

# Una evaluación de los lineamientos y servicios del sector salud destinados al tratamiento de la violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua

H Luz, McNaughton Reyes <sup>(a)</sup>, Deborah L Billings <sup>(b)</sup>, Yolanda Paredes Gaitán <sup>(c)</sup>,  
Karen Padilla Zúñiga <sup>(d)</sup>

- (a) Profesora asistente de investigación, Facultad de Comportamiento en Salud, Gillings School of Global Public Health, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, NC, USA. Correspondencia mcnaught@email.unc.edu  
(b) Profesora asistente, Departamento de Promoción de Salud, Educación y Comportamiento, Arnold School of Public Health, Universidad de Carolina del Sur, Columbia, SC, USA  
(c) Consultora de investigación, Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua.  
(d) Asociada Principal, Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua

**Resumen:** *En Centroamérica, un 12% de las mujeres relatan haber sido obligadas alguna vez por una pareja íntima de sexo masculino a tener relaciones sexuales; la violencia sexual perpetrada por otras personas también es una experiencia frecuente. Todos los países centroamericanos son signatarios de los acuerdos de derechos humanos, que obligan a los Estados a garantizar acceso a los servicios integrales de salud para las víctimas de violencia sexual, pero existe limitada información en cuanto a si estos acuerdos se han traducido en políticas y prácticas. En este artículo se examinan críticamente los lineamientos del sector salud para el tratamiento de la violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua; además, se informa sobre un diagnóstico de los servicios en 34 unidades de los sectores público y privado, en los cuatro países. En general, las políticas concordaron con los acuerdos internacionales e incluyeron orientación sobre la detección y documentación de actos de violencia, examen forense, tratamiento, referencia y cuidados de seguimiento. Sin embargo, solo una pequeña proporción de las mujeres que sufren violencia sexual buscan atención. El reto que enfrentan los cuatro países es convertir las políticas en práctica. Las prácticas de tamizaje no han sido sistemáticas y las políticas deberían indicar con más claridad las funciones y responsabilidades de los profesionales de la salud y especialistas forenses. Por último, el derecho de las mujeres a la privacidad y confidencialidad en casos denunciados a las autoridades, así como la importancia de ofrecer todos los servicios en un solo lugar, merecen más consideración.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** servicios de salud para mujeres, políticas y programas de salud, abuso y violencia sexual, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua.

La violencia sexual contra las mujeres prevalece en el mundo<sup>1</sup>, lo que incluye también a América Central.<sup>2-6</sup> La violencia sexual es una violación de los derechos humanos<sup>7-8</sup> con consecuencias devastadoras, tales como: daños físicos, embarazos no de-

seados, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, depresión y otros problemas psicológicos<sup>1</sup>. También afecta la participación de la víctima en actividades laborales o en oportunidades educativas. La violencia sexual abarca tanto los actos con penetración

(relaciones sexuales forzadas o violación) como los actos de abuso sexual sin penetración; es perpetrado tanto por parejas sexuales como por terceros.<sup>9\*</sup> Los cálculos nacionales realizados en Guatemala (2008)<sup>2</sup>, Nicaragua (2006)<sup>3</sup> y El Salvador (2008)<sup>4</sup> sugieren que alrededor del 12% de las mujeres entre 15-49 años de edad han sido forzadas a tener relaciones por su pareja sexual masculina, y que esas mujeres son con frecuencia víctimas de violencia sexual perpetrada por otros.<sup>2-6</sup> Entre los factores de riesgo a nivel macro para la violencia sexual en América Central se encuentran las altas tasas de criminalidad y los débiles controles sociales, los cuales contribuyen a una atmósfera de suma tolerancia al comportamiento violento.<sup>10</sup> A esta problemática debe añadirse que cerca de la mitad de la población de la región vive en situación de pobreza<sup>11</sup> lo cual puede exacerbar la vulnerabilidad de las mujeres al limitar sus posibilidades de poner fin a las relaciones violentas y haciéndolas más vulnerables a la coerción sexual a cambio de bienes materiales y/o incrementando su nivel de exposición a situaciones de alto riesgo.<sup>1,12</sup> Entre otros factores de riesgo se incluyen las normas que legitiman la violencia contra las mujeres y encubren el abuso sexual a menores<sup>6</sup>. Si bien el derecho penal de la región sanciona las agresiones sexuales y otros tipos de ataque sexual,<sup>1-5</sup> la Corte Interamericana de Derechos Humanos sustentó en un documento de 2011 que existe una “conducta judicial ineficaz frente a los actos de violencia sexual [en América Central]... [que] promueve y perpetúa la impunidad en la gran mayoría de los casos...”<sup>17</sup>

Todos los países centroamericanos han suscrito los acuerdos internacionales que definen la violencia sexual como una violación de los derechos humanos y que obligan a los Estados miembros a tomar medidas para erradicar la violencia sexual y asegurar que todas las

víctimas tengan acceso a los servicios relacionados con la justicia y con la salud en tales situaciones.<sup>7,8</sup> Los países de la región y de toda América Latina han aprobado leyes que reflejan estos mandatos sobre violencia de género.<sup>6</sup> Sin embargo, se cuenta con poca información que permita determinar si efectivamente estas leyes se ven reflejadas en las políticas y prácticas de los establecimientos de salud centroamericanos que brindan servicios a las víctimas de violencia sexual.

## El estudio

Este estudio es parte de un proyecto mayor coordinado por el Fondo de Población de la Naciones Unidas (FPNU) en asociación con varias agencias e instituciones de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.<sup>18</sup> El objetivo del proyecto es contribuir a “un modelo de respuesta coordinada”<sup>19</sup> que reconozca la necesidad de una colaboración inter-sectorial para asegurar el acceso de las víctimas a servicios integrales. Las metas de este estudio, como parte de dicho proyecto fueron: (1) describir los lineamientos del sector salud para brindar la atención necesaria a las víctimas de violencia sexual en los cuatro países y (2) documentar la disponibilidad de servicios para las víctimas en establecimientos de salud seleccionados (hospitales y centros de salud) con relación al modelo de atención integral de la salud desarrollado por FPNU e Ipas.<sup>20</sup> El modelo de FPNU/Ipas incorpora recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>21</sup> y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>22</sup> y define la atención integral como cuidados concentrados en la víctima, que incluyen la detección y documentación de la violencia y sus secuelas para la salud, exámenes forenses, tratamiento médico, incluyendo servicios profilácticos, derivación a servicios legales, mentales y otros servicios de salud, y atención post-hospitalaria. El modelo se basa en una reseña de las mejores prácticas a partir de la literatura y de las experiencias de varias organizaciones que trabajaron en América Latina en los años 2005-2006 incluyendo a la OPS, la Fundación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), Ipas en Bolivia, Brazil, México y Nicaragua; la Comissão de Cidadania e Reprodução de Brazil, Católicas por

\* Los hombres y niños también son víctimas de la violencia sexual, aunque ese tema no se ha investigado mucho en la región<sup>6</sup>. Este estudio se concentra en la violencia sexual contra mujeres adultas así como en los lineamientos y políticas de atención que se les brinda, porque ese es el enfoque actual de la política nacional e internacional. Existen otras leyes y políticas nacionales e internacionales que se ocupan del abuso sexual a menores.

el Derecho a Decidir y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) en México.<sup>18</sup>

## Métodos

Se utilizaron las páginas de internet de los Ministerios de Salud, y contactos con las instituciones gubernamentales para identificar las políticas relevantes. Para cada directriz, resumimos contenido relacionado a la detección de la violencia y su documentación; examen forense; tratamiento médico, derivación y seguimiento.

Los representantes del UNFPA en cada país determinaron cuáles serían los establecimientos que se incluirían en el estudio, utilizando una muestra de conveniencia. Se eligieron cuarenta hospitales y centros de salud que brindaban atención a víctimas de violencia sexual. Se priorizó la inclusión de establecimientos situados en zonas donde el riesgo de violencia sexual era elevado, y para ello se empleó la información disponible localmente.

Se entregó una descripción del estudio y copias de los instrumentos de recopilación de datos a los administradores de los establecimientos seleccionados y se les informó que no se recabaría información que permitiera establecer la identidad del personal o de las historias clínicas. Todos los administradores de los establecimientos aceptaron participar y fueron ellos quienes comunicaron al personal que brindaba los servicios a las víctimas de violencia sexual que se les pediría que se reúnan con un investigador cuando visitaran ese establecimiento, para contestar preguntas y facilitarles el acceso a los archivos. Durante el periodo de recopilación de datos (Agosto del 2008 a Enero del 2009) se excluyó a seis establecimientos porque no brindaban atención *in situ* a las víctimas de violencia sexual, con lo cual quedaron 34 establecimientos de salud.

La mayoría de los establecimientos eran de nivel primario (n=21) o secundario (n=11); 22 pertenecían al sector público. La mayoría de los otros establecimientos eran organizaciones locales no gubernamentales (ONG) con amplia experiencia en brindar servicios a víctimas de violencia sexual (Cuadro 1). Todos los establecimientos privados o de ONG brindaban servicios sin costo y ofrecían atención a la víctima de violencia así como otros servicios de salud. Dos de los establecimientos estaban situados en zonas rurales (ambos en Guatemala), siete estaban en las cuatro capitales y el resto en otras zonas urbanas.

Se utilizó un cuestionario desarrollado por Troncoso *et al*<sup>23</sup> para entrevistar y obtener información del personal y de las historias clínicas del establecimiento, acerca de la detección y documentación de la violencia sexual, examen forense, tratamiento y servicios de derivación que se le ofrecen a las víctimas, incluyendo medicamentos y exámenes para diagnóstico, y sobre la infraestructura y la dotación de personal del establecimiento. Se le solicitó al personal participante que eligieran al azar las historias clínicas de pacientes tratadas en los últimos seis meses, las cuales fueron examinadas para ver qué información se documentaba. La mayoría de los establecimientos pudieron proporcionar cuatro de dichas historias cuando les fueron solicitadas.

## Los hallazgos

Los lineamientos del sector salud para la atención de víctimas de violencia sexual fueron promulgadas por el Ministerio de Salud en El Salvador en el 2007;<sup>23</sup> en Guatemala en el 2006;<sup>24</sup> y en Nicaragua, en el 2006.<sup>25</sup> Los lineamientos de El Salvador y de Nicaragua incluían además temas de violencia doméstica. En Guatemala también se publicó un lineamiento para el tratamiento de la violencia doméstica en el 2008<sup>26</sup>, el cual incluía cuidados para casos de violencia sexual perpetrada por la pareja o por miembros de la familia. Honduras no contaba con políticas específicas del sector salud para casos de violencia sexual, salvo unos lineamientos de 1997 de servicios de salud para adolescentes en los cuales se incluían los servicios que deben brindarse a adolescentes víctimas de violencia sexual.<sup>27</sup>

Nivel del establecimiento	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Primario	5	4	0	12
Secundario	1	2	5	3
Terciario	0	1	1	0

En el Cuadro 2 se resume el contenido de cuatro lineamientos relativos a la violencia sexual. Los resultados de las evaluaciones de

los establecimientos se resumen en el Cuadro 3. Tres de las cuatro lineamientos, salvo en el caso de Honduras, hacen especial mención de

<b>Cuadro 2. Contenido de lineamientos para atención a víctimas de violencia sexual: Nicaragua (2006), Guatemala (2006), El Salvador (2007), y Honduras (1997)<sup>a</sup></b>				
<b>Ámbitos temáticos del lineamiento</b>	<b>El Salvador <sup>23,28</sup></b>	<b>Guatemala <sup>24,29</sup></b>	<b>Nicaragua <sup>25,30</sup></b>	<b>Honduras <sup>27</sup></b>
<b>Detección y documentación del caso de violencia</b>				
<b>Revisión</b>				
Indica que el PAM debe revisar los casos de violencia	Sí <sup>b</sup>	No	Sí <sup>b</sup>	No
Incluye cuestionario de revisión	Sí	No	Sí	No
<b>Denuncias a las autoridades legales</b>				
Indica que el PAM debe denunciar VS	Sí	Sí	Sí <sup>c</sup>	Sí <sup>c</sup>
Indica que el PAM debe informar a las VVS sobre la obligación de denunciar	Sí	No	No	No
<b>Registro y documentación</b>				
Indica que el PAM debe hacer un registro de casos de VS para seguimiento	No	No	Sí	No
Incluye formulario para registrar/documentar casos de VS	Sí	No	Sí	No
Le indica al PAM qué elementos específicos incluir en la historia clínica	Sí	Sí	No	No
<b>Examen forense</b>				
Indica quién es responsable de efectuar el examen forense	Sí	No	Sí	No
<b>Tratamiento, derivación y seguimiento</b>				
Consentimiento informado	No	Sí	No	No
Anticonceptivos de emergencia	Sí	Sí	No	Sí <sup>c</sup>
Orientación sobre opciones frente al embarazo	No	No	No	No
Diagnóstico/prevenición/ tratamiento de ETS	Sí	Sí	No	Sí <sup>c</sup>
Protocolo de derivación para servicios médicos no disponibles en el lugar	No	No	No	No
Atención psicológica en el lugar o derivada	Sí	Sí	Sí	No
Derivación a instituciones legales/de justicia	Sí	Sí	Sí	Sí <sup>c</sup>
Derivación a grupos de apoyo	Sí	No	No	Sí <sup>c</sup>
Tiene lista de organizaciones de referencia	No <sup>d</sup>	No	No	No
Protocolo de revisión	Sí	No	No	No

a. PAM= Proveedor de Atención Médica, VS= Violencia Sexual VVS= Víctima de Violencia Sexual. Las respuestas en cursivas denotan un cambio en los lineamientos actualizados.

b. Los lineamientos recomiendan revisión selectiva

c. Los lineamientos sólo se aplican en caso de adolescentes o niñas

Los lineamientos (solo 2007) contienen una lista de grupos de autoayuda pero no dan ninguna otra información de contacto

los convenios sobre derechos humanos que obligan a los Estados a tratar el tema de la violencia sexual<sup>23,25,26</sup> y, en concordancia con las recomendaciones de la OMS, enfatizan la importancia del respeto a los derechos de las víctimas.<sup>23-26</sup> Sin embargo, los lineamientos diferían tanto en contenido como en especificidad, y las evaluaciones de los establecimientos determinaron que no habían sido ampliamente difundidas (solo seis de los 34 establecimientos tenían *in situ* una copia escrita de los lineamientos, y no se estaban cumpliendo a cabalidad).

Luego de haber completado la recopilación de datos, se promulgaron versiones corregidas de los lineamientos sobre violencia sexual en El Salvador (2010)<sup>28</sup>, Guatemala (2009)<sup>29</sup> y Nicaragua (2009)<sup>30</sup>. A continuación se describen los cambios principales en dichos lineamientos.

### **Detección y documentación de la violencia.**

#### **Revisión**

En la práctica, menos de la mitad (n=13) de los establecimientos de salud evaluados en este estudio indicaron que examinaban a las mujeres en casos de violencia de género, y solo dos usaban una herramienta específica de revisión. Sin embargo, los lineamientos de El Salvador y Nicaragua recomendaban que los proveedores de atención médica examinen selectivamente a mujeres y niños para detectar casos de violencia si sospechaban que alguno de ellos había sido victimizado.<sup>23,25</sup> Los lineamientos de Guatemala para los casos de violencia doméstica también recomiendan la revisión selectiva,<sup>26</sup> pero sus lineamientos sobre violencia sexual no incluyen recomendaciones de revisión, probablemente porque estos lineamientos se concentran en víctimas que buscan atención de emergencia después de una agresión sexual.<sup>24</sup>

#### **Denuncias ante las autoridades legales**

En cada uno de los países estudiados, el derecho penal obliga a los proveedores de atención médica a denunciar los casos de violencia sexual a las autoridades locales, pero se hacen excepciones en aquellos casos en que los proveedores de atención se sienten obligados a mantener la confidencialidad entre paciente y proveedor de atención médica.<sup>31-34</sup> El dere-

cho penal hondureño no hace esta excepción. En contraste, los lineamientos del sistema de salud de El Salvador<sup>23</sup>, Guatemala<sup>24,26</sup> y Nicaragua<sup>25</sup>, requieren además que los proveedores de atención médica denuncien los casos de violencia sexual a las autoridades legales pero sin exclusiones. Los lineamientos de Nicaragua plantean que los proveedores deben contactar a las autoridades legales cuando la víctima es menor de 18 años, pero no mencionan si es necesario hacer la denuncia en los casos de víctimas adultas.

#### **Registro de casos con fines de seguimiento**

Los lineamientos de El Salvador incluyen un formulario específico para documentar los casos, pero no describen las obligaciones o procedimientos que deben cumplir los proveedores de cuidados para hacerles seguimiento.<sup>23</sup> Los lineamientos para casos de violencia doméstica de Guatemala establecen que los proveedores de servicios médicos deben registrar los casos,<sup>26</sup> pero sus lineamientos sobre violencia sexual no lo hacen.<sup>24</sup> En contraste, los lineamientos de Nicaragua claramente exigen que los proveedores de servicios médicos registren los casos para seguimiento<sup>25</sup> e incluyen un formulario para documentar los casos.

No evaluamos específicamente si los 34 establecimientos registraban los casos de violencia sexual para hacer un seguimiento. Sin embargo, los informes basados en datos a nivel nacional sugieren que los sistemas de seguimiento son poco confiables, y es probable que se usen poco. Por ejemplo, en El Salvador en el 2010, el Instituto de Medicina Legal registró 3.382 casos de agresión sexual (1.793 casos de violación), mientras que en el mismo año el Ministerio de Salud registró solo 152 casos de violencia sexual<sup>35</sup>. La data sugiere discrepancias similares entre el número de casos denunciados a la justicia y los que llegan a instituciones del sector salud en Nicaragua y Guatemala<sup>36-38</sup>. Es posible que las personas que buscan servicios del Instituto de Medicina Legal no busquen servicios de salud, y los mecanismos de derivación de Medicina Legal a los servicios de salud podrían ser inadecuados. También es posible que los proveedores de atención médica no estén registrando los casos de violencia sexual debido a falta de motivación, conocimiento y/o mal uso del sistema.



### Documentación de historias clínicas

La documentación integral de las consultas con las víctimas de violencia sexual por parte de los proveedores de atención médica es esencial para asegurar el cuidado apropiado y puede ser crucial para obtener la reparación jurídica.<sup>21</sup> Los lineamientos que existen para tal fin en El Salvador<sup>23</sup>, Guatemala<sup>24</sup> y Nicaragua<sup>25</sup> ordenan a los proveedores que obtengan y registren la historia clínica y que lleven a cabo un examen físico. En concordancia con las recomendaciones de la OMS,<sup>21</sup> estos lineamientos señalan que los proveedores deben priorizar la estabilización médica y apoyo de las víctimas por sobre la recolección de pruebas forenses<sup>23-25</sup>. Los lineamientos de El Salvador y Guatemala especifican los elementos que deben formar parte de la historia médica (Ej. un testimonio de la agresión sexual) y los procedimientos para documentar las lesiones.<sup>23,24</sup>

Nuestra evaluación de los establecimientos señaló que las historias clínicas relacionadas con la violencia sexual eran, en general, de mala calidad. Solo nueve establecimientos indicaron que usan un formulario específico para documentar los casos de violencia sexual; el resto usaba formularios genéricos para registrar historias clínicas o una hoja de papel en blanco. La mayoría de las historias clínicas que fueron revisadas incluían solo información básica sobre la paciente y les faltaban detalles importantes de su historia clínica (las medicinas que toma, una descripción de las heridas, tratamiento como anticonceptivos de emergencia, y derivación para cuidados especializados).

Tampoco pudimos obtener información confiable de los establecimientos en cuanto al número de mujeres que mensualmente reciben atención por haber padecido violencia sexual.

### Examen forense

Los proveedores de atención médica se encuentran en el lugar preciso para documentar y reunir las pruebas necesarias que permitan identificar a los perpetradores y demostrar en qué circunstancias se produjo la agresión sexual.<sup>21</sup> Lineamientos de tratamiento adecuados deben especificar la responsabilidad que tienen los proveedores de documentar las historias de las pacientes, recopilar pruebas forenses y coordinar con las instituciones legales. Los

exámenes forenses, análisis de especímenes, y la producción de informes médico-clínicos para ser usados en procedimientos judiciales en cada uno de los cuatro países estudiados, han estado a cargo de los Institutos de Medicina Legal gestionados por el gobierno (o en el caso de Honduras, el Departamento de Medicina Forense del Ministerio Público) desde siempre. Sin embargo, la ley Nicaragüense (2005)<sup>39</sup> también permite explícitamente que los exámenes médico-legales sean brindados por especialistas con certificación judicial aunque no sean empleados de los Institutos de Medicina Legal.

Los lineamientos de los sistemas de salud varían en la especificidad y claridad de sus instrucciones con respecto al rol del proveedor en la recopilación de pruebas forenses y su coordinación con las autoridades legales. Los lineamientos de Guatemala para los casos de violencia sexual indican que el proveedor debe llevar a cabo un examen físico con el “doble propósito de evaluar la salud del paciente y recopilar pruebas forenses que puedan ser usadas para probar cuándo, cómo y quién atacó a la paciente.”<sup>24</sup> Se brindan instrucciones explícitas sobre cómo recolectar los especímenes forenses y se les encomienda a los proveedores que “mantengan la cadena de pruebas”,<sup>24</sup> pero no se les informa cuándo o cómo deben hacerlo ellos mismos y cómo coordinar con el Instituto de Medicina Legal. Los lineamientos de El Salvador indican que los proveedores de atención médica no están autorizados para recolectar pruebas forenses y que el Instituto de Medicina Legal es el responsable de hacerlo,<sup>23</sup> pero tampoco en este caso se brinda información sobre la coordinación que debe haber con el poder judicial, o qué hacer en caso de que fuera imposible para la mujer acceder a estos servicios. Del mismo modo, los lineamientos de Nicaragua plantean que un especialista forense certificado por la corte sería el responsable del examen forense pero no se brinda ninguna información adicional.<sup>25</sup>

En la práctica, los profesionales de la salud que fueron entrevistados durante la evaluación de los establecimientos indicaron que tratarían las necesidades médicas y psicológicas inmediatas de las víctimas de violencia sexual y luego las derivarían al Instituto de Medicina Legal para el examen forense y la recolección de pruebas.

En algunas instancias, dijeron informalmente que preferían derivar a las víctimas de violencia sexual al Instituto de Medicina Legal para el examen forense antes de llevar a cabo el examen ellos mismos, porque deseaban evitar el riesgo de contaminar las pruebas forenses o de verse implicados en lo más mínimo en el proceso judicial. Solo tres establecimientos pudieron brindar servicios forenses en el lugar, porque contaban con doctores que tenían certificación judicial.

### Tratamiento, derivación y la atención post-hospitalaria

Existen grandes variaciones en cuanto a la exhaustividad del contenido de los lineamientos con relación al tratamiento médico, derivación y la atención post-hospitalaria. En Honduras, los lineamientos se limitaban a una simple lista de servicios que deberían brindarse a las adolescentes víctimas de violencia sexual.<sup>27</sup> En contraste, los lineamientos de El Salvador,<sup>23</sup> Guatemala<sup>24</sup> y Nicaragua<sup>25</sup> eran más detallados y enfatizaban que los proveedores de atención médica deben estar apropiadamente capacitados y respetar los derechos de las víctimas.

Los 34 establecimientos que fueron evaluados contaban por lo menos con un doctor entre su personal, y la mayoría empleaba por lo menos a una enfermera (88%) y/o psicóloga (68%). La mayoría contaba con un espacio apropiado con privacidad auditiva (76%) y visual (79%) pero solo el 47% contaba con servicios higiénicos adecuados. En general, había una mejor infraestructura para examinar a las pacientes, en los establecimientos privados o de ONG, en comparación con establecimientos públicos.

### Tratamiento

Con respecto al tratamiento médico, los lineamientos de Nicaragua indicaban que en general los proveedores deben atender las requerimientos de salud de las víctimas incluyendo sus necesidades psicológicas<sup>25</sup>, mientras que los lineamientos de Guatemala y El Salvador contaban con instrucciones explícitas para examinar a las víctimas; tratar las lesiones; hacer pruebas de embarazo y suministrar anticonceptivos de emergencia; así como de realizar las pruebas

**Cuadro 3. Servicios disponibles para las víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud públicos y privados evaluados. (n=34)**

	Público (n=22)	Privado (n=12)
<b>Detección y documentación de la violencia</b>		
Lineamientos del servicio en el lugar	4	2
Revisión para determinar un caso de violencia	7	6
Formulario específico para documentar el tratamiento brindado	6	3
<b>Examen forense</b>		
Especialistas forenses en el personal del establecimiento	2	1
<b>Tratamiento, derivación y la atención post-hospitalaria</b>		
<b>Medicamentos disponibles</b>		
Analgésicos	20	11
Anticonceptivos de emergencia*	11	9
Antibióticos para el tratamiento de STI profilaxis	22	8
Vacuna contra la Hepatitis B	1	0
Profilaxis para VIH	10	3
Exámenes de diagnóstico disponibles	18	5
Embarazo	3	3
Clamidia	13	7
Gonorrea	5	1
Hepatitis B	18	6
VIH	17	7
Sífilis	14	7
Trichonomas vaginalis		
Orientación disponible	14	10
Consulta de apoyo emocional durante la consulta	11	10
Orientación/Asistencia psicológica	0	9
Orientación/asistencia legal		
<b>Personal del Establecimiento</b>		
Enfermera	21	9
Psicólogo	13	10
Trabajador Social	12	4
<b>Infraestructura</b>		
Privacidad sonora	14	12
Privacidad visual	15	12
Batas para cubrirse disponibles	14	11
Servicios de laboratorio in-situ para procesar los exámenes de diagnóstico	17	10



PAUL SMITH / PANOS PICTURES

Clinica para mujeres víctimas de violencia familiar, INAMUJER (Instituto Nacional de la Mujer), Caracas, Venezuela

y brindar el tratamiento para ETS/VIH y apoyo psicológico. Los lineamientos de Guatemala también aconsejan obtener el consentimiento informado de las víctimas para los exámenes y el tratamiento.<sup>24</sup> Ninguno de los lineamientos mencionaba opciones para las mujeres que quedan embarazadas como resultado de una violación, y ninguno de los países permitía el aborto legal por este motivo.

La mayoría de los 34 establecimientos tenían analgésicos y antibióticos disponibles en el lugar, pero solo el 59% contaba con anticonceptivos de emergencia. Muy pocos establecimientos tenían vacunas para la Hepatitis B (3%) o profilaxis para VIH (38%) y solo el 68% dijo tener pruebas de embarazo disponibles (Cuadro 3).

### Derivación

Si las víctimas de violencia sexual buscan atención en un establecimiento que no les puede brindar atención integral, dicho establecimiento debe derivarlas a uno que sí lo pueda hacer. Los lineamientos de El Salvador solo se

aplican a hospitales secundarios y terciarios, pues son los que pueden tener la capacidad de brindar atención integral. No se encontró nada que se aplicara a los establecimientos de atención primaria. Los lineamientos de Nicaragua y de Guatemala señalan que las víctimas deben ser derivadas para que reciban atención especializada pero no establecen un protocolo específico para dicha derivación. Todos los lineamientos mencionan la importancia de la derivación para el apoyo psicológico, los servicios sociales y el apoyo legal en forma continua. En concordancia con las recomendaciones de la OMS, los lineamientos de Nicaragua y de Guatemala (2006) recomiendan además que los establecimientos tengan una lista de contacto de las organizaciones locales a las cuales pueden ser derivadas las víctimas para recibir estos servicios<sup>24,25</sup> Sin embargo, solo 62% de los 34 establecimientos evaluados indicaron que derivaban los casos o les brindaban en su local los servicios de consejería y apoyo psicosocial, en tanto que solo 26% brindaban servicios legales *in situ* o derivaban



a servicios legales externos; todos estos eran establecimientos de ONG del sector privado (Cuadro 3).

### *Atención post-hospitalaria*

Todos los lineamientos especificaban que los proveedores deben disponer lo necesario para brindar atención post-hospitalaria, pero solo los lineamientos de El Salvador hacían mención específica de la necesidad de que las víctimas tuvieran citas una vez por semana para chequeos de seguimiento con el mismo proveedor que las evaluó en un principio.<sup>23</sup>

## **Discusión**

Desde principios del 2009, cuando se completó este estudio, los lineamientos del sector salud para el tratamiento de víctimas de la violencia sexual se han revisado y actualizado en El Salvador (2010)<sup>28\*</sup> Guatemala (2009)<sup>29</sup> y Nicaragua (2009).<sup>30</sup> El UNFPA le está brindando asistencia técnica a la Secretaría de Salud de Honduras para que desarrolle y pruebe nuevos lineamientos para casos de violencia sexual.<sup>40</sup>

El Cuadro 2 identifica las áreas temáticas donde estos nuevos lineamientos difieren de los lineamientos en uso cuando se recopila información (en cursivas). En general, estos lineamientos se han fortalecido en lo que respecta a la documentación, la derivación y el seguimiento. En particular, los tres lineamientos ahora describen claramente los procedimientos de documentación y los protocolos de derivación para establecimientos de atención primaria, e incluyen instrucciones específicas para la atención post-hospitalaria. Los lineamientos actualizados de Nicaragua también incluyen instrucciones integrales sobre si se deben recolectar pruebas forenses y cuándo hacerlo<sup>30</sup>.

Los resultados de nuestra investigación brindan un panorama actual de las condiciones en que se brinda el servicio en un pequeño grupo de establecimientos que fueron seleccionados al azar, y nuestras conclusiones no pueden ser generalizadas al interior de cada uno de los países ni a todos ellos. Solo dos establecimientos se encontraban en zonas rurales donde el

acceso a servicios psicosociales y legales era probablemente muy limitado. No hemos examinado ni la capacitación de los proveedores, ni sus actitudes o prácticas. Tampoco hemos examinado las perspectivas de las víctimas de violencia sexual que recibieron el servicio ni tampoco las barreras para el acceso a la atención. Además, nos fue imposible obtener estadísticas de los casos o los tipos de servicios que se brindan en la práctica a las víctimas de violencia sexual en los establecimientos que evaluamos.

A pesar de estas limitaciones, este estudio muestra el compromiso por parte de los gobiernos de cuatro países centroamericanos y de la sociedad civil para desarrollar políticas en el sector salud que apoyen la prestación de atención médica a las víctimas de violencia sexual. Los cuatro países que estudiamos tienen ya, o están desarrollando, protocolos para el tratamiento de víctimas de violencia sexual con algunas diferencias en sus disposiciones.

Sin embargo, la data de la región sugiere que solo un pequeño porcentaje de las mujeres que sufren violencia sexual busca atención, debido a barreras tales como la falta de confianza en las autoridades gubernamentales.<sup>2-6</sup> El desafío que encaran estos países es el de transformar la teoría en práctica. En particular, las autoridades sanitarias de cada país deben garantizar que las políticas se difundan adecuadamente, que los proveedores estén adecuadamente capacitados para implementarlas, que haya recursos disponibles para equipar los establecimientos y que su implementación se ponga en marcha, se monitoree y sea evaluada.

Los actores del sector salud, del sector judicial y del sector civil también deben comprometerse también con el proceso de implementación para asegurar una respuesta coordinada. Dentro de sector salud, los administradores y proveedores deben brindar la capacitación y los recursos que permitan su implementación.

## **Recomendaciones**

Aunque los lineamientos del sector salud en general recomendaban algún tipo de examen en los casos de violencia sexual, las prácticas de revisión fueron inconsistentes.

Las revisiones de rutina para agresiones sexuales pueden identificar y brindar ayuda

\* Los nuevos lineamientos de El Salvador se aplican a todos los establecimientos de salud, no sólo a los hospitales secundarios y terciarios.

a víctimas que de otro modo no admitirían haber sido victimizadas. Sin embargo, los investigadores han advertido que las revisiones de rutina pueden ser más perjudiciales que beneficiosas si no se cuenta con los recursos para lograr una respuesta y/o si los proveedores responden inapropiadamente frente a una denuncia.<sup>41</sup> A medida que se empiezan a implementar las políticas en estos países, las autoridades sanitarias deben tomar medidas para asegurar que los riesgos asociados con la revisión sean bajos y resolver toda duda por parte de los proveedores que pueda ser un impedimento para la revisión (ej. que la revisión pueda tomar demasiado tiempo o causar que se vean implicados en un proceso legal engorroso y complicado).<sup>41</sup>

El requerimiento de que los proveedores denuncien los casos de violencia sexual a las autoridades legales puede vulnerar el derecho a la privacidad de las mujeres, en caso que ellas no deseen que el ataque sea denunciado. Los lineamientos actuales en los cuatro países no brindan instrucciones específicas para obtener el permiso y/o abstención por parte de las víctimas para preservar la confidencialidad. Quienes proponen la denuncia obligatoria argumentan que ayudará a prevenir la violencia sexual al generar la imputabilidad del atacante, mientras que quienes se oponen dicen que violar el derecho a la privacidad, puede generar más violencia y disuadir a quienes buscan ayuda. Las investigaciones futuras deben analizar los riesgos potenciales. Los legisladores podrían considerar adoptar protocolos de denuncia anónima, en los cuales se priorice la atención médica y la recopilación de pruebas, pero no necesariamente la investigación de todos los casos.<sup>42</sup>

Nuestros resultados sugieren enfáticamente que las políticas y sistemas para registrar casos

de violencia sexual deben fortalecerse. La documentación de los casos de violencia sexual es parte vital de los esfuerzos para comprender la magnitud del problema y monitorear y evaluar los esfuerzos de prevención; sin embargo, Nicaragua es el único país estudiado que claramente establece la necesidad de registrar los casos para propósitos de seguimiento. La data disponible sugiere que existe una gran discrepancia en la región en cuanto al número de casos registrados por las instituciones del sistema legal y del sistema de salud.<sup>35-38</sup>

Finalmente, las políticas deben indicar con mayor claridad los roles y responsabilidades de los proveedores de atención médica y de los investigadores forenses en la recopilación de pruebas forenses. Nuestros hallazgos indican que los componentes de la atención médica y médico-legal se brindan a menudo en momentos distintos, lugares distintos y por personas distintas. Como señala la OMS: esto es a la vez ineficiente y oneroso para las víctimas<sup>27</sup>. Hay buenos ejemplos de cómo se brinda una serie de servicios para víctimas de violencia sexual (incluyendo servicios forenses) en un solo lugar, lo cual, si se replicara, podría hacer que más mujeres se animen a buscar atención y apoyo (ej. el modelo para Exámenes a cargo de Enfermeras en casos de Agresiones Sexuales, y los Equipos de Respuesta a Agresiones Sexuales).<sup>43</sup>

## Agradecimientos

*Este estudio fue financiado por la Agencia Española de Cooperación internacional para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas e Ipas. Los datos sobre las políticas y establecimientos de este estudio pueden ser consultados en castellano en <http://www.ipas.org/en/Resources.aspx>. Para este trabajo, se tradujo y analizó la información desde una perspectiva regional.*

---

## Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. At: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf). Accessed 19 March 2012.
2. Ministry of Health and Social Assistance (Guatemala), University of Valle (Guatemala) and Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention. Guatemala Reproductive Health Survey 2008–2009. Atlanta, GA: CDC. At: [http://www.healthmetric-sandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/GTM\\_RHS\\_2008\\_2009\\_REPORT.zip](http://www.healthmetric-sandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/GTM_RHS_2008_2009_REPORT.zip). Accessed 5 September 2012.

3. National Institute for Development Information (Nicaragua), Centers for Disease Control and Prevention. Nicaragua Reproductive Health Survey 2006–2007. Managua: National Institute for Development Information (Nicaragua), Ministry of Health (Nicaragua). At: [http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/NIC\\_RHS\\_2006\\_2007\\_REPORT.zip](http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/NIC_RHS_2006_2007_REPORT.zip). Accessed 5 September 2012.
4. Salvadoran Demographic Association, Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention. El Salvador Reproductive Health Survey 2008. San Salvador: ADS; 2009. At: [http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/SLV\\_RHS\\_2008\\_REPORT.zip](http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/record-attached-files/SLV_RHS_2008_REPORT.zip). Accessed 5 September 2012.
5. Ministry of Health (Honduras), National Institute of Statistics (Honduras), Macro International, Inc. Honduras Demographic & Health Survey 2005–2006. Calverton, MD: Macro International, Inc. At: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR189/FR189.pdf>. Accessed 5 September 2012.
6. Contreras JM, Bott S, Guedes A, et al. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: A desk review. At: <http://www.svri.org/SexualViolenceLACaribbean.pdf>. Accessed 5 September 2012.
7. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women adopted by the UN General Assembly on 18 Dec 1979; entered into force 3 September 1981 (1249 U.N.T.S. 13). At: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>. Accessed 5 September 2012.
8. Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women “Convention of Belem do Para” adopted in Belem do Para, Brazil, adopted by the General Assembly of the Organization of American States on June 9, 1994. At: <http://www.cidh.org/Basicos/English/basic13.Conv%20of%20Belem%20Do%20Para.htm>. Accessed 5 September 2012.
9. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, et al. WHO Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women. Geneva: WHO; 2005. At: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summary\\_report\\_English2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf). Accessed 5 September 2012.
10. United Nations Office on Drugs and Crime. Crime and Development in Central America: Caught in the Crossfire. UNODC; 2007. At: [http://www.unodc.org/pdf/research/Central\\_America\\_Study\\_2007.pdf](http://www.unodc.org/pdf/research/Central_America_Study_2007.pdf).
11. Breur L, Cruz A. The political economy of implementing pro-growth and anti-poverty policy strategies in Central America. In: Rodlauer M, Schipke A, editors. Central America: Global Integration and Regional Cooperation. International Monetary Fund; 2005. p.125–33. At: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/op/243/243ch8.pdf>. Accessed 19 March 2012.
12. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010. At: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf). Accessed 5 September 2012.
13. República de El Salvador. Código Penal de El Salvador Comentado, Tomo 1, Título IV, Capítulo 1, Artículo 158. At: [http://www.cnj.gob.sv/index.php?view=article&catid=42:publicaciones&tid=116:codigo-penal-de-elsalvador-comenta-do-&option=com\\_content&Itemid=12](http://www.cnj.gob.sv/index.php?view=article&catid=42:publicaciones&tid=116:codigo-penal-de-elsalvador-comenta-do-&option=com_content&Itemid=12). Accessed 19 March 2012.
14. República de Guatemala. Código Penal de Guatemala, Título III, Capítulo 1, Artículo 173. At: [http://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp\\_gtm-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf). Accessed 19 March 2012.
15. República de Honduras. Código Penal de Honduras, Título II, Capítulo 1, Artículo 140. At: [http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20Penal%20\(actualizada-07\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/Codigo%20Penal%20(actualizada-07).pdf). Accessed 19 March 2012.
16. República de Nicaragua. Código Penal de Nicaragua, Libro II, Título 1, Capítulo VIII, Artículo 195. At: [http://www.oas.org/juridico/mla/sp/nic/sp\\_nic-int-text-cp.html](http://www.oas.org/juridico/mla/sp/nic/sp_nic-int-text-cp.html). Accessed 5 September 2012.
17. Interamerican Commission on Human Rights. Access to Justice for Women Victims of Sexual Violence in Mesoamerica. No. 11. Organization of American States; 2011. At: <http://www.oas.org/en/iachr/women/docs/pdf/WOMEN%20MESOAMERICA%20ENG.pdf>.
18. United Nations Population Fund. Cerrando brechas de equidad para avanzar hacia el acceso universal a la salud reproductiva en 13 países de América Latina y el Caribe. At: [http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/2406\\_UNFPA-Bro-Ins-17%283%29.pdf](http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/2406_UNFPA-Bro-Ins-17%283%29.pdf). Accessed 19 March 2012.
19. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Ending violence against women and girls: programming essentials. At: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1328563919.pdf>. Accessed 5 September 2012.
20. Troncoso E, Billings DL, Ortiz O, et al. ¡Ver y atender! Guía práctica para conocer como funcionan los servicios de salud para muje-

- res víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Chapel Hill, NC: Ipas; 2006. At: <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/SVGUIDEE08>. Accessed 5 September 2012.
21. World Health Organization. Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003. At: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>. Accessed 19 March 2012.
  22. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, et al. Violence against women: the health sector responds. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2003.
  23. Ministerio de Salud de El Salvador. Guías de atención clínica a mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual para hospitales del segundo y tercer nivel. San Salvador: MINSAL; 2007. At: [http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_victimas\\_VIF\\_y\\_sexual\\_p1.pdf](http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p1.pdf) (Part 1) and [http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_victimas\\_VIF\\_y\\_sexual\\_p2.pdf](http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_victimas_VIF_y_sexual_p2.pdf) (Part 2). Accessed 19 March 2012.
  24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Guatemala: MSPAS; 2006.
  25. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y protocolos para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua: MINSA; 2006.
  26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar. Guatemala: MSPAS; 2008.
  27. Manual de normas para la atención integral de los y las adolescentes. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras; 1997.
  28. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia. San Salvador: MINSAL; 2010.
  29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala [MSPAS]. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Guatemala: MSPAS; 2009.
  30. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y protocolos para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua: MINSA; 2009.
  31. República de El Salvador. Código Procesal Penal de El Salvador, Libro Segundo, Título 1, Capítulo 1, Artículo 232. At: [http://cnj.gob.sv/index.php?view=article&catid=42%3Apublicaciones&id=117%3Acodigoprosenal-penal-de-el-salvador-comentado&option=com\\_content&Itemid=12](http://cnj.gob.sv/index.php?view=article&catid=42%3Apublicaciones&id=117%3Acodigoprosenal-penal-de-el-salvador-comentado&option=com_content&Itemid=12). Accessed 19 March 2012.
  32. República de Guatemala. Código Procesal Penal de Guatemala, Capítulo III, Artículo 298. At: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp\\_gtm-int-text-cpp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cpp.pdf). Accessed 19 March 2012.
  33. República de Honduras. Código Procesal Penal de Honduras, Título III, Capítulo 1, Artículo 269. At: <http://www.poderjudicial.gob.hn/juris/Leyes/CODIGO%20PROCESAL%20PENAL.pdf>. Accessed 19 March 2012.
  34. República de Nicaragua. Código Procesal Penal de Nicaragua, Título 1, Capítulo 1, Artículo 223. At: [http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/5EB5F629016016CE-062571A1004F7C62?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/5EB5F629016016CE-062571A1004F7C62?OpenDocument). Accessed 19 March 2012.
  35. Luciano D, Padilla K. Violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Análisis de datos primarios y secundarios. Managua: Ipas Centroamérica; 2012.
  36. Corte Suprema de Justicia de Nicaragua. Instituto de Medicina Legal. Anuario 2009. At: [http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/iml/pdf/ml\\_anuario\\_2009.pdf](http://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/iml/pdf/ml_anuario_2009.pdf). Accessed 12 September 2012.
  37. Ministerio de Salud de Nicaragua. Oficina Nacional de Estadísticas. Análisis estadístico de la situación de salud en Nicaragua 2000-2011. At: <http://www.conexiones.com.ni/files/79.pdf>. Accessed 12 September 2012.
  38. CIMAC Noticias. En Guatemala, subregistro en los casos de violencia sexual. August 2009. At: <http://www.cimacnoticias.com.mx/site/09081801-En-Guatemala-subre.38984.0.html>. Accessed 12 September 2012.
  39. Corte Suprema de Justicia. Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales. Guía para personal Policial, Fiscal, Médico-Forense y Judicial. Managua; 2003.
  40. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud y justicia para mujeres ante la violencia sexual en Centroamérica. At: [http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Una%20mirada%20completa\\_Iniciativa4.pdf](http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Una%20mirada%20completa_Iniciativa4.pdf). Accessed 12 March 2012.
  41. Bott S, Guedes A, Claramunt M, et al. Improving the health sector response to gender based violence: a resource manual for health care professionals in developing countries. International Planned Parenthood Federation; 2010.
  42. Garcia S, Henderson M. Options for reporting sexual violence: developments over the past decade. FBI Law Enforcement Bulletin. At: <http://www.fbi.gov/stats-services/publications/law-enforcement-bulletin/May-2010/optionsfor-reporting-sexual-violence>. Accessed 12 September 2012.
  43. Harris L, Freccero J. Sexual Violence: Medical and Psychosocial Support. Sexual Violence & Accountability Project Working Paper. Human Rights Center, University of California, Berkeley; 2001. At: [http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/pdfs/SVA\\_MedPsych.pdf](http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/pdfs/SVA_MedPsych.pdf). Accessed 19 March 2012.