

# Violencia sexual

*Dra. Judith J. Toro Merlo*

*Miembro del Consejo Consultivo de la SOGV*

La violencia contra las mujeres es uno de los mayores atentados cometidos contra los derechos humanos en nuestros tiempos. Es un problema que obedece a las estructuras jerárquicas patriarcales que reproducen una cultura donde las mujeres son vistas como objetos desechables y maltratables.

Hace 20 años, en 1993, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1), la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció de manera oficial el derecho de la mujer a vivir libre de violencia, hecho que fue ratificado posteriormente en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), en 1994 (2).

Una de las definiciones más comúnmente aceptadas de violencia contra la mujer es la adoptada por la mencionada Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas de 1993. En ella, la violencia contra la mujer se define como “Todo acto de violencia que resulte o pueda resultar en daño físico, sexual o psicológico de la mujer e inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad tanto que ocurran en la vida pública o en la vida privada.”

La violencia contra las mujeres no es exclusiva de ningún sistema político o económico; se da en todas las sociedades del mundo y sin distinción de posición socioeconómica, religión, raza o cultura. No obstante, se reconoce que algunos grupos específicos de mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia basada en el género: Mujeres que pertenecen a minorías, mujeres indígenas, refugiadas y migrantes; mujeres pobres que viven en áreas rurales o remotas, mujeres indigentes, en instituciones o detenidas; niñas, mujeres con discapacidades y mujeres mayores; mujeres desplazadas, repatriadas, o viviendo en pobreza; y mujeres en situaciones de conflictos armados,

ocupación extranjera, guerras de agresión, guerras civiles y terrorismo, incluyendo la toma de rehenes.

Todo ello conduce a que la mujer no sea vista como sujeta de derechos, por lo que colectivamente se va tolerando e ignorando la violencia ejercida hacia ella, enfocado desde dos características: la legitimación y la naturalización del problema.

La esencia del artículo 2 de la Declaración es que la definición debe incluir, pero no limitarse a los actos de violencia física, sexual y psicológica en la familia, comunidad o perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra. Por tanto se incluye: violencia conyugal, abuso sexual, incluida la de las niñas, la violencia relacionada con la dote; la violación, incluida la violación marital; mutilación de genitales, la violencia no conyugal, la explotación sexual, el acoso y la intimidación en el trabajo, en la escuela y en otros lugares, la trata de mujeres; y la prostitución forzada, con discapacidad, las mujeres que viven en zonas rurales o remotas, pobres o en detención.

En nuestro país la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia (3) en su artículo 15 contempla diecinueve tipos de violencia que incluye todo lo sugerido por la Asamblea de las Naciones Unidas y agrega otras formas novedosas como la violencia simbólica y la violencia mediática, entre otras, que brindan, al menos en teoría, una mayor protección a la mujer.

En las próximas líneas nos referiremos de manera específica a la violencia sexual, la cual es poco trajinada y tiene un gran impacto en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (4) violencia sexual es “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por

otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo". El perpetrador se conduce con el uso de la fuerza física o mediante intimidación de la mujer con la finalidad de obligarle a entablar una relación sexual y/o prácticas sexuales contra su voluntad, independientemente de si se completa o no, bien sea por vía vaginal, anal o bucal.

La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza: física, psíquica, la extorsión así como las amenazas de daño físico, de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento para la relación íntima, por ejemplo, porque está bajo los efectos del alcohol, drogas o dormida o es mentalmente incapaz de interpretar la situación.

De las diecinueve formas de violencia contempladas en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia tienen relación con la violencia sexual las siguientes: Amenaza: Es el anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño, físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él. Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha. Acceso carnal violento: Es una forma de violencia sexual, en la cual el hombre mediante violencias o amenazas, constriñe a la cónyuge, concubina, persona con quien hace vida marital o mantenga unión estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos sea cual fuere su clase, por alguna de estas vías. Prostitución forzada: Se entiende por prostitución forzada la acción de obligar a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza, o mediante coacción como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la opresión psicológica o el abuso del poder, esperando obtener o haber obtenido ventajas o beneficios pecuniarios o de otro tipo, a cambio de los actos de naturaleza sexual de la mujer. Esclavitud sexual: Se entiende por esclavitud sexual la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque con la obligación de realizar uno o más actos de naturaleza sexual. Acoso sexual: Es la solicitud de cualquier acto o comportamiento de

contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de acercamiento sexual no deseado que realice un hombre prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación. Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes: Son todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, coerción o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito. Trata de mujeres, niñas y adolescentes: Es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes, con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos. En el Capítulo VI de los Delitos se completan no solo las definiciones sino las sanciones aplicadas a estos delitos **Actuación ante una agresión sexual**

Los ginecoobstetras tenemos más oportunidades para descubrir y abordar la violencia contra la mujer en general y la sexual en especial. En este sentido, todos los integrantes del equipo de salud, deben desarrollar un papel fundamental en la detección, atención y seguimiento, y en la prevención de este flagelo.

No es sencillo llegar al diagnóstico de de violencia sexual, pues hay una serie mitos y tabúes, tanto por parte del personal de salud como por parte de las víctimas, que dificultan la identificación y el abordaje. La actitud de los profesionales es quizás lo más importante: Prejuicios, y miedo los lleva a no indagar, por temor a ofender a la víctima o poner en peligro la relación médico-paciente. Con frecuencia creen que su intervención puede desencadenar una escalada de violencia contra la mujer o represalias contra los hijos e, incluso, su propia agresión **Atención de emergencia**

En términos generales, en nuestro país la evaluación y el tratamiento de las víctimas de violencia es competencia del médico forense. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en algunos casos de acuerdo con la severidad de las lesiones,

se debe actuar con premura; en algunas zonas del país nos corresponde actuar como forenses y en otras oportunidades las pacientes son remitidas a los servicios de emergencia gineco-obstétrica para aplicar tratamientos especializados. En estos casos debemos extender un certificado médico, en concordancia a lo estipulado en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia Artículo 35. A los fines de acreditar el estado físico de la mujer víctima de violencia, esta podrá presentar un certificado médico expedido por profesionales de la salud que presten servicios en cualquier institución pública. De no ser posible, el certificado médico podrá ser expedido por una institución privada; en ambos casos, el mismo deberá ser conformado por un experto o una experta forense, previa solicitud del Ministerio Público.

De preferencia debe ser atendida por personal femenino, si es un gineco-obstetra masculino, debe actuar en presencia de alguna mujer, que fungirá como testigo. Es muy importante que el personal sanitario que atienda a la mujer se identifique. Debe actuar de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Debe explicar a la usuaria, el protocolo que se va a seguir y su utilidad, y permitir a la mujer participar en las decisiones sobre su atención médica, invitándola a preguntar lo que crea oportuno. Asimismo, se le debe solocitar la firmar el consentimiento informado para cada una de las actuaciones médicas.

Se debe colocar a la mujer en un espacio privado, acogedor. Puede estar sola o con la persona que ella desee. Esperar que ella narre los hechos espontáneamente, en caso contrario realizar las preguntas necesarias con mucha prudencia.

Es deseable, que la usuaria no se cambie de ropas, se asee u orine antes de que sean tomadas las muestras para estudios complementarios. La ropa que la paciente llevara puesta en el momento de la agresión, debe recogerse, colocando cada prenda en una bolsa perfectamente identificada para las experticias forenses.

Se debe valorar la condición física y psicológica de la mujer con la realización de una historia clínica en la que debe quedar constancia de la agresión sexual sufrida y de sus características, así como de todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas realizadas. Examen físico, con exploración general: cabeza tronco, extremidades. Exploración ginecológica y exploración perineo ano rectal. Detallar localización y naturaleza de las lesiones y previo consentimiento informado se pueden tomar fotografías de las lesiones. Toma de muestras de interés médico, patológico y

legal.

Determinar: Grupo sanguíneo y Rh, prueba de embarazo ( $\beta$  HCG), despistaje de infecciones de transmisión sexual (se repetirán a los 15 y 30 días) que incluyen: Serología de sífilis, hepatitis B y VIH (este último se repetirán al mes, a los 6 y 12 meses). En la violación anal se realizarán dos tomas con hisopos estériles de algodón en medio de mantenimiento; y en la bucal, toma faríngea.

#### **Tratamiento**

Los aspectos principales en el tratamiento de una agresión sexual son (5): Tratamiento de las lesiones que pudiera presentar la paciente. Profilaxis de infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH. Profilaxis de la hepatitis B: en caso de no estar vacunada, administrar una dosis de gammaglobulina antiHB y la primera dosis de la vacuna. Vacunación antitetánica (comenzar, completar o colocar refuerzo) en caso de heridas contaminadas con tierra, polvo, saliva; heridas punzantes, pérdidas de tejido. En las mujeres en edad reproductiva se debe realizar la prevención de un posible embarazo, independientemente de que utilicen o no un método anticonceptivo regular. Sugerimos levonorgestrel (LNG) una sola dosis de 1,5 mg en una sola dosis o 0,75 mg en dos dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de las 72 horas posteriores al coito de riesgo. La OMS ha evaluado su uso hasta el 5º día, pero su eficacia es menor (6-8).

Apoyo psicológico. En general, la paciente deberá ser valorada por un psiquiatra o psicólogo, ya que las víctimas de este tipo de agresiones presentan sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que precisan ayuda especializada.

La hospitalización se decidirá de acuerdo a la severidad de las lesiones y compromiso del estado de salud de la paciente. Sin embargo, en casos en los que no se haya tenido la respuesta legal, no se haya podido ubicar a la mujer en una casa de abrigo y sospechemos que su vida corre peligro, se debe considerar la hospitalización como ayuda social preventiva.

El médico debe informar a la mujer de sus derechos legales. La agresión sexual es un delito y como tal tiene derecho a denunciarlo, aunque éste haya sido realizado por su pareja. Analizar con ella las repercusiones para su salud física, mental y emocional. Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una orden de protección. Informarle de la disponibilidad de una red de recursos y dispositivos sociales para la atención a las mujeres víctima de violencia.

Si la víctima no quiere realizar la denuncia o

no se encuentra en condiciones para realizarla, el personal de salud está obligado a ello, de acuerdo a lo expresado en el artículo 57 de la ya mencionada Ley: Obligación de aviso “El personal de salud que atienda a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, deberá dar aviso a cualquiera de los organismos indicados en el artículo 71 de esta Ley, en el término de las veinticuatro horas siguientes por cualquier medio legalmente reconocido. Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso que no se pueda acceder a alguno de estos órganos por dificultades de comunicación. El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta unidades tributarias (50 U.T.) a cien unidades tributarias (100 U.T.), por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa.” Órganos receptores de denuncia Artículo 71. La denuncia a que se refiere el artículo anterior podrá ser formulada en forma oral o escrita, con o sin la asistencia de un abogado o abogada, ante cualquiera de los siguientes organismos: Ministerio Público. Juzgados de Paz. Prefecturas y jefaturas civiles. División de Protección en materia de niño, niña, adolescente, mujer y familia del cuerpo de investigación con competencia en la materia. Órganos de policía. Unidades de comando fronterizas. Tribunales de municipios en localidades donde no existan los órganos anteriormente nombrados. Cualquier otro que se le atribuya esta competencia.

## REFERENCIAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1993. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En: Acta de Deliberaciones de la Sesión Plenaria N° 85, Ginebra, 20 de diciembre de 1993. Naciones Unidas: Ginebra.
2. OEA(1994)Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”. Belém do Pará: Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.
3. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668 del 23-04-07).
4. Jewkes R, Purna S, Garcia-Moreno C. 2002. “Sexual Violence”. En: Krug EG, Etienne L. eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, páginas 149 a 181.
5. Ortiz Mariscal JD, Távara Orozco L. Propuesta de Estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual. Comité de Derechos sexuales y reproductivos de FLASOG. Lima: Editorial Promsex; 2011. p.1-88.
6. Pérez D’Gregorio R. Foro: Actualización sobre la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010;70(4):284-285.
7. Toro Merlo J, González F, Mendoza A, Pérez MM, Pérez D’Gregorio R, Rosales P, et al. Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. En: Bajares de Lilitue M, Pizzi La Veglia R, editoras. Consenso: Anticoncepción hormonal 2013. Caracas: Editoria Ateproca; 2013. p.41-52.
8. Toro Merlo J. Anticoncepción de emergencia. Rev Obstet Ginecol Venez 2011;71(3):149-150.

## Opinión del Comité 577 “La comprensión y el uso de las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas de Estados Unidos para el uso de anticonceptivos”

RESUMEN: Las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 2013 de Estados Unidos (EE.UU. SPR), publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades es una pieza de acompañamiento para los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos y Criterios de elegibilidad médica de prevención para el uso de anticonceptivos, 2010. Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 2010 de Estados Unidos, proporcionan orientación acerca de cuáles métodos anticonceptivos son seguros para las mujeres con características seleccionadas y condiciones médicas, mientras que la SPR EE.UU. ofrece una guía sobre cómo utilizar estos métodos de manera más efectiva. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos respalda la SPR EE.UU. y fomenta su uso por los becarios; proveedores siempre deben tener en cuenta la situación clínica específica en la aplicación de estas directrices para la atención clínica individual.

Traducido por R Pérez D’Gregorio de: ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Disponible en [http://www.acog.org/Resources\\_And\\_Publications/Committee\\_Opinions/Committee\\_on\\_Gynecologic\\_Practice/Understanding\\_and\\_Using\\_the\\_US\\_Selected\\_Practice\\_Recommendations\\_for\\_Contraceptive\\_Use\\_2013](http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Gynecologic_Practice/Understanding_and_Using_the_US_Selected_Practice_Recommendations_for_Contraceptive_Use_2013)