si los datos estadísticos presentados reflejan la realidad?, ya que, aunque los casos reportados no evidencian que

como sector social hayan sido las principales víctimas, si es de hacer notar el daño y efecto acumulativo que pudo haber ocasionado y trascendido en su grupo social con la interpretación de desvalorización de su calidad de persona, al ser efecto de una acción de violencia en condición de superioridad, de dominación, y de pérdida de respeto a su condición de ser humano.

La violencia que sufren los guatemaltecos ya no comparte la misma configuración histórica, esta situación de inseguridad en la actualidad es muchos más difícil de caracterizar.

Sin embargo, luego de terminado el conflicto armado interno, este sector de población sigue siendo víctimas de abusos sexuales, las causas han sido tratadas en distintos estudios, y al evaluarlas se concluye que son las mismas causas del pasado, con el agravante que se han visto involucradas por decisión personal o por presión social, en grupos que riñen con la ley, pandillas y crimen organizado. Es un proceso no resuelto por la desigualdad en nuestra sociedad.

El caso, es que el día de hoy siguen siendo víctimas de distintos tipos de violencia, en el caso de interés para esta Tesis, víctimas de abuso sexual-

La violencia ha estado presente en las distintas épocas del desarrollo de la sociedad, ha sido una forma de resolver frustraciones, hostilidades entre naciones o una tendencia agresiva de imponer ideologías o regímenes político-económicos. Como posible solución ante esta barbarie las sociedades han establecido normas que busquen disminuir este flagelo.

Sin embargo esta apreciación se considera incompleta sino se consideran elementos mucho más integrales para poder tener una concepción mucho más amplia, para tener una idea de la manera teórica en la que se ha intentado explicar el fenómeno de la violencia, tomo elementos planteados por Álvaro Guzmán (1990) de la siguiente manera:

“rescatando conceptos clásicos como la teoría propuesta por Marx que consideran que la violencia actúa como un mecanismo catalizador del reordenamiento de antiguas y nuevas relaciones sociales entre diferentes modos de producción, como un evento de transición de formas de dominación, aquella que surge en casos de crisis social, como un recurso extremo utilizado por las clases sociales que salvaguardan sus intereses propios.”

“Para Weber, establece un contexto más amplio de lucha, más allá de la simple imposición de la propia voluntad sobre la resistencia de la otra parte, estrechamente vinculada con el fenómeno de poder, específicamente una acción de dominación, la acción violenta se encuentra legitimada cuando incluye el poder de disponer de la vida y de la coacción física”.

“Otro concepto interesante es lo planteado por Durkheim, y que puede relacionarse con nuestras sociedades; plantea que es posible que el conflicto y la violencia jueguen un papel en la “construcción de la solidaridad y la cohesión social, considerándose incluso como normal”. Según estos criterios de distinción generadores de violencia, se tiene que tanto el conflicto como la violencia son “normales” en la medida en que se repiten en los diferentes tipos sociales y coadyuvan a su reproducción y supervivencia. Son considerados “patológicos” solo a partir de su magnitud y efectos sobre la cohesión y la solidaridad.

“El conflicto y la violencia pueden contribuir de manera decidida a resquebrajar las formas de solidaridad y cohesión más que a consolidarlas.”

“En una sola palabra entonces, la teoría planteada por Durkheim desarrolla una connotación del imperante concepto de anomia: la falta de reglamentación y sus consecuencias en las conductas individuales, considerar la violencia como una respuesta normal de la sociedad, que se acostumbra a ver la violencia día a día, produciendo muchas veces que por considerarse normal no se busque denunciar o participar en actividades que busquen su prevención.”

Continúa Guzmán (1990), *“En nuestra sociedad confluyen otros elementos además de los mencionados por los clásicos, ya anteriormente descritos por Wolfan y Ferracuti, dentro de ellos sobresalen una mayor densidad de población, heterogeneidad étnica y de clases, pobreza, falta de educación, la vivienda, el desempleo o el trabajo no calificado, la estrechez económica, la inestabilidad o desavenencia conyugal, la ausencia o pobreza de modelos masculinos para los jóvenes, el aglomeramiento, falta de oportunidades legítimas para mejorar el nivel de vida, la carencia de patrones positivos y anti criminales, la frecuencia más alta de enfermedades orgánicas y una condición de inferioridad en los grupos minoritarios”.*

Las teorías planteadas anteriormente pueden considerarse como génesis en los casos de violencia de nuestra sociedad y aplicables en las diferentes épocas históricas de nuestra sociedad.

Se habla además de la respuesta violenta legítima, sin embargo esta legitimidad se establece a posteriori, por ejemplo el uso de la violencia como una legítima defensa de una víctima de violencia sexual, quien defenderá su integridad como respuesta a una agresión previa, esto se establecerá y demostrara luego de ocurrido el hecho.

Aun así, la violencia constituye en la actualidad un problema social por el costo económico y emocional en las víctimas. En la Guía de Atención en casos de Violencia Sexual, citando al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), (2009) resalta, “la violencia desenfrenada en Guatemala le consume al país el 7.3% de su Producto Interno Bruto (PIB) anual.”

En el informe realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- (2006) aclara más esta situación al indicar que “al considerarse que en el año 2005 la cuantificación del costo de la violencia tuvo el comportamiento siguiente:

Cuadro 1

El costo económico de la violencia en Guatemala

Rubro	cantidad quetzales	cantidad dólares	porcentaje
PIB	244, 426, 800,000.00	35, 590, 240,000.00	100
Costo	17, 900, 409,785.79	2, 386, 721,304.77	7.3

FUENTE: Elaboración propia, tomando como base el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 1999.

El Ministerio de Salud Pública (2006), citando a La organización Mundial de la Salud, define la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Ochoa Osorio (2004), citando la obra de Eduardo Salazar, “Violencia, agresión y guerra”, intentando definir violencia explica lo siguiente:

“Se entiende por violencia a la acción fuera del modo natural ejecutada irregularmente y sin razón o justicia o aquello en que germine el odio, aquello en que tengan cabida sentimientos

innobles y pasiones bastardas no se conforma con lo racional; podrá existir dentro de la vida como una excepción censurable y denigrante; pero es altamente opuesto al nivel y a los ideales de la humanidad". Si se toma en cuenta lo mencionado por los clásicos citados anteriormente, esta definición puede llegar a quedarse corta, sobre todo cuando se menciona la violencia legítima, como en los casos de legítima defensa ante una agresión sexual, en donde la víctima va a defender su integridad y pelear por su vida, en este caso esa respuesta aunque violenta tiene la razón de una autoprotección y sus acciones son consideradas como justas, al punto que al momento (a posteriori) de ser analizada y evaluada puede llegar a no ser considerada como delito, o bien presenta atenuantes al momento de dictar justicia sobre el hecho.

Para fines de este estudio, es importante definir de manera particular la violencia sexual, tomando como fuente lo establecido

Existen distintos estudios en los que se pretende dar una respuesta al porqué se produce la violencia sexual, sin embargo por lo extenso y complejo del tema, y debido a que supera por mucho los objetivos del presente estudio, no pretende extenderse mucho al respecto, sin embargo es necesario resaltar que en la mayoría de las veces, las conductas violentas están basadas en convicciones y sistemas de creencias sesgados por mensajes de carácter sexistas, mitos sobre poder y a violencia por falsedad, ausencia de información sobre las relaciones entre iguales, la sexualidad y las relaciones de género. Completa lo anterior, aquellos casos particulares de violencia que son desencadenados por patologías psiquiátricas y psicológicas que caracterizan muchas veces al agresor sexual.

Kristen Swensen (2007), en su libro *Por ser mujer*, acota: "la violencia contra las mujeres – específicamente, los delitos sexuales y las muertes violentas – está estrechamente vinculada a patrones de pensamiento histórico y socioculturales muy arraigadas, tan arraigadas que se vuelve una ideología dominante".

Los delitos sexuales en esencia, violentan el derecho de la persona a disponer de su propio cuerpo; en el sentido más general de este bien, objeto de protección, el delito sexual se determina en las acciones o fines sexuales que se verifican mediante fuerza, abuso, error o engaño.

En nuestro país los datos de violencia sexual son alarmantes, en reportaje realizado en el año 2012 por Plaza Pública de la Universidad Rafael Landívar titulado "Violencia, el crimen silenciado", citando al Instituto de Ciencias Forenses (INACIF) reporta que "del 2008 a mayo del 2012, un total de 16642 evaluaciones clínicas por violencia sexual realizadas luego de que

la víctima denuncia el delito ante el MP, de las cuales 15,212, 91.4% del total fueron practicadas a mujeres y 1420 a hombres, 8.5% del total. Es de hacer notar que previo a este período se desconocen cuál fue el comportamiento con respecto a violencia en contra de víctimas de sexo masculino, caso interesante a analizar en próximas investigaciones.

Resulta interesante tener datos que permitan comparar con otro tipo de fuentes, lo reportado por el INACIF; en nuestro país los datos que deben ser considerados como confiables, son el número de denuncias presentadas al Ministerio Público, ya que este es el ente encargado de realizar el procedimiento de investigación criminal.

Por ser datos considerados públicos pero de manejo delicado, la información debe ser requerida por medio de la oficina de Acceso a la Información Pública del MP.

Según datos proporcionados por el Sistema Informático de control de la Investigación del Ministerio Público (2013) el número de denuncia presentadas a nivel nacional durante el periodo comprendido del **01-01-2010 al 28-02-16**, se presentan los siguientes datos en el Cuadro número dos:

Cuadro 2

Número de denuncias presentadas al Ministerio Público del año 2010 al 2016

Año:	Número de denuncias
2010	5700
2011	4551
2012	7224
2013	1385
2014	18244
2015	15904
2016	2138

FUENTE: Elaboración propia con base a datos aportados por la oficina de libre acceso a la información pública del Ministerio Público en febrero 2016

En el año 2013, son denuncias hasta el 25 de octubre y no incluyen denuncias de agresiones, agresiones agravadas o casos de abuso. Por lo que al unir estos, los datos guardan el mismo comportamiento a lo presentado en años anteriores, con tendencia al aumento.

La cantidad de denuncias de agresiones a partir del año 2014 muestran un aumento en general comparada con los períodos previos; debe resaltarse el hecho que la agresión a víctimas de sexo masculino es un fenómeno presente en nuestra sociedad pero hasta cierto punto, invisibilizado, deberá profundizar en otros estudios las hipótesis que se relacionen con este comportamiento, ya que en el período 2014 – 2016, la relación de porcentajes de denuncias aumento en las agresiones sexuales a hombres 13.33% contra el 5.87% previo y en mujeres 91.4% versus 86.7%. Es de esperar que a mayor cultura de denuncia mayor será la cantidad de casos reportados de agresiones a víctimas de sexo masculino, pero también que a medida que la sociedad consideré como algo cotidiano o incluso normal y necesario o bien continúe con está perdida de valores humanos, la presencia de hechos violentos se presente en ambos sexos.

Los departamentos en los que se presentan la mayor cantidad de denuncias son Guatemala, Escuintla, Alta Verapaz y Quetzaltenango.

Por el contrario, a lo esperado, a pesar de que las denuncias han aumentado, el nivel de respuesta no presenta el mismo comportamiento.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reportaba también que del 2009 a mayo del 2012, solo 1239 personas en todo el país recibieron atención médica por violencia sexual, o sea entre 6% y 9% de las víctimas que denunciaron el delito ante el MP". Reynolds, Louisa. (2012)

El sub registro del flagelo es evidente y se constituye un reto para las instituciones involucradas en la investigación de este delito, incluye las instituciones sanitarias.

Según datos proporcionados por el servicio de estadística del HGO-IGSS³, para el año 2015 de un total de 38,850 consultas a la Emergencia, únicamente se documentan 7 casos relacionados con agresiones o violencia sexual, y de estas 3 fueron catalogadas como tal.

³ Se utilizará indistintamente HGO-IGSS u Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Ante esta situación alarmante, se han realizado esfuerzos por crear, de una manera coordinada entre varias instituciones como el Ministerio de Salud, INACIF y MP, protocolos de atención a las víctimas de violencia sexual a partir del 2010, con medidas de atención y seguimiento médico y psicológico y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Ochoa Osorio (2004), menciona que otra de las Instituciones encargadas de la atención del grupo femenino en nuestro país, como parte del Sistema Nacional de Salud, es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, quien dentro de sus programas de atención incluye la atención ginecológica y de maternidad, sin embargo debe hacerse énfasis que serán atendidas aquellas mujeres beneficiarias porque son sus esposos quienes cotizan a la institución y solo en el caso de maternidad o quienes provienen de departamentos de la costa sur y el departamento del Progreso quienes son incluidas como beneficiarias para otros programas, por otro lado están aquellas mujeres trabajadoras quienes son consideradas como afiliadas y son beneficiadas por la atención médica.

Se realiza una excepción, las pacientes consideradas como casos de urgencias en las cuales deben ser atendidas todas las mujeres sin distinción durante 48 horas en las que se evaluará la gravedad y traslado posterior a otra unidad de atención, en el caso de víctimas de violencia sexual, a la unidad del INACIF respectiva para continuar con el proceso de evaluación, manejo y posterior investigación del delito.

2.2 CAPITULO II

MEDICINA FORENSE Y GINECOLOGÍA FORENSE

2.2.1. MEDICINA FORENSE

Cualquier proceso de participación de las ciencias médicas en el campo de la investigación criminal debe partir de conocer las bases que sustentan esta rama de la medicina, su definición.

La medicina Forense, al ser una parte de la Medicina en general, abarca muchos de los conocimientos de las distintas ramas de esta, muchos autores han intentado definirla como una rama específica, a continuación presenté algunas de estas definiciones:

Escalante Pérez (2006), define Medicina Forense, *“como el conjunto de conocimientos médicos de las distintas ramas de la medicina, aplicados a la investigación judicial, con el fin de esclarecer un hecho que revista caracteres de criminalidad”*.

Vargas Alvarado (2013), la describe como la *“rama de la medicina que reúne todos los conocimientos médicos que pueden ayudar a la administración de la justicia, es practicada por médicos para el beneficio de los abogados”*.

La medicina Forense según Arturo Carrillo, citado por Escalante Pérez (2006) es *“la aplicación de los conocimientos médicos en general, al esclarecimiento de los problemas judiciales que tengan atinencia con la ciencia médica, empleando todos los métodos de investigación que se considere en necesarios para obtener el mejor provecho en su aplicación”*.

La medicina forense tiene antecedentes ancestrales, puede dividirse para su estudio en varias etapas, Antigua, Media, Moderna y Contemporánea, únicamente se mencionaran algunos aspectos puntuales de la historia, sin embargo el estudio de su evolución es bastante interesante.

Escalante Pérez (2006) describe las distintas etapas de la medicina Forense, resaltando, *“La Etapa antigua se remonta al mismo código de Hamurabi, en la cultura Griega era practica general que los médicos acudieran a los tribunales de justicia para declarar sobre la gravedad de las heridas o causa de muerte, resalta el papel del padre de la Medicina, Hipócrates quien*

dio normas sobre la determinación de los humores y determinación del tiempo de embarazo, para determinar si el feto nació vivo o muerto, del reconocimiento de heridas, lesiones y otras". Más tarde, fueron los romanos los que mantuvieron la hegemonía en la interpretación de los cambios por heridas y su respaldo en el sistema jurídico hasta el inicio de la edad media.

En la etapa media, se consagra como práctica necesaria de la administración de Justicia, el peritaje médico legal.

"La etapa moderna abarca los siglos XVI y XVII y XVIII, lo más relevante es la independencia de la medicina legal como disciplina y como auxiliar de justicia. Surge el primer tratado de medicina legal".

La etapa Contemporánea parte del siglo XIX, con máxima organización, se inicia su enseñanza como ciencia especial, adopta un carácter más científico de investigación, se crea la primera cátedra de medicina forense en la Universidad de Edimburgo, Alemania.

Menciona Escalante Pérez, (2006) *"En Guatemala las Ciencias Forenses han tenido su historia también. Ya desde la época precolombina específicamente en la cultura Maya-Quiche, asociaban conceptos médicos-legales como la eutanasia y la eugenesia, el culto a sus dioses Ajalmex y Ajatzolkip considerados los gemelos del crimen".*

De acuerdo con el historiógrafo médico Martínez Durán, mencionado por Vargas Alvarado (2013), *"el fundador de la medicina Forense en Guatemala, fue Narciso Esparragoza y Gallardo, este notable médico de finales del siglo XVIII y principios del XIX, sobresalió en todos los campos de la profesión, incluyendo asuntos médico forenses" y para 1622, se practica la primera necropsia médico-legal, por el Doctor Domingo López Ruiz para diagnosticar un caso de envenenamiento en un reo. En 1793 se nombra primer proto-médico encargado de impartir justicia al doctor José Felipe Flores. En la época moderna resaltan las figuras de Carlos Federico Mora, Miguel Molina y Arturo Carrillo, quienes fueron jefes del servicio médico forense del Organismo Judicial, escriben muchos libros entre los que sobresalen, Medicina Forense de Federico Mora y Lecciones de Medicina Forenses y Toxicología de Arturo Carrillo"*

Continúa Vargas Alvarado (2013), “en el plano académico, la Medicina Forense se imparte en las facultades de Medicina y de Derecho de la Universidad de San Carlos. En las Universidades privadas Francisco Marroquín, Mariano Gálvez y Rafael Landívar, con prioridad en la Facultad de Derecho”.

2.2.2 RAMAS DE LA MEDICINA FORENSE

La medicina Forense no puede considerarse como una entidad aislada, como una rama científica que apoya al sistema de investigación criminal y al sistema jurídico, se basa en las distintas ramas de la medicina y del derecho, Navarro Batres, (2005) citando al Doctor Héctor A. Aragón, menciona las siguientes ramas:

1. Antropología forense
2. Balística forense
3. Biología forense
4. Dactiloscopia
5. Derecho médico
6. Fotografía forense
7. Genética forense
8. Medicina legal de las enfermedades somáticas
9. Medicina legal psiquiátrica
10. Tanatología
11. Toxicología forense
12. Valoración del daño corporal
13. Valoración médico-legal

2.2.3 GINECOOBSTETRICIA FORENSE

Por tratarse en esta investigación casos de investigación ocurridos en víctimas mujeres se hace una descripción específica de la ginecología forense, si es interés del lector puede consultarse en otras fuentes cualquiera de las diferentes ramas mencionadas anteriormente.

Mencionando a Navarro Batres, (2005) se tiene la siguiente definición:

“La obstetricia trata de todos los problemas generales del embarazo, en todos aquellos casos en los cuales importa saber si existe o no un estado de gestación, bien sea para descartar una posible simulación, o para comprobar un fenómeno consecutivo a una violación, o poder explicarse algunas perturbaciones de orden psíquico que puedan presentarse en la mujer y que se explique por una auto intoxicación en este estado.”

Navarro Batres, (2005, define la ginecología forense de la siguiente forma:

“Es la aplicación de los conocimientos de la ginecología en el proceso de investigación criminal. Su relevancia se sitúa en la investigación de todos aquellos casos que involucren lesiones al aparato reproductor y sexual de las mujeres. Por ser un caso especial en los abusos sexuales a niños, su función puede asociarse con la pediatría forense al realizar una evaluación de las niñas abusadas”

2.2.4 IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FORENSE

Según define Iraheta Monroy (2006, p. 1), “la medicina forense y las ciencias forenses forman un grupo de disciplinas del conocimiento que auxilian al derecho en la administración de la justicia”

Parafraseando a Iraheta Monroy (2006), Como ramas auxiliares de la Medicina Forense, cada una de las disciplinas médicas se convierte en auxiliar también de la Justicia. La aplicación profesional de cada una, y un peritaje adecuado garantizan que los elementos presentados se conviertan en elementos de prueba en un Juicio.

2.3 CAPITULO III:

DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE ANALISIS

2.3.1 LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

A continuación, como parte del desarrollo del referente conceptual de fase empírica, se describe de manera muy general sobre aspectos relacionados con la Seguridad Social para luego entrar a detalles de la atención médica en la Unidad de análisis, el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Franco García (2004), define la *“Seguridad Social, como los programas públicos diseñados para proporcionar ingresos y servicios a particulares en supuestos de jubilación, enfermedad, incapacidad, muerte o desempleo. Estos programas engloban temas como la salud pública, el subsidio de desempleo, los planes públicos de pensiones o jubilaciones, la ayuda por hijos y otras medidas.”*

Muñoz Pérez (2008), citando a José Pérez Lañero, en cuanto a la definición de seguro social, menciona:

“Seguro Social es la parte de la ciencia Política que mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, previsión o asistencia, tiene por fin defender y propulsar la paz y prosperidad a través del bienestar individual de sus miembros, mediante estas instituciones precisa su expansión objetiva”. Al determinar que es parte de la ciencia política, determina su carácter científico y su relación con otras ciencias más generales.

En este aspecto, Sánchez Domínguez (2008) describe:

“Como resultado de la Revolución industrial, se realizó una serie de cambios y reformas en el orden social existente, los cuales culminaron en Alemania, cuando el gobierno de ese país, bajo la dirección del canciller Otto Von Bismarck, instauró la política social cuyo fin fue eliminar la incertidumbre y la inseguridad de los trabajadores. El 17 de noviembre de 1881, el gobierno alemán fijó un programa en materia de política social. A partir de esta fecha, los trabajadores tuvieron derecho a asistencia médica, posibilidad de ingresar a un hospital y recibir una pensión en dinero cuando por causas de enfermedad o accidente, no podían realizar sus

labores. De esta forma el trabajador restablecía su salud y contaba con una pensión económica que le permitía cubrir sus necesidades básicas”

2.3.2 LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA

En nuestro país, la seguridad social también surge por influencia de los países europeos y la influencia de los cambios de independencia que se llevaban a cabo en el resto del continente americano.

Como menciona Gómez Monterroso (2003)

“...en 1872, se dicta el decreto REGLAMENTO DE JORNALEROS, decreto gubernativo 177, en el que definen lo que se entiende por patrono y jornalero, declaran obligaciones de los patronos hacia sus trabajadores como la alimentación sana y abundante, escuelas gratis y salarios abonados en libretos donde se anotaran semanalmente el deber y el haber, en 1894, se dicta la Ley de los trabajadores, decreto 486, en 1906, dictan la ley protectora del obrero, decreto Gubernativo 669, en donde ya mencionan prestaciones sociales para los trabajadores en caso de accidentes profesionales, asistencia médica en caso de enfermedad o maternidad, establecen subsidios en dinero, por incapacidad temporal y otros beneficios como la caja del ahorro”

Continúa, Gómez Monterroso (2003), *“En 1928 se dicta el reglamento para garantizar la salud de los trabajadores del campo y en él establecen la obligación de mantener botiquines por cuenta del patrono y se crea el certificado obligatorio de vacuna contra la viruela y la fiebre tifoidea, algo sumamente avanzado para la época”.*

Como consecuencia de la Revolución de Octubre de 1,944 se crearon Instituciones que favorecieran el desarrollo y la protección social de la población sin distinción de clases, para ofrecerles mejores condiciones de vida; entre las cuales se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que protege a la persona que entrega su fuerza de trabajo a la economía en su presente y en su futuro y al momento de sufrir el riesgo o contingencia ejercitan su derecho a gozar de la cobertura por ser titular de tal derecho.

Menciona Gómez Monterroso (2003), *“el 15 de marzo de 1945 toma posesión de la Presidencia de la República el Doctor Juan José Arevalo Bermejo, lo primero que hizo fue integrar a finales de 1945 una comisión de Seguros Sociales adscrita al Ministerio de Economía y trabajo, para elaborar todos los estudios necesarios, la conformó el Licenciado José Rolz Bennett, Ingeniero Jorge Arias de Blais, Licenciado Salvador A. Saravia y el Doctor Cesar Meza.”*

Como se menciona en el documento editado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (1997), *“Es de singular importancia fue la venida a Guatemala del Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el Actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones propias de nuestro país. Dicho estudio quedó plasmado en el libro “Bases de la Seguridad Social en Guatemala”.*

Continúa el documento, *“en el artículo 63 de la Constitución de la República de Guatemala del 11 de Marzo de 1,945 se establece el Seguro Social obligatorio, siendo sus alcances por lo menos en seguros contra invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes de trabajo. En el artículo 100, primera parte dice: “Seguridad Social”.*

El 30 de Octubre de 1,946 el Doctor Juan José Arévalo Bermejo promulgo el Decreto 295 con lo cual se dio a conocer la **LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL**. (IGSS. 1997)

Posteriormente en 1985, en la nueva Constitución Política de la República de Guatemala, en el artículo 100 se establece *“Seguridad Social: El estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para el beneficio de los habitantes de la Nación”.* (IGSS, 1997)

La finalidad de la Seguridad Social promueve la protección del hombre que entrega su fuerza de trabajo a la economía del país, a su familia o beneficiarios; en su presente y en su futuro, y cuando sufren el riesgo puedan acudir al Instituto a ejercer su derecho a gozar de la cobertura.

El objetivo principal del régimen de Seguridad Social según la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto No. 295 del Congreso de la República, promulgado el 30 de Octubre de 1,946 es: *“ Dar protección mínima a toda la población del país, a base de una contribución proporcional a los ingresos de cada uno y de la distribución de beneficios a cada contribuyente o a sus familias que dependen económicamente de él,*

procediendo en forma gradual y científica que permita determinar tanto la capacidad contributiva de la parte interesada, como la necesidad de los sectores de población de ser protegidos por alguna o varias clases de beneficios, habiéndose principiado sólo por la clase trabajadora, con miras a cubrirla en todo el territorio nacional., antes de incluir dentro de su régimen a los otros sectores de la población”.

La ley orgánica del IGSS y el Acuerdo gubernativo 1164 (Reglamento Organizacional Administrativa) establece en el Artículo 2 de la Ley Orgánica del IGSS, la siguiente división de funciones:

1. La Junta Directiva
2. Las Gerencias
3. El consejo Técnico

Cada Comisión considerada necesaria para su funcionamiento se norma desde estos órganos administrativos, asignando directrices a cada Hospital para su correcta aplicación.

2.3.3 PRINCIPIOS DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Menciona Gómez Monterroso (2003), “la naturaleza del Instituto es esencialmente institucional y de ahí la razón de que se haya designado instituto. Confluyen intereses de distintos sectores de la comunidad, la Universidad, los patronos, de los trabajadores, de los colegios profesionales médicos y en fin, del Banco de Guatemala”.

Los principios que regulan la atención en la Seguridad Social pueden mencionarse el ser un régimen nacional, garantizándose la salud a todo el pueblo de Guatemala, el poseer un carácter unitario, ya que se unifica bajo su administración los servicios asistenciales y de la Salud del Estado con los del IGSS. Otro principio es de su obligatoriedad, para garantizar la estabilidad y la permanencia del sistema y para extenderlo a la mayoría de las personas en Guatemala. Vásquez (2013)

Los principios resumidos por Gómez Monterroso (2003,) son:

OBLIGATORIEDAD: Que es un derecho de los trabajadores asalariados

UNVIERSALIDAD: Cobertura al 100%

UNIDAD: Unificación de las instituciones y sectores ante un objetivo común.

SUSTANCIALIDAD: Oportunidad más suficiencia de la prestación.

SUBSIDIARIDAD: El estado asume lo que la población no puede aportar.

SOLIDARIDAD: Los que tienen aportan para el disfrute del que tiene y no tiene.

Como se menciona en estudio realizado por el autor de este trabajo de Investigación, (Vásquez 2013) se mencionan a continuación los programas que funcionan actualmente:

- Programa sobre Protección relativa a Accidentes en General
- Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia
- Programa Sobre Protección relativa a Enfermedad Común y Maternidad

El único programa que se dirige directamente a la mujer es el de **Maternidad**, cubre aunque no en su totalidad a todo el país; únicamente a 19 Departamentos; protege a la afiliada y compañeras de hogar de los afiliados.

2.3.4 MARCO HISTORICO DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA⁴

Como parte de la definición de la Unidad de Análisis del presente trabajo de investigación, se procederá a describir lo concerniente al Hospital de Ginecología y obstetricia.

En el Plan Operativo Anual –POA- (2013), se menciona como fecha de creación del proyecto del Hospital de Ginecología y obstetricia en 1953, denominado inicialmente como Centro Materno Infantil.

⁴Para el desarrollo de este apartado, transcribo textualmente, parte del trabajo de Tesis de la Maestría de Bioética, elaborado por el autor de esta investigación, titulado "Elaboración del Proyecto que permita la conformación del Comité de Bioética Institucional del Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)" PP. 23-29.

Luego de la creación del Programa de Protección a Enfermedad Común y Maternidad en 1967, El 30 de octubre de 1968, motivo la creación del Hospital de Ginecología y Obstetricia, antes funcionando como el Materno Infantil.

Como mejor elemento de juicio en este apartado quiero utilizar el trabajo realizado por la Dra. Astrid Paíz, (2013), “Se iniciaron las actividades solamente atendiendo casos obstétricos. Es decir, embarazos y partos. El grupo de médicos dedicados a este servicio asistencial, se constituyó en jefes y subjefes de los servicios internos, de consulta externa y médicos generales”

Para ese entonces, se contaba con un grupo de mujeres comadronas, egresadas de la Escuela de Comadronas ubicada en la ciudad capital de Guatemala.

Fue en el año de 1971 cuando la Universidad de San Carlos de Guatemala dio inicio a los programas de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, y dentro de las instituciones involucradas se incluye el IGSS.

El terremoto del 4 de febrero de 1976, marco una fecha inolvidable para Guatemala en la mayoría de sus ambientes. El Materno Infantil, al igual que muchos de los edificios grandes existentes en ese entonces, se afectó significativamente. Las autoridades de ese entonces, tomaron la decisión de trasladar parte de los enseres y todo el material quirúrgico posible a las instalaciones del Hospital de Rehabilitación del Instituto, en donde en un solo modulo se instauraron dos salas para la atención de partos y una sala para la realización de procedimientos quirúrgicos.

Fue en el año de 1979 cuando el Jefe de residentes de ese entonces, Dr. Francisco Estrada Ligorria, empezó a organizar algunas actividades que tendían a reunir a los médicos residentes y a algunos de los médicos jefes interesados en los aspectos de tipo docente. 1980, marca el inicio de actividades docentes con el nombramiento del Dr. julio Enrique Duarte, quien recién había llegado a Guatemala del extranjero, en donde se había entrenado en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Las actividades académicas fueron apareciendo, obedeciendo a un programa establecido que fijo un horario en el que se empezaron a impartir algunas clases por el Dr. Duarte y por algunos de los médicos residentes que habiendo llegado ya como especialistas egresados de los

Hospitales Nacionales, se mostraron interesados en colaborar con la docencia, incipiente en ese entonces.

El hospital de ginecología y obstetricia para su funcionamiento se divide en diferentes servicios, en el Plan Operativo Anual del hospital (2014, p. 8), se describen los siguientes servicios:

1. Emergencia (atención 24 horas)
2. Consulta externa de obstetricia (atención 8:00-16:00)
3. Consulta externa de ginecología (atención 8:00-16:00)
4. Área de encamamiento: (atención 24 horas)

Cuenta además con diferentes comisiones, todas las comisiones funcionan con base a lo establecido en el Reglamento Interno de la Institución, generalmente convocadas por la Jefatura de Departamento Médico y/o de los Directores de Departamento.

El listado de comisiones es el siguiente:

1. Comisión de vigilancia epidemiológica
2. Comisión de terapéutica y fármaco-vigilancia
3. Comisión de servicios quirúrgicos hospitalarios
4. Comisión de auditoría
5. Comisión de infecciones nosocomiales
6. Comisión de desastres
7. Consejo consultivo
8. Comisión de calidad, comisión de auditoría y consejo consultivo

En total, el Hospital de Ginecología y Obstetricia cuenta con un total de 116 médicos de los cuales 63 son especialistas en ginecología y obstetricia, y 53 médicos cursantes de la Maestría en ginecología, de los maestrantes, 14 rotan por el hospital Juan José Arévalo Bermejo.

Por medio de una asignación mensual se establecen rotación en los distintos servicios internos del hospital, se mencionan los siguientes:

- **Emergencia (atención 24 horas)**

Servicio de atención las 24 horas, en el cual se atienden todas las consultas por emergencias ginecológicas y obstétricas que solicitan las afiliadas y beneficiarias al programa de Materno-infantil.
- **Consulta externa de obstetricia (atención 8:00-16:00)**

Servicio en el que se presta servicios de evaluación clínica y procedimientos de índole obstétrico, incluyendo en los servicios que presta: control prenatal de bajo riesgo, control prenatal de mediano riesgo (clínica de cesárea anterior), control prenatal de alto riesgo, control prenatal de la mujer adolescente, clínica de postparto, clínica de planificación familiar y salud reproductiva, clínica de medicina interna, clínica de infectología, clínica de evaluación dental. Además se realizan estudios de ultrasonido y monitoreo fetal, así como el desarrollo de los programas de educación en salud (Escuela de la salud).
- **Consulta externa de ginecología (atención 8:00-16:00)**

Servicio que presta servicios de evaluación clínica y procedimientos de índole ginecológica, incluyendo las clínicas de ginecología, oncología y mama, además la clínica de colposcopia y crioterapia.
- **Área de sala de operaciones: (atención 24 horas)**

Es el servicio en donde se resuelven los embarazos y se realizan procedimientos quirúrgicos de todas las pacientes que necesitan este tipo de atención que son ingresadas por la emergencia y la consulta externa a los distintos servicios internos.
- **Servicios internos de encamamiento: (atención 24 horas)**

Todas las pacientes que ameriten ingreso y/o luego de resolverse su embarazo son internada en estos previo a su egreso.

2.4 CAPITULO IV

VIOLENCIA Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Para comprender un fenómeno cualquiera es importante evaluar todos aquellos elementos que forman parte en su definición para comprender como estos se comportan en la población, para fines de esta investigación es importante conocer la manera como es definida la violencia y de manera específica, la violencia en contra de las mujeres.

El diccionario de la Real Academia Española (2001) define violencia como “acción y efecto de violentar o violentarse y violentar significa aplicar medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia”.

En el protocolo de atención a Víctimas de Violencia Sexual (2006), menciona que la OMS define la violencia como:

“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”

La violencia constituye en la actualidad un problema social de primera magnitud en muchos países, por los efectos que produce en las personas contra las que se dirige.

Para Ochoa Osorio (2004), *“la población joven es la que aporta gran parte de los hechos violentos. Son los hombres los que generalmente adoptan el rol de agresores, las mujeres, los niños, niñas, y ancianos son víctimas”* sin embargo la Violencia como fenómeno social debe ser comprendido como un proceso mucho más complejo, ya que en los hechos delictivos se ven involucrados también mujeres y niños, lo cual debe ser evaluado más detalladamente antes de ser categóricos en esta conclusión, sobre todo cuando la víctima también debe recurrir a un acto violento actuando en defensa de su propia integridad o la de su familiar o social.

Partiendo de lo anterior se infiere que es de suma importancia el intentar buscar teorías que expliquen por qué los seres humanos actúan de manera violenta en las sociedades, por lo tanto el esfuerzo queda aún corto y trasciende a lo que en el presente estudio se tienen planteado como objetivo.

2.4.1 CAUSAS DE VIOLENCIA

Es importante resaltar de manera sociológica tres principales autores considerados como clásicos sobre las causas de la violencia. Estos de una manera puntual aportan elementos necesarios para comprender como se han presentado los hechos violentos en nuestro país, ya que sus argumentaciones tienen cabida en la historia violenta de nuestro país y más aún, al intentar comprender el por qué la sociedad ha llegado a comprender hasta cierto punto como algo “normal”, (anomia).

Como parte de este intento, vale la pena resaltar lo planteado por Álvaro Guzmán B. (1990), quien haciendo un ensayo sobre las causas de la violencia hace un análisis de lo planteado por tres sociólogos considerados clásicos, de esta manera menciona lo siguiente:

Es tal vez con Marx, “con quien el concepto de violencia tienen una asociación más inmediata, pero a la vez quien mayor confusiones ha provocado y a la larga, con las peores consecuencias prácticas, para Marx, en la transición entre modos de producción, cuando se presenta una tensión entre fuerzas productivas y relaciones de producción y concretamente en el surgimiento del capitalismo, la violencia ha actuado como mecanismo catalizador del reordenamiento de las viejas y nuevas relaciones sociales,coadyuva entonces al surgimiento de la relación social capitalista pero la reproducción de esta es insostenible en términos del recurso permanente a la fuerza. La violencia solo aparece circunstancialmente y cuando esto sucede no lo hace necesariamente desde mismo campo económico sino a través de conflictos que involucran otros actores sociales”.

Continúa, “la violencia aparece fundamentalmente en los momentos de transición de las formas de dominación, en los períodos revolucionarios o cuando estas se encuentran cuestionadas en aspectos centrales de su ordenamiento. La violencia es una opción de la acción política concentrada sobre el poder del Estado, depende entonces de la situación de poder o de dominio”.

“En síntesis, la violencia aparece también en momentos de reordenamiento político de la sociedad.... Pero la violencia política aparece también en momentos que no pueden caracterizarse como de transición, ya que el conflicto político no supone necesariamente el

recurso a la violencia. La violencia política aparece entonces como un recurso extremo por el cual optan las clases en la salvaguardia de sus intereses, particularmente los de dominación”.

De esta manera sociológica, Marx resume su génesis de la violencia, como *“un medio de control social referido esencialmente a las formas de dominación que sustentan las clases sociales. La relación básica que se establece en el conflicto político es entre intereses de dominación de clase y violencia”.*

Veo algo peligroso a lo planteado anteriormente, ya que incluso puede llegar a justificarse al provenir de sectores de clase dominados como proceso de liberación, pero puede llegar incluso a ser un elemento al momento de querer mencionar un hecho violento como justo si incluye un acto de defensa.

Otro de los autores clásicos es Weber, al respecto Álvaro Guzmán (1990), explica: *“la problemática de la violencia para Weber, va más allá de los límites impuestos por el enfoque clasista, y la ubica en un contexto más amplio de las relaciones sociales de lucha en donde la acción se orienta por el propósito de imponer la propia voluntad contra la resistencia de la otra u otras partes”.*

En este caso, *“la violencia sería un caso particular y extremo de la relación social de lucha dirigida a la aniquilación de la vida del contrario”.* Esta interpretación, establece *“que la relación social que implica violencia (una relación social inicialmente definida como de lucha) se encuentra estrechamente vinculada con el fenómeno del poder y de manera más específica con el de dominación, pero sin que se la pueda confundir con uno y otro, esto implica la imposición de la propia voluntad dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera”.*

“Weber localiza la violencia en diferentes contextos de la sociedad y el papel que se le puede atribuir es un contexto de cambio social. Es de mayor importancia destacar como la violencia está presente en todas las sociedades, en sus más diversos ámbitos y se la utiliza en relación a los fines más disimiles”.

Es importante resaltar de lo trabajado por Guzmán (1990), que identifica que para Weber, *“la acción comunitaria violenta se encuentra legitimada cuando incluye el poder de disponer de la vida y de la coacción física”, aunque como mencionaba en párrafos anteriores, esta legitimidad se establezca a posteriori.*

Finalmente, Guzmán (1990), menciona a Durkheim, quien de manera concreta establece el resquebrajamiento del tejido social como consecuencia de la violencia, elemento importante al analizar el efecto de la violencia en la historia moderna del enfrentamiento armado en nuestro país.

Para Weber, *“Es posible que el conflicto y la violencia jueguen un papel en la construcción de la solidaridad y la cohesión social, pero lógicamente en el contexto de la teoría, no pueden jugar el papel principal”.*

“Siguiendo los criterios de distinción durkheimianos entre fenómenos normales y patológicos, tendríamos que tanto el conflicto como la violencia son “normales” en la medida en que se repiten en los diferentes tipos sociales y coadyuvan a su reproducción y supervivencia. Pero la concepción general de la teoría lleva a que se los considere como patológicos a partir de su magnitud y efectos sobre la cohesión y la solidaridad. En efecto el conflicto y la violencia pueden contribuir de manera decidida a resquebrajar las formas de solidaridad y cohesión más que a consolidarlas”.

Esto se puede ver reflejado en Guatemala, en donde se considera hasta cierto punto como normal los hechos de violencia, no se asume una actitud empática y solidaria con las víctimas directas de la violencia ni tampoco se tiene conciencia de que todos somos víctimas colaterales de la misma. O en palabras del mismo Durkheim, *“si no se produce solidaridad es porque las relaciones de los órganos no están reglamentadas, es porque están en un estado de anomia, es decir, la falta de reglamentación y sus consecuencias en las conductas individuales ante la violencia”*

Para Durkheim, al producirse un cambio social acelerado hay dos niveles que se pueden distinguir, por un lado la carencia de la norma como tal y la falta de claridad, consecuente, sobre las conductas individuales a seguir (o anomia), una insatisfacción o descontento sobre el rol a desempeñar en una sociedad muy dividida (como la nuestra) es una fuente de conflicto

y violencia. Algo positivo de esta conceptualización es la necesidad de institucionalizar un campo normativo que dirima de manera no violenta el conflicto, que regule en este sentido la vida social.

Finalmente, Álvaro Guzmán (1990), menciona a Wolfan y Ferracuti, quienes hacen una caracterización de las sociedades, con una *“mayor densidad de población, por la heterogeneidad étnica y de clases, cuando se encuentran mezcladas con la pobreza, el raquitismo progresivo, falta de educación, la vivienda, el desempleo o el trabajo no calificado, la estrechez económica, la inestabilidad o desavenencia conyugal, la ausencia o pobreza de modelos masculinos para los jóvenes, el aglomeramiento, falta de oportunidades legítimas para mejorar el nivel de vida, la carencia de patrones positivos y anti criminales, la frecuencia más alta de enfermedades orgánicas y una condición de inferioridad en los grupos minoritarios. Entonces es de esperar que los mecanismos socio psicológicos propicios a la transgresión aparecerán.”*

Es entonces donde además aparecerán la frustración, la falta de motivaciones para ceñirse a las exigencias que provienen de fuera, la internalización de tensiones culturales en lo sujetos causada por la disparidad entre medios asequibles y metas deseadas, el conflicto de las normas, la anomia y otros más.

Nuevamente, muchos de estos elementos han estado y persisten sin resolverse, en nuestra sociedad.

Para Roucek (2014), *“la violencia entre los individuos está casi totalmente proscrita en la sociedad civilizada. Durante su evolución histórica, el Estado ha usurpado totalmente el derecho para usar la fuerza, y cuando permite su empleo éste queda estrictamente reglamentado por la ley y las costumbres. Sin embargo, raras veces se da uno cuenta de cuán frecuente es el empleo de la violencia en las relaciones normales diarias, todo el mundo sabe que la violencia es usada por los padres para controlar a sus hijos, especialmente a los niños, los adultos tienen muchas tendencias agresivo-sadistas, pero, aunque se ven obligados a controlarlas la mayor parte del tiempo, también las manifiestan aunque no abiertamente, en todas las situaciones sociales”.*

“Las normas de nuestra cultura moderna permiten generalmente que los individuos ejerzan mucha violencia en sus relaciones mutuas, pero siempre dentro del marco de las costumbres”
“Existe, un masculino arte de la autodefensa, es considerado como parte indispensable de la educación de un joven, los jóvenes pueden recurrir a la violencia pero dentro de las reglas morales”.

Deja entonces este autor, una duda en el ambiente, ¿si los hombres jóvenes actúan de esta manera, cuales son las reglas morales y sujetas a códigos a las que recurren las mujeres?

Es de resaltar que el autor, menciona una violencia legítima cuando “los adultos pueden defender sus vidas, y las costumbres o leyes no escritas permiten que un hombre mate al seductor de su esposa, su hermana o su hija o cuando la mujer defiende su vida ante una agresor”

¿Puede considerarse entonces, como “normal” que los miembros de la sociedad actúen violentamente? En el informe de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, (2013), menciona, “al hacer un análisis sobre las cifras y sobre el marco de condiciones que producen la violencia en el país, es posible como señala Jorge Galindo, la violencia es un fenómeno normal de la sociedad moderna, esto significa que el uso de la violencia aunque trasciende la relación medio-fin, puesto que contiene elementos simbólicos, resulta un mecanismo de relación práctico y muchas veces eficaz como medio para la consecución de fines.

2.4.2 COSTO DE LA VIOLENCIA EN GUATEMALA

Es innegable que la violencia ha dejado huella en la historia y en el desarrollo de la sociedad guatemalteca, su costo no solo puede medirse en función de la cantidad de víctimas directas, sino también en el impacto que ha tenido en el rompimiento del tejido social y en la economía.

Como menciona Matute Rodríguez (2007), *“la violencia no solo plantea graves obstáculos al afianzamiento de la democracia, sino que también impone altos costos al desarrollo del país, el principal es el costo humano producido por la muerte, las heridas, mutilaciones e invalidez de las personas que son víctimas de la violencia. A parte del inmedible dolor humano que*

estos hechos implican, imponen también, un lastre económico al país que coarta sus prospectos de desarrollo”.

Continúa Matute Rodríguez (2007):

“La violencia disminuye la actividad económica aumentando los costos directos en cuanto a seguridad cubiertos por empresas y por los mismos individuos, además los recursos del presupuesto nacional son desviados desde la inversión social o productiva hacia el financiamiento de las instituciones encargadas de la seguridad pública que se ven sobrecargadas en las exigencias que el contexto les impone”

Además la violencia influye de manera negativa en diferentes campos como el turismo o la disminución de las inversiones internacionales en el país.

Es interesante como Matute hace mención de que *“la Violencia produce pérdidas en años de vida saludable (AVISAS) de su población económicamente activa. Este tiene el costo económico equivalente al valor presente de los salarios e ingresos promedio que una víctima de homicidio dejará de percibir (y generar) para la economía”.*

De manera gráfica presento un cuadro que resume el costo de la violencia en Guatemala, ya en párrafos previos se explicaba que según el PNUD, se estima para 2006 que el costo de la violencia equivale al 7.2% del PIB, estos datos son planteados a partir del siguiente cuadro.

Cuadro 3

El costo económico de la violencia en Guatemala

No.	Rubro	Total en quetzales	Total en dólares	% PIB
	Producto Interno Bruto – PIB-	244,426,800,000.00	35,590,240,000.00	
1	Pérdidas en salud	6,740,045,876.38	898,672,783.52	2.8
1.1	Atención médica	701,764,554.95	93,568,607.33	0.3
1.2	Producción perdida	3,626,400,206.82	483,520,027.58	1.5
1.3	Daño emocional	2,411,881,114.61	321,584,148.61	1
2	Costos institucionales	1,884,004,967.00	251,200,662.27	0.8
2.1	Seguridad Pública	1,563,803,637.00	208,507,151.60	0.6
2.2	Sector justicia	262,268,050.00	34,969,073.33	0.1
2.3	Otros	57,933,280.00	7,724,437.33	0.5
3	Gasto en seguridad privada	4,307,403,779.12	574,320,503.88	1.2
3.1	Hogares	1,267,558,658.63	169,007,821.15	0.5
3.2	Empresas	3,039,845,120.49	405,312,682.73	1.2
4	Clima de inversión	3,026,553,383.57	403,540,451.28	1.2
5	Pérdidas materiales (transferencias)	1,942,401,778.72	258,986,903.83	0.8
	Total:	17,900,409,785.79	2,386,721,304.77	7.3

FUENTE: El costo Económico de la Violencia en Guatemala. PNUD – Guatemala mencionado por Balsells Conde.. f2006

No se encontró información en años recientes, pero se infiere que si los índices de violencia aumentan, se espera un aumento también en los costos.

En el caso de las pérdidas en el campo de la atención médica, la estimación dependerá del tipo de lesión provocada en un acto violento y que obliga a la atención hospitalaria para su curación y rehabilitación, en aquellos casos en los que la persona no muere.

Balsells Conde (2006), hace notar que para el año 2004, “las estadísticas de los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt indican que el 30% de las consultas y el 18% de los hospitalizados por diferentes causas relacionadas con la violencia”

En el caso del sector salud, el rubro que incluye el costo relacionado a violencia se llama pérdidas en salud, el cual se integra por la atención médica (directa), años de vida perdidos (indirectos) y daño emocional y psicológico (indirectos). Para el 2004, Balsells menciona que “El total del costo en el sector salud para los tres tipos mencionados anteriormente, alcanza los US\$898.7 millones, es decir el 36% del costo total estimado de la violencia en el país”.

En el caso de las violaciones se estima que el costo medico promedio de Q8, 308.00 por dos días de hospitalización.

2.4.3 CAUSAS DE VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES

Luego de haber aportado elementos del por qué la sociedad responde de manera violenta en diferentes ocasiones, se abordará a continuación un punto básico en la presente tesis, es lo relacionado a los hechos violentos en contra de un sector específico de nuestra sociedad, los casos de violencia en contra de las mujeres

A continuación se presentan distintas teorías que se relacionan con el génesis de la violencia.

La Organización de las Naciones Unidas (2013), en documento elaborado por ONUMEJERES, considera a “la violencia contra mujeres y niñas, una violación a los derechos humanos más sistemáticas y extendidas, está arraigada en estructuras sociales construidas en base al género más que en acciones individuales o acciones al azar.”

“Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer”.

Swendesen, Kristen. (2007) describe:

“son múltiples las razones por las cuales la violencia contra las mujeres es socialmente aceptada y, además, promovida por la sociedad misma. La mayoría de estas razones son compartidas por casi todas las sociedades contemporáneas; otras son explicadas por acontecimientos históricos específicos de cada sociedad o país.”

Continúa Swendesen (2007)

“Para entender la violencia contra las mujeres en Guatemala es necesario tener presente que ésta existe porque las estructuras de poder, lideradas por las iglesias y la elite económica, han definido las razones por las cuales debe realizarse y como, y han permitido su ejercicio. Luego, las diferentes expresiones de esa violencia han venido reproduciéndose e innovándose a través de los diferentes tiempos, gobiernos y sociedades y muchas de ellas han sido recogidas y reforzadas por propio estado a través de leyes, políticas y prácticas.”

“En Guatemala, han habido momentos de políticas específicas de represión hacia las mujeres que, con el tiempo, se han venido transformando en valores (o antivalores), normas y actitudes de la gente. Así mecanismos de represión y subordinación extrema, empleados en momentos históricos concretos por el Estado, hoy día también son parte de la actuación cotidiana....En cualquier situación de desigualdad se ejerce poder o violencia para mantener el statu quo”.

2.4.4 TIPOS DE VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES

En el protocolo de atención a Víctimas de Violencia Sexual (2006) se mencionan los siguientes tipos de violencia:

- a) Física: es la agresión por golpes, cortaduras, heridas y otras.
- b) Sexual: cuando la persona es obligada a tener relaciones sexuales.
- c) Psicológicas: cuando la persona es agredida emocionalmente (verbal, gestos, actitudes y otras)
- d) Patrimonial: cuando la persona es despojada de sus bienes materiales y económicos.

Venguer, y colaboradores (1998) hacen las siguientes distinciones de los tipos de violencia:

“Violencia física: cuando una mujer se encuentra en situación de peligro y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física, puede incluir empujones, bofetadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por arma, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la mujer está enferma o herida. El abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona.

Violencia psicológica o emocional: puede darse antes y después del abuso físico o acompañarlo, sin embargo no siempre es así. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico, celos y posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes, acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas

Violencia económica: es otra forma de control a la mujer haciéndola dependiente, incluye el control y manejo del dinero, las propiedades y en general, de todo los recursos de la familia por parte del hombre. Incluye la limitación expresa del dinero, o brindar menos del que necesita la mujer a pesar de contar con liquidez, gastar sin consultar a la esposa cuando el hombre considera que es importante, disponer del sueldo o herencia de la mujer, etc.”

Uno de los documentos más valiosos en los que se resumen las causas de la violencia en contra de las mujeres es lo elaborado por el Dr. Vargas Alvarado, referente internacional en el campo de la medicina forense, y que por su importancia se expone a continuación en forma de cuadro. Es importante hacer notar que Vargas Alvarado esquematiza las principales teorías y postulados, los cuales vienen a complementar las teorías sociológicas descritas anteriormente.

Cuadro 4
Teorías sobre la violencia sexual

No.	POSTULADOS	DESCRIPCIÓN
TEORÍAS PSICOLÓGICAS		
1	El comportamiento violento es instintivo e irracional	Los hombres que agreden a sus parejas están fuera de la ley y tienen la violencia física en la mente desde la niñez. El remedio está en manos de la medicina y no en la justicia (ErinPizey)
2	Tanto el hombre como la mujer pueden provocar o precipitar la violencia	Con mayor frecuencia la provoca la mujer, quien luego se convierte en víctima. Se le atribuye al licor el papel de factor precipitante al remover los frenos inhibitorios (J.J. Gayford)
3	Las causas de la violencia pueden ser individuales y sociales	Causas individuales: son psicogénicas (hostilidad nacida de sentimientos de frustración, envidia, rechazo, inadaptación o de alienación), y biológicas (afección cerebral orgánica, factores genéticos y hormonales, abuso de drogas) Causas sociales: son la pobreza y la escena de violencia que los medios de comunicación colectiva ofrecen a individuos susceptibles (JudMarmor)
4	Conductas y condiciones ambientales deben alertar al médico acerca de la posibilidad de violencia	Conductas ambientales: antecedente de conducta violenta, amenazas de violencia, pérdida de los padres, brutalidad paterna, inestabilidad física o emocional. Condiciones ambientales: abuso de drogas, desavenencia familiar reciente y cualquier condición social que disminuya la autoestima del individuo, especialmente de parte de los miembros masculinos de la familia (SeymourHalleck)
TEORÍAS SOCIOLÓGICAS		
5	La violencia es endémica de las sociedades occidentales modernas	Esta es la conclusión de un análisis histórico. El hogar es el lugar más peligroso para la mujer y sus hijos, que para los maridos o compañeros (Rebeca y Russell Dobash)
6	La violencia es una adaptación o respuesta al estrés causado por las estructuras establecidas	En ocasiones el estrés produce frustración, que es seguida de violencia <i>con un fin</i> . Otras veces, algunas expectativas en el marido, sólo se pueden rer mediante el empleo de la violencia, como un medio, para obtener un fin. (Gelles)
7	Conforme el individuo domine otras fuentes para satisfacer sus necesidades	El marido de la clase media posee más recursos sociales para satisfacer; en cambio, el de clase baja debe recurrir a la fuerza física para mantener su supremacía dentro de la familia (teoría del intercambio, según Goode)
8	El marido recurre a la violencia cuando la esposa lo supera en educación, instrucción, trabajo y salario	La violencia es, en este caso, el resultado del reforzamiento de la dominación masculina (teoría de la inconsistencia de estatus, O'Brien)
9	La violencia en las familias se debe a la desviación de las estructuras de autoridad	El padre se encuentra física y psicológicamente ausente; utiliza su mayor fuerza física de hombre para defender su posición de superioridad. La sociedad inculca la imagen de la mujer como esposa y madre, y refuerza su dependencia del marido (Murray A. Straus)
10	El propósito de la violencia masculina es controlar a la mujer y permitir al marido sentirse superior dentro de la familia (Whitehurst)	Esta teoría no requiere mayor explicación
11	El aparato estatal representa los intereses de los hombres como grupo dominante	En las disputas domésticas los policías apoyaran al esposo, pues además del interés por el cumplimiento de la Ley, el Estado define a la mujer como inferior en estatus al hombre (LelaHammer)
TEORÍAS CRIMINOLÓGICAS		
12	Subcultura de la violencia	Está representada por los hombres. La violencia es su medio de resolver problemas y de demostrar autoridad (Morán). Este comportamiento es transmitido culturalmente de generación. El machismo es uno de los factores que conforman el sistema de valores que llevan a responder con violencia ante estímulos relativamente débiles (Marvin Wolfgang y Franco Ferracutti)
13	Represión del comportamiento sexual	Hay una relación entre la privación de afecto y el comportamiento sexual de los adolescentes, lo mismo que con la agresión física (crímenes violentos, síndrome del niño maltratado) (Prescott)

FUENTE: Tomado de Vargas Alvarado, Eduardo. (2012) Sexología Forense. 2a. Edición.

2.4.5 ¿QUE ES VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO?

No puede considerarse ningún análisis serio del tema de la violencia en contra de las mujeres sino se toma en cuenta la concepción de género, en épocas recientes, es un punto de partido que busca la democratización del acceso a la justicia y en la búsqueda del equilibrio al momento de proveer servicio por las instituciones.

Las Naciones Unidas (2013), define el término de violencia basada en género a aquella dirigida contra una persona en razón del género que él o ella tiene así como de las expectativas sobre el rol que deba cumplir en una sociedad o cultura”.

Para Swendesen, Kristen. (2007)

“el concepto de violencia de género tiene su origen en este análisis sobre la sistemática dominación que los hombres han ejercido históricamente hacia las mujeres y que ha sido sostenido hasta nuestras culturas contemporáneas. La violencia de género puede ser un instrumento de control social para mantener y reforzar la dominación sobre las mujeres”.

La violencia contra las mujeres se pone de manifiesto de diferentes formas, que van desde la violencia sexual, violencia doméstica y hasta la violación, pero también incluye el acoso sexual. Resaltando además el hecho de que en tiempos de guerra, la violencia sexual es una táctica y una secuela de situaciones de emergencias comunes en las zonas afectadas.

En el protocolo de atención a Víctimas de Violencia Sexual (2006) la definición va más allá, *“es todo comportamiento que atente contra la libertad sexual de las personas. La violencia sexual constituye una manifestación común de la violencia basada en género, la violencia sexual contra la mujer consiste en cualquier acto de chantaje o amenaza emocional o física para penetrar o tener algún contacto sexual”.*

Continúan, “Entre las formas de violencia sexual se identifican:

1. Esclavitud sexual
2. El abuso deshonesto
3. Explotación sexual comercial y esclavitud sexual
4. Incesto
5. Violación marital

6. Exposición forzada a pornografía o a presenciar actos sexuales
7. Intento de lograr el acto sexual
8. Acoso sexual, coerción
9. Mutilación femenina
10. Tráfico para fines de prostitución forzada
11. Intermediarios en el comercio sexual
12. Violación sexual en tiempos de guerra
13. Matrimonio obligado
14. Pruebas de virginidad

Otras formas mencionadas por las Naciones Unidas (2013) que son menos documentadas pero no menos importantes, incluyen:

1. Crímenes cometidos en nombre del “honor”
2. Femicidio
3. Selección pre natal del sexo
4. Infanticidio femenino
5. Abuso económico
6. Violencia política
7. Abuso contra ancianas
8. Violencia relacionada a la exigencia de la dote
9. Ataques con ácido

Núñez, Alexa. Et al. (2008), Describe,

“la violencia sexual y específicamente el delito de violación, no es un hecho que suceda por casualidad y de vez en cuando, es un acto de sometimiento a partir del poder que otorga, es este caso, el sexo, en forma violenta en las relaciones intergenéricas y generacionales, ocurriendo en la mayoría de los caos, contra mujeres y niñas/os, siendo estimulado, históricamente, por la cultura e invisibilizado por la misma.”

Venguer, y colaboradores (1998) hacen la siguiente definición de violencia sexual:

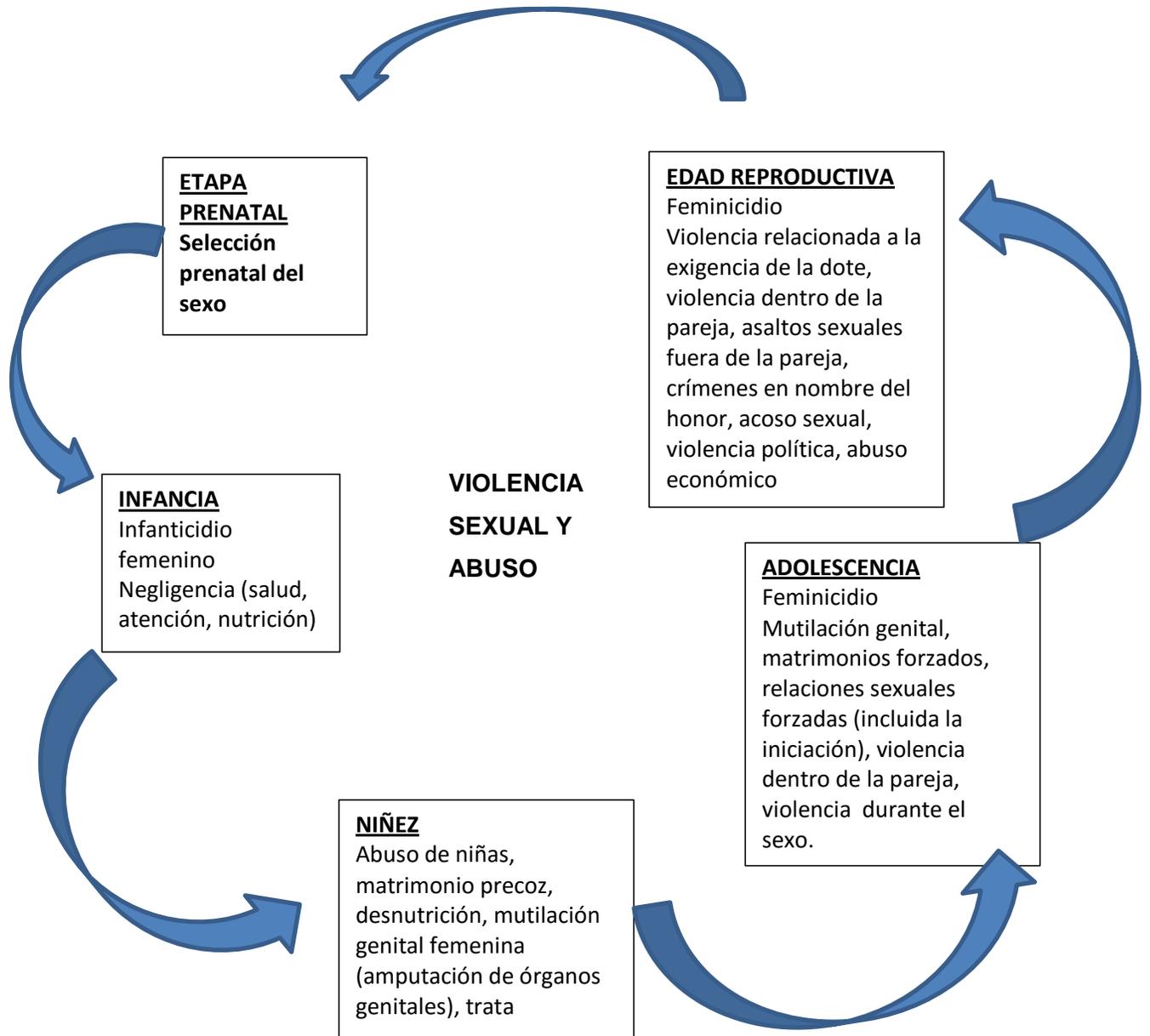
“este es tipo de violencia sobre el que les cuesta más trabajo hablar a las mujeres e incluye cualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual, como intentar que la mujer efectúe o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la mujer no está en sus cinco sentidos, o tiene miedo de negarse, lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso intravaginal, oral o anal de objetos o armas, forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual, criticarla e insultarla con nombres sexualmente degradantes, acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligarla a ver películas o revistas pornográficas, forzarla a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer”.

Las causas de violencia sexual y de género son muy variadas, sin embargo, vemos que tienen su origen en el desigual trato entre hombres y mujeres. Con la permanencia histórica de un estado patriarcal que establece situación de dominio del hombre sobre la mujer. Incluye todo acto que ocasiona daño físico o sobre la autoestima de la mujer, quien además del acto violento recibido, tiene que enfrentarse a un estado discriminador, machista, que ha relegado la figura de la mujer a una condición de menosprecio y desigualdad. No se le violenta únicamente por ser mujer, sino también por considerarse como un ser desvalorizado y por existir una respuesta inadecuada por parte del Estado.

Los perpetradores de los hechos de violencia incluye al Estado, la familia (incluye esposo), amigos, pareja íntima, parientes o extraños cercanos al núcleo familiar.

Existe un ciclo de la violencia y es por su importancia se presenta a continuación de manera esquemática, algunos elementos

Ciclo de la violencia durante la vida de mujeres y niñas



Adaptado de Elisberg anh Heise y publicado en informe "Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas. ONUMJERES, Junio 2013.

Finalmente en las causas de la violencia sexual y de género debe mencionarse que la inequidad de género y la discriminación son las causas raíces de la violencia contra la mujer, influenciada por desequilibrios históricos y estructurales de poder entre mujeres y hombres”, por lo tanto tienen relación directa con su falta de poder y control como a las normas sociales que prescriben roles para hombres y mujeres al punto que consiente el abuso.

2.4.6 ABUSO SEXUAL

Ochoa Osorio (2004) citando a la Organización Panamericana de la Salud el abuso sexual es:

“Conducta sexual directa (con contacto físico) o indirecta en contra de la voluntad de la mujer o cuando ella se encuentra imposibilitada para consentir. El abuso puede llevarse a cabo utilizando fuerza, coerción, amenaza, chantaje o manipulación.”

Continúa, *“El abuso o violación sexual también puede definirse como un acto sexual generalmente con coito o abuso contra la mujer, valiéndose de violencia física, mentira, intimidación o astucia.” “puede darse en el domicilio del violador o de la mujer, rincones apartados de edificios públicos, parques o jardines y los vehículos cubiertos”.*

Puede ser de igual forma, Física y Psicológica.

Se puede definir entonces al abuso como toda acción que provoque daño en otra persona, existiendo un tipo de agresión física, psicológica y emocional. En el caso de la violencia sexual debe existir contacto físico con la víctima. Para este acto cobarde el victimario se vale de cualquier situación para cometer la violación de igual forma busca el lugar propicio para cometer el hecho.

2.4.7 CAUSAS DE ABUSO SEXUAL

Para Swendesen, Kristen. (2007) *“Una violación es la expresión de que el cuerpo de la mujer se considera inferior y sin capacidad de decidir, y posiciona a los hombres como sujetos de propiedad y a las mujeres como objeto de esa propiedad”*.

Citando a Marcela Lagarde, continúa Swendeses (2007), *“la violencia sexual, encuentra justificación en la patriarcal inferioridad natural de las mujeres”*.

Citando a Laura Segato, Swendese, Kristen (2007) indica *“ella analiza una serie de aspectos que explican por qué la violencia contra las mujeres es sexual. Por un lado persisten las razones basadas en que la violación es un delito contra el honor; por otro lado están las que explican el delito cometido contra la libertad sexual de la persona, entre estos dos aspectos se hallan además las violaciones y agresiones sexuales que se cometen por parte de los hombres que, por un conjunto de razones culturales, políticas, psicológica y sociológicas, asuman que deben “violar”*.

Por lo general es la conjunción de varias causas las que desencadenan el proceso violento.

Se trata de desafiar la propiedad del hombre mediante la apropiación de un cuerpo femenino que es parte de su patrimonio.

Finalmente, menciona Swendesen, (2007)

“deben entenderse las razones por las cuales muchos hombres asumen que deben violar y ambos contextos ya analizados tienen que ver: la violación como medio para restablecer el orden del status quo (castigar porque se salió de su lugar) y la violación como medio natural del patriarca (violar para reforzar o ganar patrimonio o dañar el de otro hombre).”

Existen mitos relacionados con el acto de violación, a continuación presente esquemáticamente algunos recogidos por Vargas Alvarado (2012)

Cuadro No. 5
Mitos acerca de la violación

Mito	Explicación
Las mujeres no pueden ser violadas a menos que así lo deseen	Un corolario de esta premisa podría ser que las mujeres disfrutan de la violencia o que, al menos la anhelan inconscientemente.
Un impulso incontrolable y repentino en el violador	Según ello, este es un hombre sexualmente insatisfecho y trastornado, quien sin proponérselo es arrastrado por tal arrebató.
El violador es un desconocido para la víctima	No siempre es así.
La violación ocurre principalmente en la calle	De este modo, la mujer que permanece en su casa se encuentra a salvo.
Es violada la mujer con atuendo y andar provocativos	Así, sólo las mujeres “malas” son víctimas de tal delito

Fuente: Tomado de Vargas Alvarado, Eduardo. Sexología Forense. 2012. Página 12.

2.4.8 FACTORES DE RIESGO DE ABUSO SEXUAL

Dentro de los factores riesgo encontrados por las Naciones Unidas (2013), sobresalen las siguientes:

1. Atestiguar o experimentar abuso en la infancia
2. Abuso de sustancias
3. Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos
4. Limitadas oportunidades económicas
5. Presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres
6. Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o matrimonio
7. El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras

8. Control masculino en la toma de decisiones respecto a los bienes
9. Actitudes que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina (dotes, matrimonios precoces, pagos por la novia)
10. Falta de espacios para mujeres que permitan su libre expresión y comunicación
11. Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos
12. Falta de sanción (impunidad) para perpetradores de la violencia
13. Bajos niveles de concientización por parte de los proveedores de servicios, así como de los actores judiciales y los encargados de hacer cumplir la Ley.

2.4.9 FACTORES DE PROTECCIÓN CONTRA EL ABUSO SEXUAL

De igual manera el autor antes mencionado enlista los siguientes factores de protección:

1. Educación secundaria completa para niñas y niños
2. Retardar la edad de matrimonios hasta los 18 años
3. Autonomía económica de las mujeres y acceso a entrenamiento de sus capacidades, crédito y empleo
4. Normas sociales que promuevan la equidad de género
5. Servicios que articulen respuestas con calidad (servicios judiciales, servicios de seguridad/protección, servicios sociales y servicios médicos) con dotación de personal con conocimientos, capacitación y entrenamiento adecuado
6. Disponibilidad de espacios seguros o refugios
7. Acceso a grupos de ayuda

Muchas veces el abuso sexual en la comunidad es aceptado como normal debido a que existen algunos mitos con respecto a esto, lo cual en nada mejora o elimina los factores de riesgo mencionados, al contrario los aumenta. A continuación enumero algunos de estos mitos:

2.4.10 PERFIL DEL ABUSADOR Y DE LA VICTIMA

En el hecho delictivo de un abuso o una violación, existen factores que deben considerarse tanto en la víctima como en el victimario, a continuación menciono algunos:

Mencionando a Ochoa Osorio (2004), *“El violador es un enfermo mental que agrava más su personalidad por el consumo de alcohol y otras drogas, las cuales facilitan la pérdida del control y exacerbaban los instintos”*.

“Hay violadores que pueden comportarse de manera normal pero que violan por la falta de sentimientos morales o por su incapacidad de poder frenar su acción instintiva.”

Algunas características del violador son, se trata de una persona joven, generalmente de sexo masculino, puede llegar a ser sumamente violento, es antisocial, con problemas en su autoestima, puede dedicarse a otros delitos, puede ser un conocido, amigo o familiar, comparte lugares con el violador, quien considera a la víctima como un objeto sexual.

El abuso sexual en nuestro país es un problema de alto costo social, aunque en la mayoría de los casos se pasa desapercibido por el nivel de invisibilidad, las cifras reportadas en el Ministerio Público e INACIF son alarmantes, las causalidades se centran en la condición de poder histórico mal aplicado de dominación de hombre sobre mujer y la conducta dirigida a demostrar que como hombre tiene el derecho de poseer a cualquier mujer.

De acuerdo con los estudios en el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica, mencionados por Vargas Alvarado (2012), se mencionan las siguientes características de la víctima y del agresor:

Cuadro No. 6
Característica de la víctima de violación

Característica	Descripción
Edad	25 a 29 años
Estado civil	Casada (73.7 %)
Ocupación	Ama de casa (62.7 %)
Nivel académico	Enseñanza media incompleta
Día de la agresión	Domingo
Medio de agresión	Mano abierta, puño cerrado y puntapiés
Tipo de lesión	Equimosis, hematomas
Localización	En cabeza, las lesiones son causadas por las manos. En los muslos son producidas por puntapiés
Incapacidad temporal	En una tercera parte de los casos, ninguna, en 46.3%, una semana, en 16.7% entre ocho días y un mes.
Secuelas	Ninguna en la agresión manual, amputaciones y anquilosis en la agresión con arma blanca, cicatrices queloides en los casos de quemaduras.

Fuente: Tomado de Vargas Alvarado, Eduardo. Sexología Forense. 2012. Página 88.

Dentro de las características del violador se puede que incluso en la mayoría de los casos podría ser cualquier persona que pudiera entrar en contacto con la víctima, vecino, amigo o pariente cercano, sin embargo sin importar la condición no puede considerarse normal a aquella persona que por medio de la fuerza o aprovechando la condición de cercanía abusar sexualmente de esta.

Muchas veces la mujer es tachada como culpable de provocar la reacción del abusador, pero esta justificación es otra acción demostrativa de una actitud patriarcal, “si no lo provocara el no reaccionaria”, nada más alejado de la realidad.

Las características presentadas del agresor, de acuerdo a los estudios del departamento de Medicina Legal de Costa Rica y mencionados por Vargas Alvarado (2012), los cuales son resultados de estudios realizados por Valerio y Ugalde en 1988, que aunque no todos pueden ser iguales en los agresores en nuestro país, si guardan alguna relación por compartir características sociales:

Cuadro No. 7
Características de los agresores en casos de violación

Característica	Descripción
Edad	20 a 40 años
Educación	Primaria , en 71% de los casos
Medio socio profesional	Obreros, en la industria de la construcción (22.5 %), choferes, (11.25 %), agentes de ventas (10%), mecánicos (9%)
Antecedentes penales	Positivos en 17 agresores, 12 por robo, 2 por sospechas de homicidios, 2 por lesiones, y 1 por tráfico de drogas.
Antecedentes de agresión familiar	Positiva en 49% de los casos (por sus padres o por encargados de su crianza)
Consumo de drogas	Positiva en 22 casos, 16, marihuana, 2 cocaína, 2 inhalación de pegamento, 2 uso de tranquilizantes
Alcoholismo	Consuetudinario, en 42 casos, moderado en 29

Fuente: Tomado de Vargas Alvarado, Eduardo. Sexología Forense. 2012. Página 88.

2.4.11 MANEJO JURÍDICO DEL ABUSO SEXUAL

Como en cualquier país, el abuso sexual se constituye un delito y como tal está considerado en los códigos Civil y Penal, a continuación presento un análisis del mismo.

Swendesen, Kristen. (2007) tomando los conceptos propuestos por la MSc Hilda Morales, describe lo siguiente:

“En el derecho internacional, a partir de 1945, se ha dado un avance progresivo en el reconocimiento y protección de los derechos humanos. Juntas la Organización de Naciones Unidas, ONU, y de organizaciones regionales de Estados, como la Organización de Estados Americanos, OEA, se han instaurado sistemas internacionales cuyo objeto principal es la protección de los derechos de las personas. Estos se encuentran recabados en los distintos convenios y tratados que a su vez han dado origen a la creación de diferentes órganos destinados a vigilar su cumplimiento”.

Continúa, *“El análisis del derecho internacional se inicia con la Declaración Universal de Derechos Humanos, convenciones de derechos humanos de las mujeres las convenciones internacionales sobre el trabajo y finalmente, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer y la Convención de Belém do Pará”.*

Núñez, Alexa (2008) de forma más detallada explica lo siguiente: *“Existen convenios internacionales vinculados con los derechos de las mujeres, entre ellos pueden mencionarse”:*

1. Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)
2. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)
3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Naciones Unidas (1994)
4. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer de Belem do Pará (1994)
5. IV conferencia regional sobre la integración de la mujer en el desarrollo económico y social de América Latina y el Caribe (1994)
6. IV conferencia mundial sobre la mujer. Beijing (1995)
7. Mujer 2000: equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI.

En el orden jurídico de Guatemala, la Constitución Política de la Republica, garantiza la protección y da las garantías para el respeto de la persona y la familia, el Código Penal tipifica el delito de violación y delitos de abusos deshonestos y menciona la sanción a aplicar en el caso de este delito.

La mejor forma de evitar que se dé el abuso sexual es socializando los convenios internacionales firmados por nuestro país y exigiendo que al momento que se produzca este abuso, el Estado sea pronto y justo en la aplicación de la pena acreedora. Se debe exigir que el estado asuma su compromiso de proteger a la persona y a la familia.

Jurídicamente hablando, debe considerarse que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben basar su actuar en aspectos de violencia sexual en tres convenidos principales:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos
2. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer
3. Convenio para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer
4. Constitución Política de la República de Guatemala
5. Código Penal de Guatemala, que es donde se contemplan y definen los delitos relacionados con la violación.

Específicamente, en el Código Penal emitido por el Congreso de la República de Guatemala, (1973), en el capítulo 1, artículo 3, define la violación como: *“Comete delito de violación quien yaciere con mujer, en cualquiera de los siguientes casos:*

1. *Usando la violencia suficiente para conseguir su propósito.*
2. *Aprovechando circunstancias, provocadas o no por el agente, de encontrarse la mujer privada de razón o de sentido o incapacitada para resistir.*
3. *En todo caso, si la mujer fuere menor de doce años.*

Y establece una pena de seis a doce años y en los casos que existan agravantes de la pena se establece de ocho a veinte años de prisión, estos elementos pueden ser si hay participación de dos más personas, si fuere pariente el autor o encargado de su educación, custodia o guardia o si produjera daño a la víctima como resultado del delito.

El artículo 175, establece como Violación calificada, si como consecuencia de la violación, la víctima resultara muerta y se establece una pena de 30 a 50 años, incluso establece la pena de muerte si la víctima fuese menor de 10 años de edad.

El Código Procesal Penal, establece la persecución penal por el órgano acusador del Estado cuando se presentaren los delitos de estupro, incesto, abusos deshonestos y violación en mujeres mayores de edad y cuando se tratase de menores, la acción se establece pública.

La Ley contra el femicidio y Otras formas de Violencia contra la mujer, del Congreso de la República de Guatemala (2008), establece en su **artículo 5**, Acción Pública. “Los delitos tipificados en la presente ley son de acción pública.

Artículo 7: Violencia contra la mujer. Comete el delito de violencia contra la mujer quien, en el ámbito público o privado, ejerza violencia física, sexual o psicológica valiéndose de las siguientes circunstancias:

- a) Haber pretendido, en forma reiterada o continua, infructuosamente, establecer o restablecer una relación de pareja o de intimidad con la víctima.
- b) Mantener en la época en que se perpetre el hecho, o haber mantenido con la víctima relaciones familiares, conyugales, de convivencia, de intimidad o noviazgo, amistad, compañerismo o relación laboral, educativa o religiosa.
- c) Como resultado de ritos grupales usando o no armas de cualquier tipo.
- d) En menosprecio del cuerpo de la víctima para satisfacción de instintos.
- e) Por misoginia.

En este caso establece que la persona que resultare responsable del delito de violencia física o sexual contra la mujer será sancionada con prisión de cinco a doce años, de acuerdo a la gravedad del delito, sin perjuicio de que los hechos constituyan otros delitos estipulados en leyes ordinarias.

2.4.12 RESPONSABILIDAD LEGAL DEL PERSONAL MÉDICO EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Por otro lado si se presentara una víctima de violencia sexual a una unidad de Atención Hospitalaria y no se realizara la atención adecuada, se expone a cometer los siguientes delitos:

La misma Ley en contra del Femicidio (2008), en el capítulo II, Artículo 3, inciso d) establece la necesidad que las pacientes víctimas de violencia sexual sean atendidas de manera integral, de esta forma:

“Asistencia integral: La mujer víctima de violencia, sus hijas e hijos, tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo, de refugio, así como de recuperación. La atención multidisciplinaria implicará especialmente

- 1. Atención médica y psicológica*
- 2. Apoyo social*
- 3. Seguimiento legal de las reclamaciones de los derechos de la mujer*
- 4. Apoyo a la formación e inserción laboral*
- 5. Asistencia de un interprete*

De igual forma, el Código Procesal Penal, emitido por el Congreso de la República de Guatemala (1992), establece que como profesionales de la medicina, al actuar ante la posibilidad de la existencia de un delito, debemos denunciarlo, la base es la siguiente:

“Artículo 297: Denuncia

“Cualquier persona deberá comunicar, por escrito u oralmente, a la policía, al Ministerio Público o al tribunal el conocimiento que tuviere acerca de la comisión de un delito de acción pública.”

“Artículo 298: Denuncia obligatoria

“Deben denunciar el conocimiento que tienen sobre un delito de acción pública, con excepción de los que requieren instancia, denuncia o autorización para su persecución, y sin demora alguna:

1. *Los funcionarios y empleados públicos que conozcan el hecho en ejercicio de sus funciones, salvo el caso de que pese sobre ellos el deber de guardar secreto.*
2. *Quienes ejerzan el arte de curar y conozcan el hecho en ejercicio de su profesión u oficio, cuando se trate de delitos contra la vida o la integridad corporal de las personas, con la excepción especificada en el inciso anterior y,*
3. *Quienes por disposición de la Ley, la autoridad o por un acto jurídico tuvieren a su cargo el manejo, la administración, el cuidado o control de bienes o intereses de una institución, entidad o persona, respecto de delitos cometidos en su perjuicio, o en perjuicio de la masa o patrimonio puesto bajo su cargo o control, siempre que conozcan el hecho con motivo de ejercicio de sus funciones.”*

En todos estos casos la denuncia no será obligatoria si razonablemente arriesgare la persecución penal propia, del cónyuge, o de ascendientes, descendientes o hermanos o del conviviente de hecho.

De no actuar en esta línea, expone al personal médico a cometer el delito de Omisión de denuncia, este se encuentra contemplado en el Código Penal emitido por el Congreso de la República (1973) de la siguiente forma:

“Artículo 457: Omisión de denuncia.

El funcionario o empleado público que, por razón de su cargo, tuviere conocimiento de la comisión de un hecho calificado como delito de acción pública y, a sabiendas, omitiere o retardar hacer la correspondiente denuncia a la autoridad judicial competente, será sancionado con multa de cien a un mil quetzales”.

Finalmente, queda aclarar que como personal médico se contempla un compromiso moral establecido en el Código Deontológico, en donde se establecen las pautas de atención de todo paciente sin distinción de sexo, religión o condición económica.

2.4.13 LA VIOLENCIA SEXUAL EN GUATEMALA

En nuestro país los datos de violencia sexual son alarmantes, en reportaje realizado en el año 2012 por Plaza Pública de la Universidad Rafael Landívar titulado “Violencia, el crimen silenciado”, citando al Instituto de Ciencias Forenses (INACIF) reporta que “del 2008 a mayo del 2012, un total de 16642 evaluaciones clínicas por violencia sexual realizadas luego de que la víctima denuncia el delito ante el MP, de las cuales 15,212, 91.4% del total fueron practicadas a mujeres y 1420 a hombres, 8.5% del total.

Según datos proporcionados por el Sistema Informático de control de la Investigación del Ministerio Público (2013) en el reporte estadístico de denuncias registradas a nivel nacional, en el periodo comprendido del 01-01-2010 al 31-12-12, para el 2010 se denunciaron 5700 denuncias, 2011 4551 y en el 2012 7224 . En cuanto a las denuncias específicas del tipo de violencia, el Ministerio Público (2013) reporta para hasta el 25 de octubre del 2013 un total de 1385 denuncias (no se incluyen en este dato, todas las denuncias de agresiones, agresiones agravadas o casos de abuso por lo que los datos pueden ser mayores.

Según datos proporcionados por el Sistema Informático de control de la Investigación del Ministerio Público (2016) en el reporte estadístico de denuncias registradas a nivel nacional, en el periodo comprendido del 01-01-2014 al 28/02/16, en este período se presentaron un total de 36,281 denuncias, para el año 2014 se presentaron un total de 18,244 denuncias que corresponde al 50.28% del total, para el 2015 15,904 denuncias correspondiente al 43.83% y en los dos primeros meses del año 2016 ya se han presentado un total de 2138 denuncias el 5.87%, aunque no es correcto porque debería hacerse una evaluación por comportamiento mensual, se esperaría que las denuncias aumentaran en el presente año.

Al hacer una comparación de estos períodos es importante hacer notar que la relación de porcentajes de denuncias aumento en las agresiones sexuales a hombres 13.33% contra el 5.87% previo y en mujeres 91.4% versus 86.7%.

Cuadro No. 8

Reporte estadístico nacional de personas víctimas de delitos sexuales en el período del 01/01/2014 al 28/02/2016

No.	Departamento	Sexo				Año			Total
		masculino	%	femenino	%	2014	2015	2016	
1	Guatemala	1455	15.6	7898	84.4	4665	4161	527	9353
2	Escuintla	355	13.5	2267	86.5	1336	1125	161	2622
3	Alta Verapaz	261	11.6	1986	88.4	1137	998	112	2247
4	Quetzaltenango	254	11.8	1900	88.2	1094	950	110	2154
5	Peten	173	8.65	1827	91.4	1056	860	84	2000
6	Suchitepéquez	94	5.11	1744	94.9	882	844	112	1838
7	San Marcos	212	12.1	1540	87.9	839	796	117	1752
8	Huehuetenango	147	9.02	1483	91	734	783	113	1630
9	Quiche	185	11.7	1397	88.3	773	708	101	1582
10	Izabal	192	13.5	1231	86.5	745	586	92	1423
11	Jutiapa	188	14.5	1112	85.5	711	515	74	1300
12	Chimaltenango	165	14.9	942	85.1	579	473	55	1107
13	Jalapa	121	12.8	823	87.2	550	334	60	944
14	Chiquimula	121	13.1	800	86.9	426	414	81	921
15	Sacatepéquez	139	16.6	697	83.4	438	350	48	836
16	Santa Rosa	153	19.3	639	80.7	389	355	48	792
17	Retalhuleu	130	16.7	647	83.3	379	323	75	777
18	Zacapa	98	14.5	579	85.5	304	317	56	677
19	Baja Verapaz	92	13.9	570	86.1	357	284	21	662
20	Totonicapán	174	28.6	435	71.4	294	288	27	609
21	Sololá	74	12.6	514	87.4	306	245	37	588
22	El progreso	52	11.1	415	88.9	250	195	22	467
Total		4835	13.3	31446	86.7	18244	15904	2133	36281

FUENTE: Elaboración propia, con datos proporcionados por SICOM, Ministerio Público.

Aunque las denuncias han aumentado, la respuesta por parte de las autoridades que deben impartir justicia no ha tenido el mismo impacto en la sociedad.

En Prensa Libre, el 8 de marzo del 2016 se publican datos alarmantes, según el INACIF, para el año 2015 de un total de 11,357 evaluaciones a mujeres a nivel nacional, se realizaron un total de 7423 exámenes por casos de agresiones sexuales (65 %) y para el año 2014 un total de 7521 exámenes (69 %) de un total de 10,889 evaluaciones reportadas. (Prensa Libre, 2016).

De igual forma y a pesar de mayor denuncia y mayor cantidad de evaluaciones, Prensa Libre, hace la siguiente comparación:⁵

Cuadro No. 9

La efectividad del sector justicia en los procesos de violencia contra la mujer.

Año	Casos remitidos	No es delito	Acusaciones	Salidas alternas	Condenas	Efectividad	Impunidad
2008	14327	0	238	89	1	0.16%	99.80%
2009	14095	0	490	71	47	0.66%	99.34%
2010	14092	0	115	19	47	1.09%	98.91%
2011	14067	25	52	32	19	1.31%	98.69%
2012	13902	164	10	16	18	1.47%	98.63%
2013	13876	26	10	6	5	1.54%	98.46%
2014	13868	8	5	4	7	1.59%	98.41%
2015	13823	45	5	0	1	1.59%	98.41%

FUENTE: Prensa Libre, Pág. 17 8/03/2016

⁵ Por su importancia, reproduzco fielmente el cuadro presentado por Prensa Libre 8 de marzo 2016 Pág. 17

2.5 CAPITULO V

PROCOLOS MEDICOS Y SU IMPORTANCIA EN EL PROCESO INVESTIGATIVO

Un elemento importante dentro del método científico de investigación es el orden que debe llevar, esto evita la improvisación y garantiza un resultado confiable. Esto debe de partir de la implementación y utilización de guías y protocolos, que en el campo de la medicina debe contar con el respaldo científico adecuado para su generalización al momento de emplearse en diferentes instituciones, es importante partir por definir qué se entiende por protocolo médico.

2.5.1 DEFINICIÓN DE PROTOCOLO MEDICO

Protocolo, proviene del latín *“protocollum”*, que a su vez procede del griego *protos* (primero) y *Kollum* (pegar). En su significado original, se considera *“protocollum”* como la primera hoja de un escrito.

Según el diccionario de la Real Academia española, se define como: *“la regla ceremonial diplomática o palatina establecida por decreto o por costumbre”*. (Real Academia de la Lengua española, 2001)

Escalante Pérez (2006) menciona en su capítulo sobre la historia de la Medicina Forense, que algunos historiadores consideran que existían términos y expresiones protocolarias en documentos tan antiguos como el código de Hammurabi y en los jeroglíficos de Egipto.

Un protocolo, describen en la sentencia de la Audiencia Provincial de Toledo, España, *“constituye un medio de plasmar las directrices o recomendaciones actualizadas que un grupo de expertos cualificados establecen para orientar la labor diaria de los profesionales”*.

Rodríguez Artalejo, (1990) describe que *“un protocolo clínico medico es un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud”*

Continua, *“constituye por tanto, una ayuda explícita para el médico en el proceso de decisión clínica, al reducir el número de alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que ha de elegir, hasta hacerlas en muchos casos únicas.”*

Los protocolos son considerados como la guía del proceder médico, se convierten en el conjunto de reglas que garantizan que los pasos realizados en el estudio o manejo de una patología, condición clínica o lesión, partan de una manera lógica de abordaje. Puede decirse entonces, que nos ofrece una ruta sobre la cual proceder

2.5.2 ELABORACION DE LOS PROTOCOLOS MEDICOS

Parafraseando a Rodríguez Artalejo, (1990) Hay protocolos dirigidos a personas de cualquier edad y condición que presentan un determinado problema de salud, pero también hay otros restringidos a personas de una determinada edad o con prácticas de riesgo específico. El camino para elaborar estas recomendaciones ha sido, prácticamente en todos los casos, el mismo.

Partiendo de las características específicas a estudiar se utilizan técnicas y tecnologías que permitan evaluar integralmente al paciente.

Por medio de la elección adecuada de un método apropiado al momento de establecer un protocolo, permiten evaluar la efectividad de distintos procedimientos entre sí, además la efectividad de un mismo procedimiento administrado o realizado en diferentes pautas y a grupos de enfermos diferentes.

Lo que sí es importante es establecer las normas y las pautas a utilizar para que cualquier persona que los vaya a aplicar siga los mismos pasos para registrar los resultados relacionados.

Continúa Rodríguez Artalejo (1990), Los protocolos indican conductas recomendadas, fundamentadas en la actuación y la validez de los conocimientos científicos, está consensuada y no establecen criterios rígidos, no interfieren en la autonomía profesional, sino que ayudan a los médicos a un comportamiento diligente.

Las indicaciones de los protocolos no son siempre vinculantes.

Concretamente, la diligencia en el cumplimiento de las obligaciones profesionales está definida por la legislación y la jurisprudencia mediante la denominada *lex artis ad hoc* que no significa nada más que valorar si la conducta profesional responde a la técnica normal requerida y a la generalidad de las conductas profesionales ante casos similares.

Para la elaboración de los protocolos médicos es necesario que sean consideradas una serie de características que sean comunes a la población a la que se va a evaluar, dependiendo del caso específico, se deben definir los pasos mínimos a seguir para que los resultados sean coherentes a lo que se busca y que en su momento sean utilizados como pruebas.

2.5.3 USO DE LOS PROTOCOLOS

El valor principal de un protocolo es su contribución al mantenimiento de la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, el evitar decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reducir la variabilidad incompetente de la práctica médica. Por consiguiente cualquier implementación de un protocolo deberá salvaguardar estas condiciones.

Para Rodríguez Artalejo (1990) *“el protocolo no está dirigido a mejorar el diagnóstico y tratamiento de un enfermo concreto, individual, teniendo en cuenta sus características clínicas y opiniones, sino el de grandes tipologías de enfermos con un cuadro clínico o patología similar”*.

El uso de un protocolo trasciende la atención particular de un solo tipo de paciente sino más bien, pretende que las características que se quieren evaluar en el protocolo, sean comunes a cierto tipo de población a estudiar. De esta manera los datos que se obtengan sean utilizados para estudio y comparación de población similar.

2.6 CAPITULO VI

DEFINICION DE PROTOCOLO DE ABUSO SEXUAL

Partiendo de las definiciones anteriores, puedo concluir que un protocolo de atención a víctimas de abuso sexual, es el instrumento metodológico compuesto por una serie de pasos ordenados, que tiene como fin registrar los detalles relacionados con la comisión de un acto violento hacia una mujer, en este caso específicamente, de orden sexual.

Debe incluir una serie de pasos que permitan recabar toda la información disponible no solo sobre las características del hecho, del posible actor, sino sobre todo, la recolección de evidencia física, biológica, que pueda ser utilizada de manera legal.

Un aspecto importante dentro de los protocolos utilizados es lo relacionado a la sensibilidad y empatía que deben poseer los tratantes de las víctimas, ya que como parte del seguimiento se incluye la atención psicológica de la víctima, por lo que la evaluación y descripción de afectación emocional se incluye en el informe.

También incluye los pasos de la evaluación física, laboratorios y terapéuticas a utilizar.

2.6.1 PROTOCOLOS UTILIZADOS EN GUATEMALA

Actualmente se utilizan varios protocolos, todos parten de lo dictado por las normas del Ministerio de Salud Pública, básicamente en Guatemala, las instituciones que prestan atención a la mayor cantidad de pacientes víctimas de Violencia sexual son;

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
3. Instituto Nacional de Ciencias Forenses
4. Ministerio Público

Organizaciones No Gubernamentales que prestan su atención en apoyo al Ministerio de Salud como la Asociación pro Bienestar de la Familia –APROFAM-, médicos del Mundo y médicos sin Fronteras.

Por lo extenso de cada uno de estos protocolos se describirá en este momento solo el Protocolo del Ministerio de Salud Pública.

2.6.2 PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL –MSPYAS-

La edición con que se cuenta en el Ministerio de Salud Pública para ser utilizada en pacientes que han sido víctimas de violencia Sexual, fue realizado en mayo del 2005, y publicado en abril del 2006.⁶

El ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del programa Nacional de Salud Reproductiva y de Salud Mental, establecen que el problema de la violencia en contra de la mujer es un problema de Salud Pública, ya que este flagelo influye de una manera negativa en la calidad de vida de las mujeres víctimas, de sus hijos, su familia y en la sociedad en general. (Ministerio de Salud Pública de Guatemala 2006).

Presenta de una manera sintetizada, las distintas definiciones de la violencia y su distinto tipo, de igual manera establece una serie de factores a considerar, dentro de estos, la consideración de la violencia como un acto de agresión.

Citando a lo expresado en el documento del Ministerio de Salud Pública de Guatemala. (2006), se mencionan los siguientes mitos sobre la violencia hacia las mujeres:

1. La violación está motivada por el deseo sexual.
2. Las mujeres hacen reportes falsos de violación.*
3. La violación requiere del uso de mucha fuerza o violencia física o de un arma.
4. La violación deja signos evidentes de heridas.
5. Cuando una mujer dice “no” al sexo, quiere decir en realidad “sí”
6. Las y los trabajadores del sexo no pueden ser violadas (os).
7. Todas las víctimas de ataque sexual son mujeres. Todos los agresores son hombres.
8. La violación real solo ocurre cuando un extraño ataca a una mujer.
9. Una mujer que realmente se resiste no puede ser violada. Si no se defendió es que seguramente lo deseaba.

⁶Para la elaboración de este apartado se toma como base el documento oficial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia, nombrado en la bibliografía como: Ministerio de Salud Pública de Guatemala. (2006). **Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual**. Guatemala.

10. Personas con retraso o trastorno mental aceptan la violencia sexual como “algo normal”.
11. La violación es un acto impulsivo

Dentro de los principios generales, establece algunos puntos que la pena mencionar: debe evitarse realizar interrogaciones repetidas, asegurarse que la vida de la paciente no corra riesgo, asegurarse la privacidad y la confidencialidad de la paciente, ofrecer todo tipo de apoyo, sin presionarla, orientándola e informándole que en todo momento puede rechazar el tratamiento y la atención que se le brinda.

En cuanto a la atención a la víctima, el protocolo establece: (Ministerio de Salud Pública 2006)

1. “Debe prestarse una atención digna, respetuosa y acogedora.
2. Evaluar cuidadosamente los riesgos en cada caso.
3. Brindar información clara y completa a las víctimas de violencia, respetando sus derechos sobre salud sexual y reproductiva, así como posibles consecuencias de la agresión.
4. Facilitar la expresión de sus sentimientos.
5. Proporcionar mensajes positivos.
6. Brindar información sobre las opciones disponibles para que la víctima tome su decisión.
7. Informar oportunamente sobre las características del procedimiento y de lo que sucederá en cada fase de su atención, respetando la decisión en cuanto a la aceptación o rechazo.
8. Pedir a la paciente que le indique cuando iniciar el procedimiento.
9. Documentar las lesiones y el tratamiento médico que pueda servir como evidencia legal de la condición de la víctima.
10. La atención de la víctima debe realizarse en un ambiente, agradable, íntimo y digno.

De una manera concreta, la valoración clínica de las pacientes debe incluir:

1. Consecuencias físicas, como embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.
2. Lesiones genitales comunes como equimosis, enrojecimientos o inflamaciones, laceraciones, escoriaciones, etc.

3. Lesiones no genitales, como moretones, laceraciones, marcas de ligaduras en tobillos, muñecas, cuello, huellas de manos, marcas de dedos, marcas de fajas, mordidas, trauma rectal o anal.

Todo lo anterior debe dejarse registrado en una historia clínica, para lo cual se cuenta con una guía fácil de utilizarse que incluye la anamnesis y los hallazgos del examen físicos, con énfasis en lo ginecológico.

En el protocolo se enfatiza en un registro adecuado de las características y tipos de lesiones, Además presenta de una manera detallada la forma de tomar muestras, la manera adecuada de su embalaje y transporte y de singular importancia esquematiza el paquete de laboratorios a solicitar así como el esquema de medicamentos a utilizar.

2.6.3 PROTOCOLO UTILIZADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS FORENSES – INACIF -

Guía para reconocimiento médico legal de Víctimas de agresión sexual. INST-DTC-MG-003. Versión 1. Vigente a partir del 12/03/10, que en resumen dice lo siguiente:

Responsable: Peritos profesionales de la medicina

1. Actividades: Recepción de la víctima y solicitud de evaluación médica. Dicha solicitud, debe partir de autoridad competente, con datos generales de víctima, programa de explicación a la víctima sobre el orden de la evaluación, llenado del consentimiento informado.

2. Antecedentes a Documentar:

Relato de hechos previos, tratamientos recibidos, procesos infecciosos previos, uso de anticonceptivos, datos de última regla.

3. Recolección médico legal y recolección de la evidencia:

Inspección de prendas

Examen externo en detalle

Examen de cavidad bucal (hisopados)

Examen del área genital, anal, perianal, toma de indicios y manejo de prendas.

Deben registrarse todos los hallazgos y tomar las muestras necesarias.

4. Registro y documentación de los hallazgos:

Embalaje y cuidado de la cadena de custodia

Sería necesario realizar una descripción mucho más detallada de dicha Guía de atención, sin embargo al momento de compararse con la Guía utilizada en el IGSS, podrá entrarse en esos detalles.

2.6.4 GUIA DE MANEJO UTILIZADA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL EN PACIENTES VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL

A continuación se describe la Guía de manejo del año 2009, titulada “Prevención de infecciones de transmisión sexual – Hospital General de Accidentes del IGSS”. Esta guía, es complemento al protocolo de manejo de abuso sexual, sin embargo, no se tiene el instructivo respectivo, solamente una copia de la guía de evaluación y recolección de datos de las víctimas.

Existe el Protocolo de manejo para la prevención de infección de transmisión sexual y embarazo en mujeres víctimas de asalto sexual del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuya última revisión se realizó en el año 2005 y es en la que se basa la siguiente información. Debe hacerse notar que a pesar de intentar contar con una copia del mismo, se notifica que no puede ser utilizada por encontrarse en discusión y revisión en la actualidad.

Es necesario describir brevemente el protocolo de manejo sexual; este consta de varias partes, incluida un protocolo de ser necesario a utilizar en pacientes hombres, existe un protocolo utilizado en niños pero por no ser objetivo de la investigación, no se describe.

El protocolo consta de las siguientes partes: (incluye verificación de datos por parte de la enfermera)

1. **Sección A**, datos generales, nombre de la víctima, fecha del hecho, hora, quien examina, y firma del examinador.
2. **Sección B**, edad en años de la víctima, sexo, origen urbano, rural, dirección, zona.

3. Sección C, Historia del hecho, ¿quién o quienes violaron?, ¿cuándo? ¿Cómo?, ¿baño o ducha antes de consultar?, ¿fecha de última regla?,

4. Esquemas, incluye esquemas anatómicos en diferentes planos, en los que deben registrarse, rasgaduras de himen, excoriaciones, contusiones, equimosis, quemaduras, otras lesiones, con prioridad en zonas ginecológicas.

El expediente clínico parte de los datos generales, antecedentes, y con énfasis la historia ginecológica.

Sección de Información de la Agresión/abuso, resaltándose que debe incluirse la fecha, lugar, tipo de asalto, identidad y número de los agresores, descripción del evento, tipo de penetración, existencia o no de eyaculación en la vagina o en otras partes, uso de preservativo u otros elementos, lesiones en otras partes del cuerpo, determinación de las circunstancias de la agresión, existencia de violencia verbal, uso de sustancias o drogas.

La exploración física establece que debe realizarse “en un ambiente privado, calmado, cálido e idealmente participar en ella el médico, personal de enfermería y personal del INACIF, para poder realizar una sola evaluación que incluya la toma de muestras oportuna y adecuada. La exploración debe ser completa y metódica, tomando hisopados de genitales, anal etc. En todo momento se describirán las lesiones encontradas.

Para la toma de muestras se establece que “a toda mujer víctima de asalto sexual debe realizarse tamizaje para determinar la presencia de ITS (basal y control) además de descartar la presencia de embarazo. En la Guía respectiva elaborada en el año 2009, se dan más datos al respecto.

El examen físico completo es imprescindible para descartar lesiones y traumatismo asociados al asalto sexual que puedan poner en riesgo la vida de la paciente. El médico puede estar acompañado de personal de enfermería y en una clínica destinada para dicho efecto, idealmente también acompañado por personal de INACIF para la denuncia y resguardo de las muestras tomadas.

Para lograr este objetivo, debe comunicarse previamente al Ministerio Público para denunciar de dicho caso, solicitando el número asignado por el MP al caso en mención, el cual se adjunta al expediente.

Esta conducta debe ser coordinada por el médico encargado, informándole al su especialista de más jerarquía durante el turno y a la supervisora de enfermería de turno.

Cuando deba evaluarse un caso de violencia sexual, existen eventos que es necesario resaltar:

- Al momento de recibir una posible víctima de abuso sexual se debe informar inmediatamente al Ministerio Público para que envíen al responsable de coleccionar las muestras y darle seguimiento desde el punto de vista judicial.
- Debe hacerse la denuncia, esta puede ser realizada por el médico, personal de enfermería, psicólogas o trabajadoras sociales que reciben el caso o bien del inmediato superior a cargo del servicio.
- Si acude inmediatamente después de la violación, debe valorarse si existe riesgo vital (hemorragias, heridas importantes) que requieran intervención de emergencia.
- Si está en riesgo la vida de la paciente implementarse medidas de estabilización de signos vitales y referir inmediatamente para la atención especializada, de no poderse tratar localmente.
- La paciente debe ser acompañada y no dejarse sola en la sala de espera, la atención debe ser prestada lo más pronto posible en un ambiente propicio, agradable y seguro que asegure la privacidad y confidencialidad.
- Ser imparcial, no juzgar ni re victimizarla.
- Debe tenerse en cuenta el género y grupo étnico.

Como se menciona en distintos párrafos presentados, la toma de muestra debe ser realizada por personal del INACIF, sin embargo, si existiera algún evento que dificultara su actuar, como profesionales de la medicina deben tenerse conocimientos básicos para poder tomar muestras, registrar e identificarlas para poder garantizar de esta forma, una cadena de custodia de las evidencias.

Ante esto es importante conocer algunos aspectos mínimos a cumplir para garantizar este proceso.

- Antes de cualquier toma de muestras, debe estar completamente informada la paciente, de ser posible debe contar con consentimiento informado firmado por la paciente y asignar un código para cada muestra.

- Debe contarse con el material adecuado para la toma, almacenamiento y resguardo de muestras (guantes, frascos, hisopos, tubos de ensayo, alcohol, etc.).
- De ser necesario utilizar hisopos, verificar que estos se encuentren estériles y que sean de algodón. Estos hisopos cuando vayan a ser utilizados en cavidades como la vagina o el ano o algunas veces en la piel, deben humedecerse ligeramente con agua destilada o solución salina. Antes de guardarse debe esperarse que se sequen.
- Para empaquetarse deben usarse bolsas de papel.
- La ropa, tampones, compresas u otros materiales deben guardarse en bolsas de papel las cuales deben ser correctamente rotuladas.
- Deben tomarse muestras de cuero cabelludo, vello púbico, saliva, semen, uñas, sustancias orgánicas e inorgánicas, sangre venosa, etc. Para cada uno de estas muestras existen técnicas adecuadas para su recolección las cuales deben ser cumplidas a cabalidad para garantizar las posibles evidencias que permitan llegar al victimario.
- Para la toma de muestras de la cavidad vaginal, anal o bucal debe tomarse en cuenta que pueden auxiliarse de la utilización de suero fisiológico; en la vagina y ano puede realizarse unas duchas con solución y luego utilizarse una jeringa para extraer dicha solución, deben ser colocadas en frasco estéril, incluyendo el catéter y la jeringa y luego rotularse. Si se utiliza un hisopo, este debe estar humedecido en suero fisiológico y extenderlo en un portaobjetos.
- En la cavidad bucal, se utilizan tres hisopos estériles a lo largo de las encías.

La evaluación la realiza quien posee el mayor nivel jerárquico médico y se notificará previamente al Ministerio Público y dejara constancia del número de caso asignado en el expediente elaborado.

Como se menciona en datos iniciales de este estudio, las pacientes son evaluadas en cualquiera de la Emergencias del IGSS y posteriormente “Todas las pacientes” deben ser referidas a consulta externa a cargo del Departamento de Cirugía, a la clínica de Infectología del Hospital General de Accidentes, en donde cuentan con un Kit que incluye medicamentos antiretrovirales calculados para un máximo de siete días.

Luego de la evaluación, toma de muestras y tratamiento profiláctico, el seguimiento de dichos casos será en conjunto con Infectología y Psiquiatría/Psicología en consulta externa por un

año, durante el cual se realizan pruebas de laboratorio periódicas acorde al criterio del médico a cargo.

2.6.5 GUÍA DE MANEJO “PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL IGSS”. 2009⁷

1. consideraciones generales (copia textual)

Durante un contacto sexual existe exposición a ciertos riesgos de infecciones de transmisión sexual relacionados principalmente a: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, virus B de Hepatitis, Virus C de Hepatitis y Virus de Inmunodeficiencia adquirida Humana.

Verificar en la historia si hubo penetración y si la hubo si esta fue oral y/o vaginal y/o anal.

Indagar si el asaltante utilizó preservativo o no.

A todos los pacientes expuestos al contacto sexual sin protección de preservativo se les considera expuestos al riesgo de infecciones mencionadas y deben recibir tratamiento.

En pacientes femeninas debe indagarse sobre métodos anticonceptivos y la posibilidad de estar embarazadas.

A todas las pacientes femeninas se les debe hacer una prueba de embarazo en sangre y verificar el resultado.

A todas las pacientes femeninas expuestas al contacto sexual vaginal sin protección de preservativo y sin uso de métodos anticonceptivos, se les considera expuestas al riesgo de embarazo y si tienen negativa la prueba de embarazo en sangre, deben recibir tratamiento con Levonorgestrel/estradiol.

Este protocolo está diseñado para el manejo de todo lo relacionado a prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo de personas que se presentan al Servicio de emergencia del hospital General de Accidentes del IGSS.

⁷ En el caso de esta guía de manejo se copia textualmente por ser el documento legal de interés para el presente estudio.

A cada paciente que no se hospitalice por motivos de este tipo de consulta y el médico decida darle tratamiento ambulatorio se le debe hacer un ingreso ambulatorio para que asista a la consulta Externa a cargo del Departamento de cirugía con consulta a Infectología del HGA.

A cada paciente se le debe hacer una prueba de ELISA para VIH, VBH y VCH y se debe verificar el resultado 4 horas después de tomada la muestra para conocer su estado frente a estos virus.

En cerca del 50% de los asaltos sexuales ocurre violencia física y se deben diagnosticar y tratar todas las lesiones que puedan haberse dado durante el asalto, aparte de las de riesgo de infecciones de transmisión sexual y el embarazo.

Prevención de infección por gonococo, C. Trachomatis y T. Palidum:

Azitromicina 1 gr PO o IV en dosis única, Ofloxacina 400 mg PO en dosis única, Cefixima 400 mg en dosis única.

Prevención de infección por VIH:

El uso de antirretrovirales debe iniciarse lo antes posible pero no más allá de 72 horas desde la exposición.

Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg, dos cápsulas cada 12 horas HNO, Lamivudina de 150 mg cada 12 horas, Zidovudina 100 mg, tres tabletas cada 12 horas HNO.

El embarazo conlleva ciertos riesgos para el uso de antirretrovirales, pero si hubo exposición de riesgo, debe valorarse el riesgo/beneficio de su uso, ya que en mujeres infectadas con VIH se emplea para reducir el riesgo de infección intrauterina.

Prevención de infección de Virus de Hepatitis b y C.

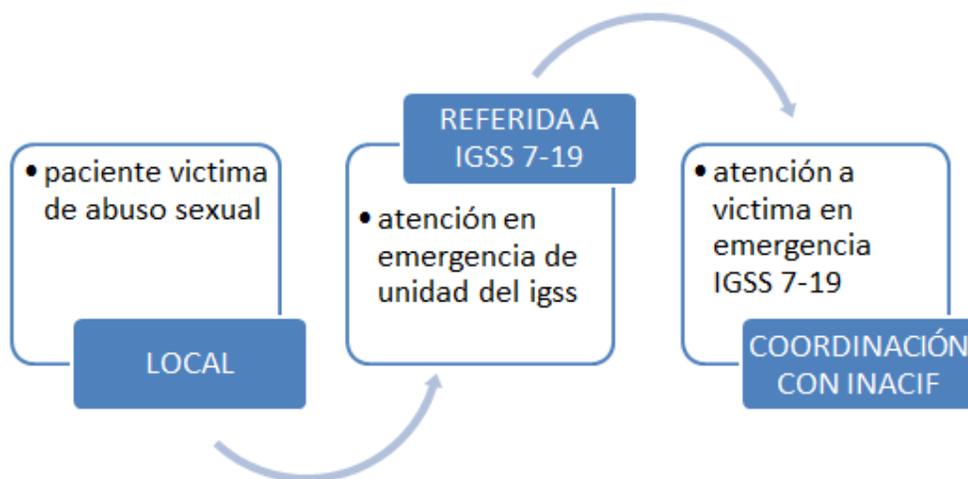
Prevención de Embarazo:

En cerca de un 5% de las mujeres asaltadas sexualmente ocurre el embarazo como consecuencia. Si la prueba de embarazo es negativa debe utilizarse prevención de embarazo con Levonorgestrel. Administrar dosis de 5 tabletas de Levonorgestrel 0.15 mg/etinilestradiol 0.03 mg y repetir 12 horas después.

Las primeras 72 horas son el tiempo ideal para el uso de Levonorgestrel y la eficacia se reduce progresivamente y desaparece hasta las 120 horas post exposición.

5.7 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL ATENDIDAS EN EL IGSS

Cuando una paciente es llevada a la Emergencia del hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS, o a cualquier otra unidad, se refiere a la Emergencia del Hospital de Accidentes 7-19, en donde se realiza la evaluación inicial y es presentado el caso a los médicos del INACIF



El proceso anterior, es lo comunicado telefónicamente a la Licda. Marisol Fuentes, ya que no se tiene la respuesta oficial del mismo y es algo que empíricamente se realiza, basándose únicamente en la costumbre. Sin embargo no es esto lo que se establece en la guía institucional.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el conocimiento que posee el personal médico del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre el manejo de las pacientes que han sido víctimas de violencia sexual.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Conocer el perfil profesional del personal médico y su relación con el campo de la medicina legal.

3.2.2 Determinar el conocimiento que poseen el personal médico relacionado con los protocolos de atención a víctimas de abuso sexual a nivel nacional e institucional.

3.2.3 Identificar cuáles son los factores que influyen en el personal médico al momento de la aplicación de los protocolos de atención a víctimas de abuso sexual.

IV. MÉTODOLÓGIA

4.1 Enfoque de la Investigación: Cuantitativo

4.2 Alcance de la investigación Descriptivo

4.3 Diseño de la investigación:

Estudio epidemiológico, no experimental, observacional de tipo transversal

El marco teórico de la investigación se trabajó con base a distribución de capítulos, utilizando el método monográfico, para ir de lo general, que en este caso son los aspectos teóricos de la rama a investigar, hasta lo específico que es la valoración del conocimiento que tengan los profesionales de los protocolos utilizados en mujeres víctimas de violencia sexual, y finalmente, la evaluación de los resultados de la encuesta de opinión.

4.4 Unidad de análisis:

Se consideró a los médicos especialistas y a aquellos que se encuentran cursando la Maestría en ginecología y obstetricia del HGO del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.5 Unidad de información:

Se elaboró para este fin una encuesta la cual fue contestada por la población de médicos descritos en la unidad de análisis.

4.6 Población:

Se consideró que por lo importante del tema y para evitar sesgos en los resultados, tomar a la población total de médicos especialistas y médicos cursantes de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, siendo estos 102 médicos.

Aunque se trate de personal médico, debe hacerse notar que presentan distintas características que lo estratificaría, por ejemplo el ser médico especialista de categoría A o B (es solo nivelación jerárquica) y Jefes de Servicio y los médicos cursantes de la Maestría que están también distribuidos en diferentes grados de acuerdo al año que cursan.

Estos aspectos fueron considerados en la encuesta ya que pueden arrojar elementos para el análisis de los resultados. Una muestra estratificada, aunque sea válida estadísticamente, puede dejar afuera datos valiosos para el análisis.

4.7 Criterios de Inclusión:

Se incluye al personal médico distribuido de la siguiente manera:

- a. Médicos especialistas, dentro de este subgrupo se incluyen a los jefes de servicio y a los especialistas A y B del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- b. Médicos cursantes de la Maestría en Ginecología y Obstetricia del HGO – IGSS. Dentro de este grupo se incluyen a los médicos residentes cursantes del primero, segundo y tercer año de la maestría.

4.8 Criterios de exclusión:

- a) Negarse a responder la encuesta.
- b) Encontrarse en período de vacaciones al momento de realizarse la encuesta o estar en período de suspensión por cualquier otra causa.
- c) Haber sido víctima o ser familiar de víctima de violencia; ya que esto puede establecer prejuicios al respecto, pudiendo alterar su percepción al respecto y sesgar las respuestas.

4.9 Definición de Variables:

A continuación se presentan las variables consideradas.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
SEXO	Condición orgánica masculina o femenina, de los animales y las plantas	Masculino o Femenino	Cualitativa	Nominal
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	Edad asignada en años. debe incluir meses, horas, minutos, etc.	Cuantitativa	Razón
CARGO O JERARQUÍA	Persona que desempeña un cargo de responsabilidad. Gradación de personas, valores o dignidades.	Médico especialista "A", "B" o jefe de servicio o cursante de la Maestría en ginecología y obstetricia.	Cualitativa	Ordinal
CONOCIMIENTOS LEGALES	Acción y efecto de conocer. Noción de saber o noticia elemental de algo, en este caso relacionado a conocimientos legales.	Ha adquirido conocimientos en cursos, congresos o carrera afin al area juridica.	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si/ No
CONOCIMIENTOS DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Acción y efecto de conocer. Noción de saber o noticia elemental de algo, en este caso relacionado a conocimientos de protocolos utilizados en víctimas de abuso sexual.	Si conoce o No conoce los Protocolos	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si/ No
FACTORES	Elemento o causa que actúan junto con otros afectando un resultado o una acción.	Existen o no existen factores que influyan en su actitud profesional al atender víctimas de violencia sexual.	Cualitativa	Nominal

4.10 ENCUESTA Y ENTREVISTA

Se realizó una encuesta al personal médico especialista y en formación, que incluyo a autoridades de la Jefatura de Departamento y administradores médicos, para valorar el grado de conocimientos que posean sobre los protocolos que se utilizan en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual.

Valora únicamente aspectos Teóricos no aspectos prácticos.

Se incluyó al grupo de Médicos cursantes de la Maestría de Ginecología y Obstetricia y a los Médicos Jefes de Servicio, Especialistas B y Especialistas A que están asignado a los servicios Hospitalarios quienes están involucrados en la toma de decisiones en los caso de violencia sexual, en total se consideró a 102 médicos y al aplicarse los criterios de exclusión, se evaluó a 73 profesionales.

La encuesta inició con los datos epidemiológicos de la población a estudio con el objetivo de obtener datos que apoyen la elaboración de su perfil profesional, continuo con la evaluación de los conocimientos que posee la población a estudio sobre los conceptos de violencia sexual y finalmente evaluó el conocimiento específico de los protocolos institucionales sobre los casos de violencia sexual.

La encuesta incluyo respuestas directas de SI / NO y otras de respuestas múltiples con la finalidad de que la misma pudiera responderse rápidamente.

Estuvo dividida de acuerdo a los objetivos planteados, en diferentes secciones.

La primera sección incluyo los datos generales con el objetivo de definir el perfil epidemiológico del entrevistado, sobre todo para saber el cargo o nivel que cursa en la Maestría en ginecología y obstetricia.

Las preguntas número 1, 2 y 3 evaluaron el conocimiento previo de aspectos médicos legales y en las preguntas 4 y 5, si los entrevistados consideran necesario y útil poseer estos conocimientos.

La pregunta número 6 evaluó directamente si los entrevistados conocen el protocolo institucional sobre atención a víctimas de violencia sexual.

Las preguntas 7 a la numero 10 evaluaron si conocen o no el protocolo institucional sobre el tema de interés.

Se utilizaron respuestas múltiples. En las mismas se incluyeron únicamente ítems correctos, por lo tanto se estableció una codificación para poder determinar si conoce o no el protocolo en mención.

La excepción es la pregunta número 8, que solo tiene una respuesta correcta.

Para esto se elaboró una escala de Likert, que permitió evaluar las opciones seleccionadas, 1, 2, 3, 4 o todas ellas. Cada opción seleccionada equivale a un 20% del total.

Numero de respuestas		
correctas	%	Interpretación
no responde	0	
1	20	No conoce
2	40	
3	60	Si conoce
4	80	
5	100	

Donde 0 es total desconocimiento y 100 es total conocimiento.

De esta forma si conocían 3 respuestas se calificaba con 60%, siendo a partir de esta cuantificación considerado como SI CONOCE.

Existieron médicos que decidieron marcar los primeros cuatro ítems, y no la que indica que todas son correctas, en este caso se decisión considerar como respuesta 100%.

La excepción a la distribución anterior fue en la pregunta número 10, en la que varios de los entrevistados no respondieron, por lo que al realizar la tabla respectiva se incluyeron gráficamente 6 posibles opciones en la que dejar la respuesta en blanco se clasifico directamente en no conoce.

Para fines de análisis se presentan las respuestas de acuerdo al cargo que ocupa dentro del grupo jerárquico a estudio.

Finalmente, las preguntas 12 y 13 pretendieron conocer cuáles son los factores que influyen en la actitud de los médicos entrevistados en cuanto a su disponibilidad para atender los casos de violencia sexual, con valoración directa de la opinión del personal médico en cuanto al tema.

Para la tabulación de los datos de la encuesta se utilizó el programa Excel.

4.11 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La información recabada se manejó de manera confidencial vigilando en todo momento el componente ético de la investigación.

4.12 VALIDACION DE LA ENCUESTA

Previo a la realización de la encuesta en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se realizó la validación de la encuesta. Para esto se encuestó a médicos que comparten los mismos criterios de inclusión del presente trabajo es decir, a médicos especialistas y cursantes de la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS zona 6, ya que además del perfil profesional comparten a mujeres que tienen derecho a la atención médica del IGSS.

Todas sus sugerencias fueron tomadas en cuenta para realizar las correcciones necesarias a la encuesta.

Por tratarse de una encuesta anónima, se asignaron códigos para identificar el nivel jerárquico del encuestado. Los códigos son los siguientes:

- RI Residentes primer año de Maestría ginecología y obstetricia
- R2 Residentes segundo año de Maestría ginecología y obstetricia
- R3 Residentes tercer año de Maestría ginecología y obstetricia
- EA Especialista "A"
- EB Especialista "B"
- JS Jefe de Servicio

Un resultado importante al momento de validar la encuesta fue la identificación de un elemento que pudo haber sesgado los resultados, el aspecto jerárquico.

Lo anterior parte de que debido a que mi puesto dentro de la institución es de Jefe de Servicios Médico – Hospitalario, esto pudo establecer un sesgo al momento de recopilar la información ya que se solicitó que fuera voluntario.

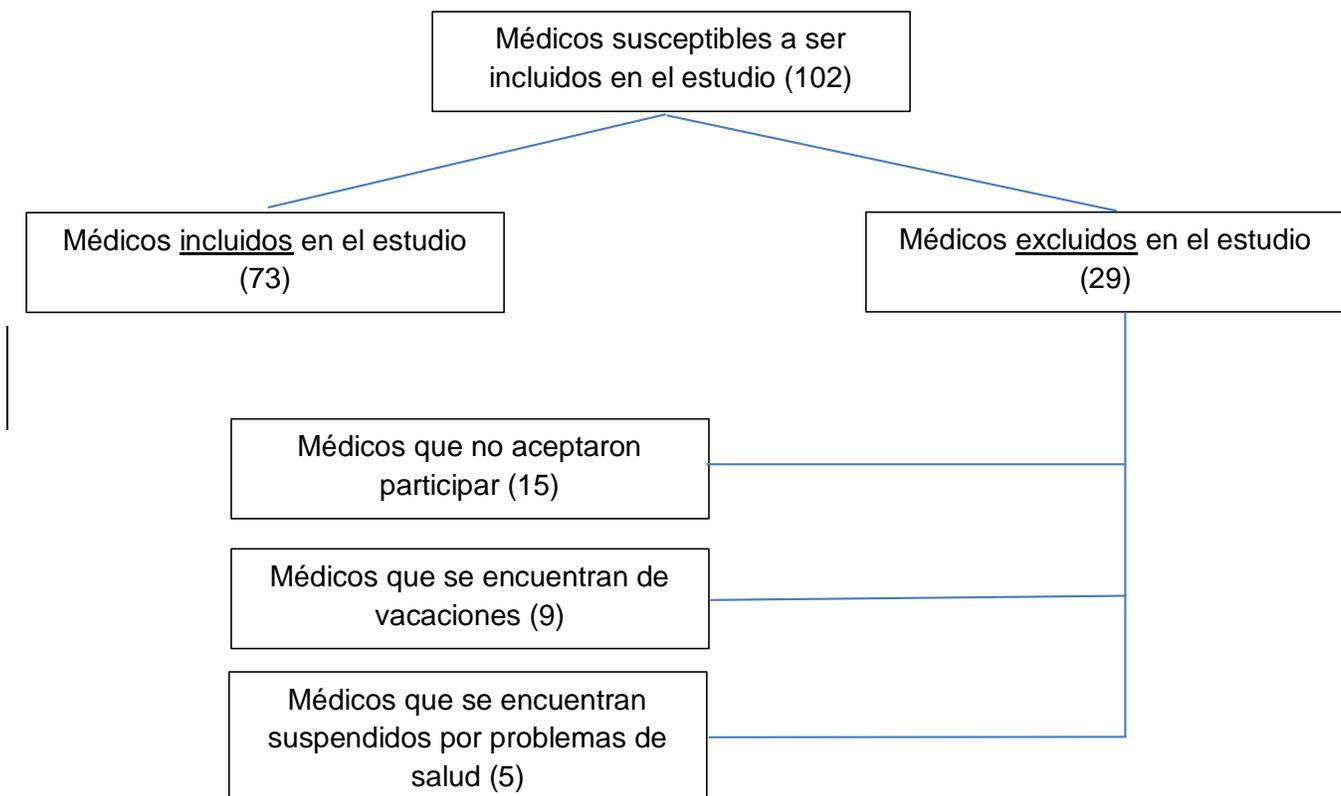
Por lo anterior, se tomó la decisión de contratar una encuestadora para realizar esta función, lo cual aunque tomó más tiempo del considerado inicialmente, evito el sesgo y permitió contar con información confiable para su análisis.

V. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación. Se inició realizando un flujograma de exclusión el cual permite plantear conclusiones y recomendaciones, posteriormente se presentan las tablas surgidas de la tabulación de los resultados.

La población a estudio fue la totalidad de Jefes de servicio, especialistas A y B y residentes de la Maestría en ginecología y obstetricia (102) tomando como base los criterios establecidos de inclusión y para una mejor comprensión, se elaboró el siguiente flujograma, el cual para fines de interpretación y análisis, se complementa con la Tabla número 8.

Flujograma de inclusión de participantes en el estudio “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.



Cuadro No. 10

Comportamiento de los Médicos del HGO – IGSS al momento de solicitarles participar en el estudio “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Población	Número	%
Aceptó responder la encuesta	73	71.6
Se encuentra de vacaciones	9	8.8
Se encuentran en periodo de suspensión médica	5	4.9
No quiso responder la encuesta	15	14.7
Total	102	100

Del total de la población de Médicos respondieron la encuesta un total de 73 (71.6%) lo cual se considera una población bastante significativa para poder analizar la población.

Es importante mencionar que un total de 15 médicos se negaron a responder la misma (14.7 %).

Aunque fue considerado como un factor de exclusión planteado en la metodología, es importante analizar si esta actitud manifiesta un estado de apatía o desinterés, que puede observarse en otras ocasiones, como por ejemplo su labor asistencial o por tratarse de un hospital escuela de diferentes Universidades, en el aspecto docente. La apatía lleva incluso a no participar en la atención directa de las pacientes víctimas de violencia sexual o en cualquier otro proceso de atención o educación en la institución.

A continuación se presenta en la Tabla número 1 las características epidemiológicas de la población estudiada.

Tabla No. 1

Características epidemiológicas de los profesionales médicos incluidos en el estudio “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Variable	Frecuencia	%
<hr/>		
Sexo		
<hr/>		
Masculino	19	26
Femenino	54	74
<hr/>		
Edad		
<hr/>		
20 - 30	15	20.5
31 - 40	42	57.5
41 - 50	11	15.1
51 - 60	4	5.5
Mayor a 60	1	1.4
<hr/>		
Cargo		
<hr/>		
Jefe de servicio	3	4
Especialista B	5	7
Especialista A	28	38
Total	36	49.3
<hr/>		
Residente I	15	21
Residentes II	10	14
Residente III	12	16
Total	37	50.6
<hr/>		

(n = 73)

Se observa que la población es mayoritariamente femenina (74%) y joven sobre todo dentro del grupo de edad de 31 – 40 años (57.5%) sin embargo el 77% de todo los participantes se encuentran entre los 20 y 40 años.

La distribución con respecto al cargo ocupado dentro del hospital se observa bastante equitativa entre el grupo de médicos especialistas (49.3%), sobre todo especialistas A (38%) y el grupo de residentes de la Maestría en ginecología y obstetricia (50.6%).

Tabla No. 2

Capacitación complementaria sobre las implicaciones médico – legales en la atención médica, recibidas por los participantes en el estudio “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Ha recibido capacitación	Número	%
Si ha recibido capacitación	33	45
No ha recibido capacitación	40	55
Total	73	100

(n = 73)

De la población encuestada únicamente el 45% han recibido capacitación en aspectos médico – legales relacionados con su quehacer diario.

Tabla No. 3

Medio por el que han recibido capacitación en aspectos médico-legales “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Medio por el que han sido capacitados	Número	%
En las clases de posgrado o en reuniones de departamento clínico	25	55.6
Curso de actualización médica impartidos por el COLMED*	2	4.4
Diplomados o cursos de actualización impartidos por una universidad	4	8.9
Congresos / simposium	13	28.9
Estudios de Licenciatura en el campo jurídico – social	1	2.2
Total	45**	100

(n=33)

*COLMED: Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

**En este caso no coinciden los números totales porque fueron aceptadas en la encuesta la selección de más de una opción.

En cuanto al medio utilizado por el cual los médicos han sido capacitados sobre aspectos médico – legales, esto se realiza en las clases de posgrado o en reuniones de departamento (55.5%) y en Congresos o Simposium (28.9%).

Tabla No. 4

Médicos que consideran necesario la incorporación de temas médico-legales en de las actividades de educación médica permanente y en la Maestría, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Considera necesario	Número	%
Si lo considera necesario	73	100
No lo considera necesario	0	0
Total	73	100

(n=73)

La totalidad de los encuestados (100%) considera necesario incluir los conocimientos médico – legales dentro del programa de educación médica permanente, así como en el pensum de la Maestría

Tabla No. 5

Médicos que han atendido pacientes víctimas de violencia sexual dentro de su práctica hospitalaria. “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Han atendido casos de violencia sexual	Número	%
Si han atendido casos de violencia sexual	43	59
No han atendido casos de violencia sexual	30	41
Total	73	100

(n=73)

De los médicos participantes un número mayor (59%) reconocen haber tenido que atender víctimas de violencia sexual.

Es importante resaltar que a pesar de que el número de médicos que indican haber atendido casos de víctimas de violencia sexual es alto, esto no se ve reflejado en los registros del diagnóstico en el servicio de emergencia, por lo que el sub registro es considerable.

Tabla No. 6

Pacientes consideradas víctimas de violencia sexual atendidas en área hospitalaria según el personal médico “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Cargo	Casos*						Total	%
	1 a 5	%	6 a 9	%	más de 10	%		
Jefe de Servicio	1	2.3	0	0.0	2	4.7	3	7.0
Especialista B	3	7.0	0	0.0	0	0.0	3	7.0
Especialista A	13	30.2	3	7.0	3	7.0	19	44.2
Residente III	7	16.3	0	0.0	0	0.0	7	16.3
Residente II	2	4.7	0	0.0	0	0.0	2	4.7
Residente I	9	20.9	0	0.0	0	0.0	9	20.9
Total	35	81.4	3	7.0	5	11.6	43	100.0

(n=43)

*por fines ilustrativos y mayor comprensión se distribuyen en tres rangos de 1-5, 6-9 y más de 10 casos.

Se observa que la mayor cantidad de médicos han atendido entre 1 a 5 pacientes víctimas de violencia sexual (81.4%), sin embargo en el grupo de más de 10 pacientes atendidas, se observan registrados 5 pacientes y 7 en 6 a 9 pacientes (18.6%).

De manera general, el grupo de especialistas A (44.2%) y Residentes I (20.9%) son los que indican haber atendido mayor cantidad de pacientes víctimas de violencia sexual. Es una situación esperada ya que son estos niveles jerárquicos los que más realizan rotaciones en el servicio de emergencia.

Tabla No. 7

Médicos que conocen el protocolo institucional sobre atención a víctimas de violencia sexual, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Conocen el protocolo institucional sobre atención a víctimas de violencia sexual	Número	%
Si conoce el protocolo	16	22
No conoce el protocolo	57	78
Total	73	100

(n=73)

Como parte medular del objetivo de la investigación, se evidencia que un gran número de los participantes (78%) desconocen el protocolo institucional de atención a víctimas de violencia sexual.

Tabla No. 8

Conocimiento de la definición de Violencia sexual de acuerdo al cargo ocupado en la institución, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Cargo	No conoce		Si conoce	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Jefe de servicio	0	0	3	4.1
Especialista B	0	0	5	6.8
Especialista A	0	0	28	38.4
Residente 3	5	6.8	7	9.6
Residente 2	3	4.1	7	9.6
Residente 1	3	4.1	12	16.4
Total	11	15.1	62	84.9

(n=73 / 100%)

Se observa que en general se conoce adecuadamente (84.9%) el concepto de violencia sexual.

La distribución con respecto al nivel de conocimiento presenta un comportamiento similar durante todas las preguntas, sobre todo en el grupo de los médicos especialistas A y los residentes del primer año.

Tabla Número 9

Conducta adecuada* establecida en la guía institucional que debe ser utilizada en casos de violencia sexual de acuerdo al cargo jerárquico “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Variable	Cargo**												Total	%
	JS		EB		EA		RIII		RII		RI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Si conoce	3	100	3	60	10	35.7	7	58.3	5	50	12	80	40	54.8
No conoce			2	40	18	58.3	5	41.7	5	50	3	20	33	45.2
Total	3	100	5	100	28	100	12	100	10	100	15	100	73	100

(n=73)

*La Conducta adecuada se describe en Tabla número 10

** JS: Jefe de servicio, EB: especialista B, EA: especialista A, RIII: residente tercer año, RII: residente segundo año, RI: residente primer año.

Se observa que el nivel de conocimiento de las conductas establecidas en la guía es bajo (54.8%), lo anterior tiene correlación con el reconocimiento personal de los participantes que aceptan desconocer dicha guía.

El comportamiento con respecto al cargo es de la siguiente forma, en el grupo de los especialistas se observa que a mayor nivel jerárquico, mayor conocimiento. De esta forma, los Jefes de servicio presentan mayor conocimiento (100%), seguidos de los especialistas B (60%) y finalmente los especialistas A (35.7%). Preocupa lo de los especialistas A, ya que son estos los que más contacto directo tienen con las pacientes en la emergencia y quienes tienen directamente a su cargo el entrenamiento de los residentes.

En el caso de los residentes, tiene un comportamiento distinto ya que los residentes I (80%) son los que más conocimiento poseen, esta situación es importante ya que los residentes son

los que atienden primeramente a las pacientes en la emergencia, son su primer contacto con la institución.

Tabla No. 10

Conducta considerada como “la más adecuada” utilizada en casos de violencia sexual, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Conducta tomada	Número	%
No evaluarla porque no es su responsabilidad	2	2.7
Notificar inmediatamente al Ministerio Público e Instituto Nacional de Ciencias Forenses para que sean ellos quienes la evalúen y tomen las medidas necesarias.	40	54.8
Trasladar inmediatamente al Hospital General de Accidentes	30	41.1
Evaluarla y asesorar su atención	1	1.4
Informar a la supervisora de enfermería para que intervenga y coordine su atención.		
Total	73	100

(n=73)

Es este caso se entiende por conducta establecida en la guía, como la notificación inmediata al Ministerio Público e INACIF y se observa únicamente en el 54.8% de los casos. Algo importante que se mencionaba como acción de la costumbre y que se evidencia en el estudio es la conducta de trasladarla inmediatamente al Hospital General de accidentes (41.1%) lo cual niega la posibilidad de dar atención de urgencia al considerarse necesario.

Como se menciona en los antecedentes, el primer paso en la emergencia es informar a la supervisora de enfermería para que ella coordine las notificaciones respectivas y el traslado pero en la encuesta no fue elegida como una opción.

Tabla No. 11

Actividades* que deben ser realizadas por el personal médico de acuerdo a la Guía institucional usada en casos de violencia sexual identificadas por los participantes en el “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Variable	Cargo**												Tot al	%
	JS		EB		EA		RIII		RII		RI			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Si conoce	2	66.7	4	80	18	64.2	6	50	5	50	12	80	47	54.8
No conoce	1	33.3	1	20	10	25.7	6	50	5	50	3	20	26	45.2
Total	3	100	5	100	28	100	12	100	10	100	15	100	73	100

(n=73)

*Actividades que deben ser realizadas por el personal médico:

- Valorar las prioridades según el estado clínico y emocional de la víctima
- Elaborar anamnesis y de ser posible recoger información sobre el (la) o los (las) agresores(as)
- Valorar rápidamente si hay riesgo vital (corre riesgo su vida por lesión física)
- Llenar consentimiento informado, evaluar clínicamente, tomar muestras de secreciones, dar profilaxis para evitar el contagio de enfermedades infecciosas y anticoncepción de emergencia
- Todas las actividades debe ser realizadas por el personal médico

** JS: Jefe de servicio, EB: especialista B, EA: especialista A, RIII: residente tercer año, RII: residente segundo año, RI: residente primer año.

Se observa que en general únicamente conoce (54.8%) las actividades que deben ser realizadas por el personal médico en los casos de violencia sexual. Se encuentra por debajo de lo considerado como adecuado para decir que si se conoce (60%).

El grupo de especialistas presenta un conocimiento considerado como adecuado (Jefes de servicio 66.7% y 64.2% en los especialistas A) siendo diferente en el grupo de los especialistas B, en donde el 80% conocen las conductas esperadas y dictadas en la guía respectiva.

El grupo de residentes III y II no conocen las conductas esperadas ya que solo el 50% de ambos grupos lo saben. El grupo de Residentes I es la excepción ya que el 80% de los encuestados tienen un nivel aceptable de conocimiento (80%)

Tabla No. 12

Forma adecuada en que deben ser tomadas las muestras por el personal médico de acuerdo a la Guía institucional usada en casos de violencia sexual “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Variable	Cargo*												Total	%
	JS		EB		EA		RIII		RII		RI			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Si conoce	3	100	5	100	19	67.9	8	66.7	7	70	14	93	56	76.7
No conoce**	0	0	0	20	9	32.1	4	33.3	3	30	1	7	17	23.3
Total	3	100	5	100	28	100	12	100	10	100	15	100	73	100

(n=73)

* JS: Jefe de servicio, EB: especialista B, EA: especialista A, RIII: residente tercer año, RII: residente segundo año, RI: residente primer año.

** Dentro del grupo de “no conoce”, se tomó en cuenta la selección entre 0 a 2 opciones, en este caso se incluyen las opciones dejadas en blanco o no contestadas.

Se observa que a la toma las muestras de laboratorio la mayor de encuestados si conoce (76.7%) la manera adecuada de hacerlo.

El grupo de Jefes de servicio y especialistas B el 100% conoce como hacerlo, no así en grupo de especialistas A, que solo el 67.9% sabe cómo hacerlo. En el grupo de residentes, los RI son quienes mejor conocimiento tienen al respecto (93%) y los RIII los que menos conocimientos poseen al respecto (66.7%).

Tabla No. 13

Actividades que deben ser realizadas por el personal médico de acuerdo a la Guía institucional sobre casos de violencia sexual que garantizan una atención de calidad, distribuidas de acuerdo al cargo, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Cargo	No conoce las actividades*		Si conoce las actividades		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Jefe de servicio	2	2.74	1	1.37	3	4.1
Especialista B	0	0	5	6.85	5	6.8
Especialista A	1	1.37	27	37	28	38.4
Residente 3	5	6.849	7	9.59	12	16.4
Residente 2	3	4.11	7	9.59	10	13.7
Residente 1	3	4.11	12	16.4	15	20.5
Total	14	19.18	59	80.82	73	100.0

(n=73 / 100%)

***Actividades evaluadas:**

- a) Debe prestarse una atención digna, respetuosa y acogedora.
- b) Brindar información clara y completa a las víctimas de violencia, respetando sus derechos sobre salud sexual y reproductiva, así como posibles consecuencias de la agresión.
- c) Facilitar la expresión de sus sentimientos y brindarle mensajes positivos.
- d) La atención de la víctima se debe realizar en un ambiente agradable, íntimo y digno.
- e) Todas las actividades mencionadas garantizan atención de calidad.

Se observa que en general se conoce (80.82%) las actividades que deben ser realizadas por el personal médico en los casos de violencia sexual que garantizan una atención de calidad. Nuevamente es la misma distribución entre especialistas A (36.99%) y Residentes I (16.44%).

Tabla No. 14

Razones por las que las que prefieren no realizar evaluación a mujeres víctimas de violencias sexual, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Conducta	Cargo*						Total	%
	JS No.	EB No.	EA No.	RIII No	RII No.	RI No.		
No estoy obligado por Ley a participar en su evaluación, ya que como médico no tengo participación en el proceso de investigación criminal.	1	0	2	4	4	3	14	19.2
Al evaluarla, tengo la obligación de asistir a debates y eso me quita tiempo.	1	1	1	4	0	1	8	11.0
No estoy dispuesto a dejar mi clínica privada para participar en un proceso médico-legal.	0	0	0	0	0	0	0	0.0
El evaluar a una víctima de violencia sexual me expone a riesgos de seguridad por participar en un proceso de investigación criminal (miedo por inseguridad)	0	0	3	0	0	2	5	6.8
No existe ninguna razón por la que deje de evaluar a pacientes víctimas de violencia sexual.	1	4	22	4	6	9	46	63.0
Total	3	5	28	12	10	15	73	100

(n=73)

* JS: Jefe de servicio, EB: especialista B, EA: especialista A, RIII: residente tercer año, RII: residente segundo año, RI: residente primer año.

Los datos obtenidos en la tabla anterior evidencian que no existe ninguna razón para dejar de atender a las pacientes víctimas de violencia sexual (63.0%) sin embargo, existe un número significativo de médicos (19.2%) que consideran que no existe obligación legal a participar en dicha evaluación, este es un factor que expone a riesgo de demandas legales, de igual forma debe resaltarse que un 11%, prefieren no hacerlo para no ir a debates.

Tabla No. 15

Factores que influyen en que participen o no en la evaluación de víctima de violencia sexual, “Evaluación del conocimiento que posee el personal médico de los protocolos utilizados en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual” realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Guatemala, 2017.

Factor	Número	%
Las instalaciones de la emergencia son inadecuadas para hacer una evaluación médico-legal.	21	21.4
No cuento con el conocimiento adecuado para realizar una evaluación a mujeres víctimas de violencia sexual.	34	34.7
No se cuenta con el kit especialmente diseñado para evaluar víctimas de violencia sexual.	28	28.6
Siempre hay médicos residentes que pueden realizar la evaluación de estas pacientes.	0	0.0
No existen factores que impidan que realice una evaluación médico-legal	15	15.3
Total	98*	100.0

(n = 98)

*En este caso no coinciden los números totales porque fueron aceptadas en la encuesta la selección de más de una opción.

Los médicos participantes, de igual manera como se ha evidenciado en preguntas anteriores, mencionan que no cuentan con el conocimiento adecuado para realizar una evaluación a mujeres víctimas de violencia sexual (34.7%), sin embargo, también es importante mencionar factores que influyen negativamente en la evaluación, el no contar con Kit especial para la evaluación (28.6%) y no contar con una instalación adecuada dentro de la emergencia de obstetricia para poder realizar la evaluación (21.4%).

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Los procesos sociales, su evolución, las diferentes ideologías, la interpretación y comprensión de su realidad llevan inmersos conflictos que tarde o temprano terminan enfrentando a los seres humanos, sobre todo en sociedades como la guatemalteca en la que se encuentran profundamente enraizados factores culturales de discriminación y dominación histórica.

Es acá en donde el papel del estado y sus instituciones como ente a quien se le ha asignado la atribución de garantizar el orden y la justicia, es preponderante. Sin embargo cuando el estado incumple esta función o peor aún, cuando los actos violentos vienen del propio estado, el efecto en la sociedad es mucho más crítico.

Puede considerarse entonces, que un clima de efervescencia permanente, se convierte en el medio propicio para que surja la violencia como medio irracional, de imponer una opinión, un dominio, o marcar situaciones discriminatorias o de subordinación. En la historia más reciente, una imposición del miedo como elemento que impide la movilización y lucha por los derechos humanos o como lo plantea Durkheim, está violencia *“...puede contribuir de manera decidida a resquebrajar las forma de solidaridad y de cohesión social”*

Es en este espacio en donde el concepto planteado por Durkheim de anomia, o sea, *“considerar la violencia como una respuesta normal de la sociedad...”* tiene una importancia superior, porque incluso ha motivado que las víctima no denuncien o bien las autoridades o el servidor público que tiene por mandato atenderlos, no lo haga.

Existe un tipo de violencia que es mucho más delicada por su influencia directa en la familia, y es la Violencia Sexual. Esta surge al reunir todas las características mencionadas anteriormente y al reflejarse en un sistema Patriarcal, que define su origen por medio de la dominación y subordinación por el hecho de ser mujer, pero mucho más complejo cuando se entrelazan factores culturales, sociológicos y antropológicos como los mencionados por Guzmán (1990) en los que aclara, que uno de los efectos más perjudiciales al intentar prevenir y erradicar la violencia sexual en contra de las mujeres es esa interpretación de que esta es una situación normal entre hombres y mujeres, lo cual hace que los casos aumenten, afectando directamente el núcleo familiar, pero también a la sociedad en su conjunto, ya que el estado debe dedicar más recursos para su atención y sus secuelas.

Aunque como lo describe la literatura, han aumentado los casos denunciados como se evidencia en el Cuadro No. 2 de esta investigación, el resultado de resolución jurídica de esos

casos no ha sido igual, ya que se menciona hasta un 98% de impunidad en los casos de violencia sexual. Esta impunidad no solo favorece que el problema persista sino que también desmotiva a las víctimas a buscar justicia. Un factor favorable son las campañas de las instituciones involucradas en la investigación criminal como el Ministerio Público a vencer el miedo y denunciar.

El manejo adecuado de estos casos se respalda en la aplicación de la Medicina Legal y las Ciencias Forenses, descritas por Vargas Alvarado (2013) como *“rama de la medicina que reúne todos los conocimientos médicos que pueden ayudar a la administración de la justicia, es practicada por médicos para el beneficio de los abogados”*.

Se entiende entonces, que como médicos el papel en la investigación y aclaración de hechos criminales como una violación sexual es determinante.

Lastimosamente, dependiendo de la especialidad, la enseñanza de las Medicina Legal, no forma parte del pensum de estudio de las Maestrías, a pesar que como servidores públicos el Código Procesal Penal (artículos 297 y 298), establece que deben denunciar de manera obligatoria y no hacerlo establece un delito conocido como Omisión de denuncia (artículo 457) y el desconocer esto no solo no los exime de su responsabilidad legal sino que algo más importante, no cumplen una de las metas de la medicina legal, colaborar desde su especialidad en el proceso de la investigación de un hecho criminal.

Cada institución tiene sus normas y Protocolos a seguir y en el caso del IGSS no es la excepción; contradictoriamente al realizar las primeras consultas a autoridades institucionales tanto de enfermería, trabajo social y personal médico, indican desconocer la existencia de dicho protocolo o normas relacionadas por lo que al enfrentarse a casos de violencia sexual, actúan de manera empírica o por una costumbre enseñada por superiores.

Los resultados en la presente investigación guardan relación con lo descrito en la teoría. Se planteó evaluar el nivel de compromiso de los profesionales en el estudio relacionado con la violencia sexual, se observó que un total de 15 médicos no quisieron responder la encuesta, esto evidencia su falta de compromiso en el estudio y diagnóstico de los casos de violencia sexual, es una condición de apatía o de anomia como se menciona en párrafos anteriores, esto es delicado porque puede considerarse que esa apatía puede presentarse también en la atención de otros casos, en la enseñanza a sus subalternos, en la detección y solución de conflictos o problemas de cualquier otra índole. Una actitud de apatía que se generaliza en

diferentes instituciones de nuestro país. Resultaría importante si en otros estudios se evaluara su compromiso en otros ámbitos.

De los que si participaron, fue una población mayoritariamente joven entre 20 y 40 años (77%), con predominio del sexo femenino (74%), esto es algo que se ha generalizado desde hace algunos años por una mayor cantidad de féminas que entran a estudiar la Maestría. Se convierte en una gran oportunidad, debido a que se esperaría que exista mayor sensibilización por solidaridad de mujer a mujer al momento de evaluar pacientes violentadas, sin embargo, esto deberá correlacionarse con estudios posteriores, ya que en la literatura revisada no existen datos que respalden esta hipótesis.

Es una población con muy pocos conocimientos de aspectos médicos-legales, considerándose un factor de riesgo de implicaciones legales por desconocimiento. Sin embargo surgió de ellos la necesidad de que esta información sea parte de su entrenamiento y actualización permanente. El programa de Maestría y las reuniones de departamento son un espacio abierto que debe ser aprovechado para aportar dichos conocimientos, ya que la encuesta evidencio que fue este el medio en donde principalmente han adquirido información (55.6%)

Un dato de gran importancia fue al momento de preguntarles si han atendido casos de violencia sexual dentro del hospital, ya que 43 participantes (59%) contestaron positivamente, más delicado aún, es que la mayoría indica haber atendido entre 1 a 5 pacientes; sin embargo estos datos no guardan relación con lo planteado en los antecedentes, ya que en el 2015 solo fueron reportados 7 casos relacionados con agresiones sexuales (de estos 3 casos de violaciones sexuales), el sub registro es evidente. Sin embargo, si se mencionó que la anomia hace entender estos casos como “resultado normal de la relación hombre-mujer” o peor aún, el desinterés por atender estos casos o evitarse problemas por atenderlos, hace que el problema no se evidencie.

Existe un acomodo en cuanto a su manejo, ya que en preguntas posteriores se evidencio que si conocían como definir un caso de violencia sexual, el 62% de los encuestados lo seleccionaron adecuadamente, pero también evidenciaron no conocer cómo manejarlos para su investigación.

La mayor cantidad de los casos de violencia sexual fueron atendidos por los especialistas A (44,2%) y los Residentes I (20.9%), nada raro ya que son ellos quienes más rotan por el servicio de emergencia que es a donde son llevadas las pacientes.

Al evaluar el conocimiento del protocolo institucional se observó que la mayor cantidad (78%) no conocen el mismo. Esto tiene una relación directa con el hecho de no tomar las decisiones adecuadas al momento de enfrentarse con casos de violación sexual.

Solo el 54.8% conoce que la conducta adecuada es avisar inmediatamente al Ministerio Publico e INACIF, aun consideran que lo más correcto es trasladarla inmediatamente al Hospital General de Accidentes. Lo anterior parte de una conducta empírica que ha pasado de generación en generación, sin detenerse a buscar una norma o protocolo ya establecido. El riesgo es evidente, si no se cumple el protocolo ya existente se deja de evaluar y se deja de denunciar, cometiendo un delito.

Existió una correlación adecuada en las preguntas anteriores y la que evalúa el conocimiento sobre las actividades que deben ser realizadas por los médicos, ya que si no conocen el protocolo institucional no saben cómo actuar ante casos de violencia sexual y las actividades realizadas también será de forma empírica. En este sentido, solo el 54.8% conoce que actividades que le corresponde realizar al personal médico. Es de hacerse notar en esta ocasión que el grupo de Residentes que mejor conoce las actividades a realizar son los Residentes I. El comportamiento de los médicos especialista presentó un nivel aceptable de conocimiento en cuanto a las actividades que debe realizar.

Se cuestionó sobre la manera adecuada de tomar las muestras de laboratorio a las víctimas de violencia sexual, en este caso se observó un conocimiento adecuado (76.7%), con comportamiento similar en los diferentes cargos. Llama la atención que el grupo de Residentes I conocen mejor la manera de tomar dichas muestras, puede explicarse lo sucedido a que aun desconociendo si dentro de su actividad formativa se incluyen temas de medicina legal, al momento de rotar por hospitales públicos en el pregrado en donde si se aplican los protocolos nacionales de atención a víctimas de violencia sexual, al momento de realizar su práctica de internado son ellos quienes más contacto tienen con pacientes en servicios de emergencia, por lo que pueden presentar más fresca dicha información. No fue objetivo de este estudio, pero puede ampliarse al momento de seleccionar al personal que entra en las Maestrías si tienen o no conocimientos de los protocolos o de aspectos médicos legales, para plantear un programa de capacitación adecuado.

Un elemento importante del manejo de la pacientes víctimas de violencia sexual es el trato humano y digno de su condición; se evaluó si conocían que actividades debían realizar para garantizar lo anterior y nuevamente, a pesar de no conocer el protocolo se evidencia que si

conocen como proceder para garantizar lo anterior, sobre todo en los especialistas A y los Residentes I, que finalmente son los que más contacto tienen con las pacientes y se convierten en una ventana de oportunidad para capacitarlos, ya que conforme vayan avanzando en los cargos, se deberá afianzar la necesidad de un trato humano a todas las pacientes, el manejo digno de un paciente sin importar su condición es un pilar fundamental de práctica médica.

Las dos últimas preguntas buscaron conocer la disposición del personal a manejar los casos de violencia sexual, y es importante resaltar que el 63% no encontraron ninguna razón por la cual dejen de atender a este grupo de pacientes, sin embargo ratificando el desconocimiento de los aspectos médicos legales en los que pueden verse involucrados al negarse a hacerlo, un 19% creen que la ley no los obliga a ser partícipes en su atención, o bien no desean verse involucrados o sacrificar su tiempo por aclarar su participación el manejo de estos casos.

Debe recordarse que el desconocimiento no los excluye de cometer un delito por omisión y aunque no deseen hacerlo, existe un mandato por el cual deben prestar sus servicios y denunciar la presencia de casos en los que pueda presentarse algún delito.

Sin embargo se buscó demostrar que factores influyen en su negativa en la participación en el estudio de víctimas de violencia sexual, y se ratificó lo evidenciado en lo encuestado. El 34.7 dijo no querer participar porque NO CONOCE la manera adecuada en que debe evaluar a las víctimas de violencia sexual, pero también identificaron aspectos de infraestructura que deben ser modificados para garantizar una atención de calidad, como lo es la mejora en la instalación física de la emergencia y sobre todo contar con Kit y materiales adecuados para poder atender a estas pacientes.

VII. CONCLUSIONES

7.1 El mayor porcentaje de la población estudiada es joven entre 20 y 40 años (77%) y de sexo mayoritariamente femenino (74%), lo cual permite realizar programas de sensibilización para mejorar una mejor atención a víctimas de violencia sexual.

7.2 La población estudiada carece de conocimientos médico – legales lo cual se convierte en un factor de riesgo de verse implicados en problemas legales al actuar o dejar de hacerlo. Desde ningún punto de vista dejar de cumplir su responsabilidad por desconocimiento los exime de cometer un delito.

7.3 Existe sub registro de los casos atendidos por violencia sexual. Esto impide que puedan elaborarse programas de atención o respaldar cambios en el protocolo. El no registrar los casos de violencia sexual, se asocia con una ausencia de denuncia y por lo tanto puede convertirse en un obstáculo en la aplicación de justicia.

7.4 No existe conocimiento del protocolo institucional utilizado en pacientes víctimas de violencia sexual, esto produce que el personal médico desconozca las actividades que deben realizar, por lo que terminan canalizando a las pacientes a un hospital que no cuenta con personal sensibilizado (ginecólogo de turno) que pueda garantizar una atención de calidad y calidez. Toda acción es tomada de forma empírica.

7.5 Los Residentes I y los Especialistas A son los el primer contacto con las pacientes que han sufrido violencia sexual, y son también los que evidencian mayor conocimiento de las medidas a tomar en estos casos por lo que es un grupo focalizado que debe potencializarse, para que a partir de estos se trasmitan el conocimiento sobre el protocolo.

7.6 A pesar de no conocer el protocolo, si existe voluntad para garantizar un trato humano y digno a las víctimas de violencia sexual, con una necesidad por adquirir conocimientos médico – legales y por buscar mejoras en la infraestructura hospitalaria para atender a estas pacientes.

7.7 El actuar con desinterés y apatía, asumiendo una actitud de anomia afecta toda relación humana y profesional, lo cual hace que no se valore en su justa dimensión la ejecución de un delito y se llegue a justificar la ejecución de estos. Deberá estudiarse en estudios posteriores si este desinterés tiene otros factores que lo provoquen, como por ejemplo el desconocimiento de las normativas o el temor a verse involucrados en procesos judiciales al tener que ratificar y reconocer lo actuado ante una autoridad competente.

VIII. RECOMENDACIONES

8.1 Se recomienda que dentro del proceso de capacitación inicial de los médicos de nuevo ingreso al programa de Maestría en Ginecología y Obstetricia se incluyan los protocolos aplicables a violencia sexual vigentes.

8.2 Se recomienda que la Jefatura de departamento clínico y autoridades administrativas del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS, continúen con un programa continuo de capacitación a todo el personal sobre las implicaciones legales de la atención médica a fin de disminuir el riesgo de demandas al dejar de atender estas pacientes o por omisión de denuncias en casos en los que se considere la posibilidad de un delito. Por tratarse de un hospital escuela, se tiene la posibilidad de influir incluso, con estudiantes del pregrado de las diferentes universidades.

8.3 Se recomienda a los coordinadores de la Escuela de Estudios de Posgrado, que mantenga una vigilancia permanente en que los conocimientos medico legales formen parte del currículo de estudios de la Maestría en Ginecología y Obstetricia, ya que la violencia sexual es uno de los muchos delitos en los que como especialistas se puede contribuir para una correcta investigación y aportar en la aplicación de justicia.

8.4 Se hace necesario que las autoridades hospitalarias gestionen a donde corresponda a fin de que se capacite adecuadamente a los ginecólogos sobre la correcta implementación de protocolos usados en violencia sexual y se solicite que provean de los insumos necesarios para poder atender adecuadamente a víctimas de violencia sexual.

8.5 Que las autoridades hospitalarias gestionen la implementación de una clínica especial para atención de víctimas de violencia sexual, garantizando la intimidad y respeto a su dignidad como personas, esto exige una propuesta de modificación al protocolo vigente e incluye el aseguramiento de contar con papelería de evaluación forense de estas pacientes y sobre todo contar con el kit específico para poder prescribir los antiretrovirales, antibióticos y anticonceptivos necesarios, descritos en la normativa vigente. Este es un elemento que puede ser considerado para programar creación de clínicas especializadas con este fin en las distintas unidades de atención del IGSS y no solo prestar el servicio de manera centralizada. Lleva implícito la necesidad de capacitación permanente.

8.6 Se recomienda que las autoridades del HGO-IGSS realicen continuamente actividades que busquen la incorporación de todo el personal en los procesos de trabajos de equipo, a fin de motivarlos y vencer la apatía. Incluyendo como tema de investigación de postgrado la identificación de los factores que producen y/o agravan esta condición.

8.7 Se recomienda que como en otros casos en los cuales el actuar del personal médico deba basarse en protocolos nacionales, las normativas institucionales deben guardar concordancias con lo establecido por el órgano rector de la salud en el país, en este caso lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, sobre todo si en estas normativas se incluyen instancias relacionadas con la investigación criminal o se ha participado como institución en la discusión, actualización y elaboración de las mismas. Claro está, respetando y haciendo uso de las herramientas que la ley Orgánica y la autonomía de la institución permite.

8.8 Debe considerarse que mientras no exista cambios en la normativa con respecto al manejo de las pacientes víctimas de violencia sexual, existe el riesgo de no prestar la atención integral de estas pacientes; sin embargo no debe perderse de vista que como profesionales de la medicina, nuestra misión principal deberá ser siempre salvaguardar la vida y la integridad de las pacientes, así que ese primer acercamiento con las pacientes víctimas incluirá siempre, incluso prioritario sobre su traslado, la valoración de lesiones que pongan en riesgo su vida para facilitar su atención local, por lo tanto hace imperativo la capacitación al personal, para que al momento de presentarse un caso como el mencionado, este en la capacidad de recabar la evidencia y documentar el caso para ser facilitado a las autoridades del INACIF al momento de ser requeridas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agustín Cristina, Sabidó Meritxell, Guzmán Karla, Pedroza María Isabel, Casabona Jordi. (2012). **Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala.** Gaceta Sanitaria vol. 26, numero 4. 2012;26;376-8
2. Alméras Diane, Bravo Rosa, Milosavijevic Vivian, Montaña Sonia, Rico María Nieves. (2001). **Violencia contra la mujer en relación de pareja: América latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución.** ONU-CEPAL-ECLAC.
3. Balsells Conde, Edgar Alfredo. (2006). **El costo económico de la violencia en Guatemala. Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la violencia.** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD- Guatemala. ISBN: 99922-62-50-8
4. Congreso de la República de Guatemala (1973). **Decreto No. 17-73. Código Penal.** Disponible en www.oj.gob.gt
5. Congreso de la República de Guatemala (2008). Decreto No. 22-2008. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer. Disponible en www.oj.gob.gt
6. Congreso de la República de Guatemala (1992). **Decreto No. 51-92. Código Procesal Penal.** Disponible en www.oj.gob.gt
7. Cruz Bolaños, Ana Esther. (2012) **Cumplimiento de normas técnicas y administrativas del manejo del paciente pediátrico sujeto a abuso sexual.** Tesis de postgrado de pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de San Carlos de Guatemala.
8. Departamento del Sistema Informático de control de la investigación del Ministerio Público. (2013). **Reporte estadístico de denuncias registradas a nivel nacional, en el periodo comprendido del 01-01-2010 al 31-12-12, por los delitos de violencia física, sexual y psicológica, agresión sexual, agresión sexual con agravación de la pena, violación, violación con agravación de la pena.** Ministerio Público. Guatemala.
9. Dubón Bendfeldt, Leonel Asdrubal. (2012). **Violencia Sexual, explotación y Trata de Adolescentes, practica realizada en la Asociación “El Refugio de la Niñez”.** Informe final de Práctica profesional dirigida. Universidad Panamericana. Facultad de Ciencias Médicas. Licenciatura en Psicología clínica y Consejería Social. Guatemala.

10. Escalante Pérez, Delmy Rosario. (2006). ***El médico Forense en la escena del crimen***. Tesis de graduación de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. C.A.
11. Gardiner Bennet, Mark Christopher (2012). ***Análisis jurídico de las causas de violencia intrafamiliar que originan muertes violentas de mujeres en el municipio de Villa Nueva***. Tesis graduación de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de San Carlos de Guatemala. C.A.
12. Guzmán B, Álvaro. (1990). ***Sociología y Violencia***. Documento de trabajo No. 7. CIDSE. Centro de Investigaciones y documentación socioeconómica. Universidad del Valle. Colombia. Disponible en : World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/doc7.pdf>
13. Iraheta Monroy, Mario Roberto. (2006). ***Causas de muerte violenta en menores de edad en la ciudad de Guatemala estudio retrospectivo de 2 años de casos de autopsias medico legales en el Instituto de Ciencias Forenses Dr. Arturo Carrillo del Organismo Judicial del 1-1-03 al 31-12-04***. Tesis de graduación de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de San Carlos de Guatemala. USAC. Guatemala. CA.
14. Lara Diana, García Sandra, Strickler Jennifer, Martínez Hugo, Villanueva Luis. (2003) ***El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México***. Gaceta Médica de México Academia Nacional de Medicina de México. Vol. 139. Suplemento No. 1.
15. Louisa Reynolds. (2012) ***Violación, el crimen silenciado***. Plaza pública. Mayo 17, 2012. Reportaje.
16. Ministerio de la Protección Social. (2011). ***Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual***. UNFPA Colombia. Dirección General de Salud Pública.. Fondo de Población de Naciones Unidas
17. Ministerio de Salud Pública. (2009). ***Guía de Atención en casos de Violencia Sexual***. UNFPA.
18. Ministerio de Salud Pública de Guatemala. (2006). ***Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual***. Guatemala.

19. Ministerio Público. **Sistema Informático de control de la investigación del Ministerio Público, periodo del 01-01-2010 al 31-12-12**. Consultado el 4 de abril del 2013. Con actualización al 25 de octubre del 2013.
20. Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS). (1999). **Comisión para el Esclarecimiento Histórico –CEH- (1999). Guatemala, memoria del silencio. Tomo III. Las Violaciones de los derechos humanos y los hechos de violencia**. Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas – UNOPS- ISBN: 99922-54-03-3. (Pág. 13 – 21.)
21. Organización de las Naciones Unidas – ONU – Oficina del alto comisionado para los Derechos Humanos. (2007). **Violencia contra las mujeres indígenas en Guatemala**. Guatemala, C.A. (pág. 14 – 17)
22. Matute Rodríguez, Arturo. García Santiago, Iván. (2007). **Informe estadístico de la violencia en Guatemala**. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala. Pág.: 10-13.
23. Naciones Unidas. (2013). **Elementos esenciales de Planificación para la eliminación contra la Violencia en mujeres y niñas**. ONUMUJERES. Disponible en www.endvawnow.org
24. Navarro Batres, Tomas Baudilio. (2005). **Medicina Legal. Tomo I y II**. Universidad de San Carlos de Guatemala. Editorial Universitaria.
25. Núñez Alexa, Tortolero Yaizut, Vperschuur Aron, Camacaro Marbella. (2008). **Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal**. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela; 64(4):233-239.
26. Ochoa Osorio, Vilma Corina. (2004). **Implicaciones socioculturales de la mujer víctima de violación sexual**. Tesis para graduación de Licenciada en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre.
27. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala – ODHAG- (2013). **Violencia en Guatemala. Estudio de victimización en dos estratos del departamento de Guatemala**. Multiservicios B y M. Guatemala.
28. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia de la Lengua española (DRAE). (2001) 22ª edición. Disponible en lema.rae.es/drae/?val=protocolo. Consultado el 26 de octubre del 2013. 17:30
29. Reynolds, Louisa. (2012). **Violación, el crimen silenciado**. Plaza Pública. Universidad Rafael Landívar. Publicado el 7 de mayo, 2012. 18:13

30. Román Contreras, Omar Arturo (2006). ***Criminalística, Preservación y conservación del lugar de los hechos***. México. DF
31. Rodríguez Artalejo, F. Rubio Orun. V. (1990). ***Los protocolos clínicos. Epidemiología para clínicos***. Revista de Medicina Clínica. Volumen 95, Numero 8
32. Roucek, Joseph S. (2014). La sociología de la violencia. Revista Mexicana de Opinión Pública. Enero-Junio 2014. Volumen 16: 138-148.
33. Ruiz-Pérez Isabel, Blanco-Prieto Pilar, Vives-Cases Carmen. (2004). ***Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio sanitarias***. Gaceta Sanitaria v. 18 supl.2, Barcelona, España. ISSN: 0213-9111
34. Sánchez, Glenda. (2016). ***Mujeres rompen el silencio pese a la impunidad***. Prensa Libre, publicado el 8 de marzo del 2016. Disponible en www.prensalibre.com/guatemala/justicia
35. Sector justicia y salud del Salvador.(2010). ***Manual de normas, protocolos y procedimientos de atención integral a la Víctimas de Violencia Sexual***. San Salvador, El Salvador.
36. Secretaria de Bienestar Social, Presidencia de la República. (2007). ***Protocolo para la detección y atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial***. Guatemala.
37. Secretaria de Salud, Alcaldía mayor de Bogotá. Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2008) ***Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud***. Bogotá, Colombia.
38. Swendesen, Kristen. (2007). ***Por ser mujer***. Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala ICCPG. Servinsa. Guatemala.
39. Vargas Alvarado, Eduardo. (2012). ***Sexología Forense***. Editorial Trillas. México, DF. Segunda Edición. ISBN 978-607-17-1326-1
40. Vargas Alvarado, Eduardo. (2013). ***Medicina Forense Criminalística***. Editorial Trillas. México, DF. Segunda Edición. ISBN 978-607-17-454-5.
41. Venguer Tere, Fawcet Gillian, Vernon Ricardo, Pick Susan. (1998) ***Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud***. Population council. USAID. México.
42. http://www.pnud.org.gt/data/publicacion/GuatemalaEnLaEncrucijada_Completo,%20Web.pdf
43. http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_forense

44. http://www.consultaderecho.com/protocolo_medico_operaciones_medicina.htm
25/07/13

XI. ANEXOS

**BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



Trabajo de investigación “Evaluación del conocimiento que posee el personal Médico de protocolos utilizados en mujeres víctimas de violencia sexual”, estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período enero-junio de 2016. Desarrollado por el MSc. Rony Arturo Vásquez Sarazua como parte del proceso de graduación de la Maestría en Ciencias Forenses.

SEXO: Masculino: Femenino: Edad:

CARGO: Jefe de Servicio: Especialista A: Especialista B:

Médico Residente:
I II III

Finalidad:

La presente encuesta tiene como fin, valorar el grado de conocimiento que se posee sobre la aplicación del protocolo institucional en pacientes víctimas de violencia y abuso sexual. Le solicito responda lo más honestamente posible. Dependiendo el tipo de pregunta puede subrayar una o más respuestas. Los datos recabados serán manejados secreta y éticamente.

1. Además de su entrenamiento en Ginecología y Obstetricia, ha recibido capacitación en las implicaciones legales de atención médica?

SI: NO:

Si su respuesta fue SI, responda la pregunta siguiente, de lo contrario pase a la pregunta 3.

2. Seleccione de las siguientes opciones, la forma en que adquirió dichos conocimientos: (puede seleccionar más de una opción)

- a) En las clases de postgrado o en reuniones de departamento
- b) Cursos de actualización médica del Colegio de Médicos y Cirujanos
- c) Diplomado o cursos de actualización por una Universidad
- d) Congreso / Simposium
- e) Estudios de Licenciatura en el campo jurídico – social

3. Considera necesario incorporar temas médico-legales dentro de las actividades de educación médica permanente (postgrados, sesiones departamentales)

SI: NO:

4. En su práctica hospitalaria ha tenido que atender casos de violencia sexual?

SI: NO:

5. Si su respuesta anterior fue SI, mencione cuantas pacientes ha atendido:

1 a 3 3 a 5 5 a 7 7 a 10 mas de 10

6. Conoce el protocolo institucional vigente que debe ser aplicado a las víctimas de Violencia Sexual?

SI: NO:

7. Cual de los siguientes enunciados define mejor la violencia sexual?(criterios o experiencias, conocimientos)

- a) Es todo comportamiento que atente contra la libertad sexual de las personas.
- b) Constituye una manifestación común de la violencia basada en género.
- c) Consiste en cualquier acto de chantaje o amenaza emocional o física para penetrar o tener algún contacto sexual.
- d) Tiene muchas manifestaciones como la esclavitud sexual, violacion marital, acoso sexual y coherción, matrimonio obligado.
- e) Todas definen la violencia sexual.

8. Cual considera que debe ser la conducta adecuada del personal medico en casos de violencia sexual?

- a) No evaluarla porque no es su responsabilidad
- b) Notificar inmediatamente al Ministerio Público e Instituto Nacional de Ciencias Forenses para que sean ellos quienes la evaluen y tomen las medidas necesarias.
- c) Trasladar inmediatamente al Hospital General de Accidentes
- d) Informo a la Supervisora de Enfermería para intervenga y coordine su atención.
- e) Evaluarla y asesosar su atención

9. A su consideración, seleccione cual(es) debe(n) ser la(s) actividad (es) realizadas por el personal médico:

- a) Valorar las prioridades según el estado clínico y emocional de la víctima
- b) Elaborar anamnesis y de ser posible recoger información sobre el (la) o los (las) agresores(as)
- c) Valorar rápidamente si hay riesgo vital (corre riesgo su vida por lesión física)
- d) Llenar consentimiento informado, evaluar clínicamente, tomar muestras de secreciones, dar profilaxis para evitar el contagio de enfermedades infecciosas y anticoncepción de emergencia
- e) Todas las actividades debe ser realizadas por el personal médico

10. Cuando deban ser tomadas muestras de laboratorio en las víctimas de violencia sexual, ¿Cuál es la manera de tomar las mismas?

- a) Al tomar muestras de cuello uterino y fondo de saco vaginal, se rotulan adecuadamente y se entrega a enfermera jefa para que sea enviadas al laboratorio y se analicen.
- b) Debe tomarse una muestra de la misma manera para realizar test de Thayer Martin.
- c) En una muestra en fresco para buscar espermatocitos vivos, la muestra se toma y se coloca en solución salina, incluso se puede realizar un lavado vaginal y rectal con solución salina y medir fosfatasa ácida.
- d) Debe incluirse pruebas de VIH, alcoholemia, prueba de embarazo, antígenos y anticuerpos para hepatitis B, VDRL.
- e) Todas son correctas.

11. De las siguientes actividades realizadas por personal médico, ¿Cuál o cuáles considera que garantizan la atención de calidad al momento de atender a víctimas de violencia sexual?

- a) Debe prestarse una atención digna, respetuosa y acogedora.
- b) Brindar información clara y completa a las víctimas de violencia, respetando sus derechos sobre salud sexual y reproductiva, así como posibles consecuencias de la agresión.
- c) Facilitar la expresión de sus sentimientos y brindarle mensajes positivos.
- d) La atención de la víctima se debe realizar en un ambiente agradable, íntimo y digno.
- e) Todas las actividades mencionadas garantizan atención de calidad.

12. Selecciones el enunciado que mejor se relaciona con la razón por la que usted preferiría no realizar la evaluación de mujeres víctimas de violencia sexual:

- a) No estoy obligado por Ley a participar en su evaluación, ya que como médico no tengo participación en el proceso de investigación criminal.
- b) Al evaluarla, tengo la obligación de asistir a debates y eso me quita tiempo.
- c) No estoy dispuesto a dejar mi clínica privada para participar en un proceso médico-legal.
- d) El evaluar a una víctima de violencia sexual me expone a riesgos de seguridad por participar en un proceso de investigación criminal (miedo por inseguridad).
- e) No existe ninguna razón por la que deje de evaluar a pacientes víctimas de violencia sexual.

13. Selecciones el enunciado que mejor describe el/los factores que influyen en que usted participe en la evaluación de mujeres víctimas de violencia sexual en la Emergencia del HGO.

- a) Las instalaciones de la emergencia son inadecuadas para hacer una evaluación médico-legal.
- b) No cuento con el conocimiento adecuado para realizar una evaluación a mujeres víctimas de violencia sexual.
- c) No se cuenta con el kit especialmente diseñado para evaluar víctimas de violencia sexual.
- d) Siempre hay médicos residentes que pueden realizar la evaluación de estas pacientes.
- e) No existen factores que impidan que realice una evaluación médico-legal

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL MÉDICO DE LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.