

**LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE
“SALAS DE PRIMERA ACOGIDA A VÍCTIMAS DE DELITOS
SEXUALES” EN REGIÓN METROPOLITANA**

Analía Banfi¹

analiabanfi@yahoo.fr

Santiago, abril de 2007

¹ Abogada uruguaya, magíster en Derechos Humanos y Humanitario, Universidad de París II. Estudio realizado en el marco del programa de pasantías rentadas 2006/2007 del Centro de Estudios de Justicia de las Américas (CEJA), Santiago de Chile.

Agradecimientos: a todos los entrevistados por el tiempo dedicado, a la abogada Bianca Pfeng de la División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos por facilitarme el acceso al monitoreo realizado por la Fiscalía Nacional y al equipo de CEJA por su colaboración en el desarrollo del presente documento (Juan Enrique Vargas, Mauricio Duce, Cristián Hernández, Cristián Riego, Nataly Ponce y Claudio Riveros).

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. EL MODELO DE SALAS DE ACOGIDA	3
1. Origen	3
2. Objetivos	3
3. Proceso de instalación en Región Metropolitana	4
4. Infraestructura	5
5. Presupuesto	6
6. Funcionamiento	6
III. SITUACIÓN DE LAS SALAS A UN AÑO DE SU IMPLEMENTACIÓN	8
1. La sub-utilización de las salas	8
1.1. La preferencia por el Servicio Médico Legal	9
1.2. Los problemas operativos	10
1.2.1. La cadena de custodia	10
1.2.2. La capacitación de los médicos	10
1.3. Víctimas susceptibles de ser atendidas	11
2. La visión médica	11
3. La disminución de la victimización secundaria	12
3.1. La gran ventaja de las salas: el tratamiento médico	13
4. La adopción de medidas para optimizar el funcionamiento de las salas	14
5. Talagante: sala icono de Región Metropolitana	14
5.1. Ubicación geográfica	15
5.2. Mayor presencia del fiscal	15
5.3. Mejor coordinación entre fiscalía y personal médico	16
6. El impacto de las salas respecto a los resultados judiciales	16
IV. CONCLUSIONES	18
1. El cumplimiento de los objetivos	18
2. Factores que determinan la sub-utilización de las salas	18
2.1. La falta de confianza de los fiscales en la pericia realizada en la sala	18
2.2. Falta de datos cuantitativos	18
2.3. Falta de directrices de las Fiscalías Regionales	19
2.4. Falta de difusión interinstitucional	19
3. La realidad de Región Metropolitana	19
3.1. La fuerte presencia del SML	19
3.2. El sistema de trabajo de los fiscales en los casos de flagrancia	19
3.3. Especialidades de los hospitales	20
V. RECOMENDACIONES	21
VI. ANEXOS	22
- Anexo I: Lista de personas entrevistadas por institución	22
- Anexo II: Presupuesto detallado	23
- Anexo III: Modelo Flujoograma de atención – RM Occidente	24

I. INTRODUCCIÓN

En el segundo semestre de 2005, paralelamente a la entrada en vigencia de la reforma procesal penal en Región Metropolitana², se llevó a cabo la implementación de un modelo de atención a víctimas de delitos sexuales en servicios de urgencia de hospitales públicos, las llamadas “Salas de Primera Acogida a Víctimas de Delitos Sexuales” (en adelante “salas” o “salas de acogida”).

En el presente documento nos hemos propuesto realizar un estudio exploratorio del funcionamiento de este proyecto a un año de su implementación. Concretamente, nos hemos focalizado en tres aspectos: cumplimiento de los objetivos, principales dificultades e impacto en los resultados judiciales.

Para la realización de esta investigación se ha utilizado el método cualitativo basado en entrevistas a actores que participan en la implementación del modelo. Las mismas se llevaron a cabo entre los meses de enero y abril de 2007. En total se entrevistaron a 18 personas: cinco profesionales de la Fiscalía Nacional (División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos y Unidad Especializada en Delitos Violentos y Sexuales); tres profesionales de Unidades Regionales de Atención a Víctimas y Testigos; dos fiscales coordinadores de salas de acogida; tres médicos; dos matronas jefe y personal de Carabineros³. Asimismo, se consultaron datos cuantitativos provenientes de la Fiscalía Nacional y se visitaron las salas de acogida ubicadas en los hospitales San Juan de Dios, Calvo Mackenna y Talagante.

Cabe destacar que en la realización del presente estudio nos hemos enfrentado a dos limitaciones. En primer lugar, la inexistencia de datos cuantitativos precisos de todas las salas nos impide profundizar el análisis respecto a la utilización de las mismas. En segundo lugar, dado que este modelo se encuentra en el inicio de su implementación, no hemos podido acceder a las víctimas que han sido atendidas en las salas, lo cual significa una gran limitación al momento de analizar el impacto de éstas respecto a la disminución de la victimización secundaria.

Este estudio se basa por lo tanto en la percepción de los actores entrevistados.

En una primera parte describiremos el funcionamiento del modelo y su implementación en Región Metropolitana para luego detenernos a analizar la situación de las salas a un año de su instalación. Para terminar, plantearemos una serie de conclusiones y recomendaciones en base al análisis de la información brindada por los entrevistados.

² La Región Metropolitana es una de las 13 regiones en que está dividido el territorio chileno, donde reside el 40% de la población total del país. Está compuesta por el Área Metropolitana de Santiago y cinco provincias: Chacabuco, Cordillera, Maipú, Melipilla y Talagante, las cuales a su vez están divididas en 52 comunas. La comuna de Santiago es la capital de la región.

³ Por una lista detallada de las personas entrevistadas consultar el Anexo I.

II. EL MODELO DE SALAS DE ACOGIDA

1. Origen

Estas salas tienen su origen en el modelo sudafricano de salas de atención a víctimas de delitos sexuales, los llamados *Thuthuzela Care Centres*.

Thuthuzela significa en lengua nativa acogida o consuelo. Se trata de un proyecto iniciado en 1999 por el *South African Bureau of Justice Assistance* con el objetivo de coordinar el trabajo de policías, fiscales y personal médico en lo relativo a la atención de víctimas de delitos sexuales y en la persecución de tales delitos⁴. Este proyecto permitió un abordaje multidisciplinario de la temática, logrando a su vez brindar una atención integral a las víctimas. El primer centro fue inaugurado en junio de 2000 en una localidad en las afueras de Ciudad del Cabo. Debido al éxito del modelo, el mismo fue recomendado por UNICEF para ser implementado en otros países.

En setiembre de 2001, autoridades del Ministerio Público de Chile visitaron el centro *Thuthuzela* ubicado en la ciudad sudafricana de Manenberg. Inspirados en esta experiencia, llevaron a cabo conjuntamente con el Ministerio de Salud de Chile y a través de convenios con hospitales públicos, la instalación de la primera sala en la ciudad de Temuco en diciembre de 2002. Actualmente existe un total de 16 salas a nivel nacional, todas ellas en capitales de región salvo una ubicada en la ciudad de Linares.

2. Objetivos

De acuerdo a las orientaciones técnicas impartidas por el Ministerio Público, las salas poseen los siguientes objetivos⁵:

- Disponer de los espacios necesarios para que las víctimas de delitos sexuales reciban una atención digna y de calidad en los establecimientos de salud
- Brindar atención especializada a la víctima mediante la acogida, contención emocional y entrega de información sobre sus principales derechos y los pasos a seguir en el procedimiento que conducirá la fiscalía
- Estandarizar los procedimientos relacionados con la atención de la víctima: apoyo y contención emocional, exámenes físicos, entrega de información, recepción de denuncias; e
- Incentivar las denuncias de los delitos sexuales.

El objetivo principal de este modelo es por lo tanto la disminución de la victimización secundaria en el marco de una atención integral a las víctimas de delitos sexuales⁶.

⁴ Por más información al respecto consultar el sitio web de la oficina de UNICEF en Sudáfrica: http://www.unicef.org/southafrica/hiv_aids_998.html (solamente en inglés).

⁵ Ministerio Público y Ministerio de Salud. *Orientaciones Técnicas. Salas de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Delitos Sexuales en Servicios de Urgencia*. Diciembre de 2005. Página 8.

Luego de un trabajo conjunto entre el Ministerio Público y el Ministerio de Salud, se optó por instalar las salas en las urgencias de los hospitales públicos.

Este acuerdo surgió en el marco de la existencia de problemas de victimización secundaria en el área de salud. A modo de ejemplo, aquellas víctimas que llegaban a la urgencia de un hospital debían enfrentar largas esperas junto a todos los demás pacientes, sin ningún tipo de privacidad ni de asistencia. A su vez, no se tenía en cuenta su condición especial de víctima a la hora de la atención médica. El proceso era doblemente victimizador ya que la persona debía luego acudir al Servicio Médico Legal (en adelante “SML”) para la realización de la pericia pertinente.

Debe destacarse además que los servicios de urgencia son frecuentemente la puerta de entrada de las víctimas de agresión sexual y a menudo las únicas capaces de detectar tal situación⁷.

3. Proceso de instalación en Región Metropolitana

Paralelamente a la implementación de la reforma procesal penal en Región Metropolitana, en el segundo semestre de 2005 se instalaron cinco salas en hospitales de la Región.

Tabla 1
Hospitales con salas en Región Metropolitana

Hospital	Fiscalía Regional correspondiente
San Juan de Dios	Centro Norte
Luis Calvo Mackenna	Oriente
Talagante	Occidente – Fiscalía Local de Talagante
Barros Luco Trudeau	Sur
Dr. Sótero del Río	Sur – Fiscalía Local de Puente Alto

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la instalación de las salas a nivel nacional, el Ministerio Público realizó un llamado a todas las Regiones para postular a los fondos asignados a las salas, inaugurándose de esta forma una por cada capital de Región. A su vez, en el caso de Región Metropolitana se presentó un proyecto conjunto. Ello se debió al hecho que la distribución geográfica del servicio de salud no coincide con las jurisdicciones de las distintas Fiscalías Regionales.

El proceso de instalación en Región Metropolitana estuvo a cargo de las Unidades Regionales de Atención a Víctimas y Testigos (en adelante “URAVIT”), las cuales realizaron un sondeo de los hospitales ubicados en sus respectivas jurisdicciones que cumplían con las condiciones necesarias para la instalación de una sala. Posteriormente, se llevó a cabo la elección conjunta de todas las salas a nivel de la

⁶ Por más información sobre esta temática consultar *Violencia de género y la reforma procesal penal. Delitos sexuales y lesiones*. Lidia Casas Becerra y Alejandra Mera, en Cuadernos de Análisis Jurídicos, Serie de Publicaciones Especiales 16, septiembre de 2004. Facultad de Derecho Universidad Diego Portales y Centro de Estudios de Justicia de las Américas (CEJA), Chile.

⁷ *Op. cit.* Página 6.

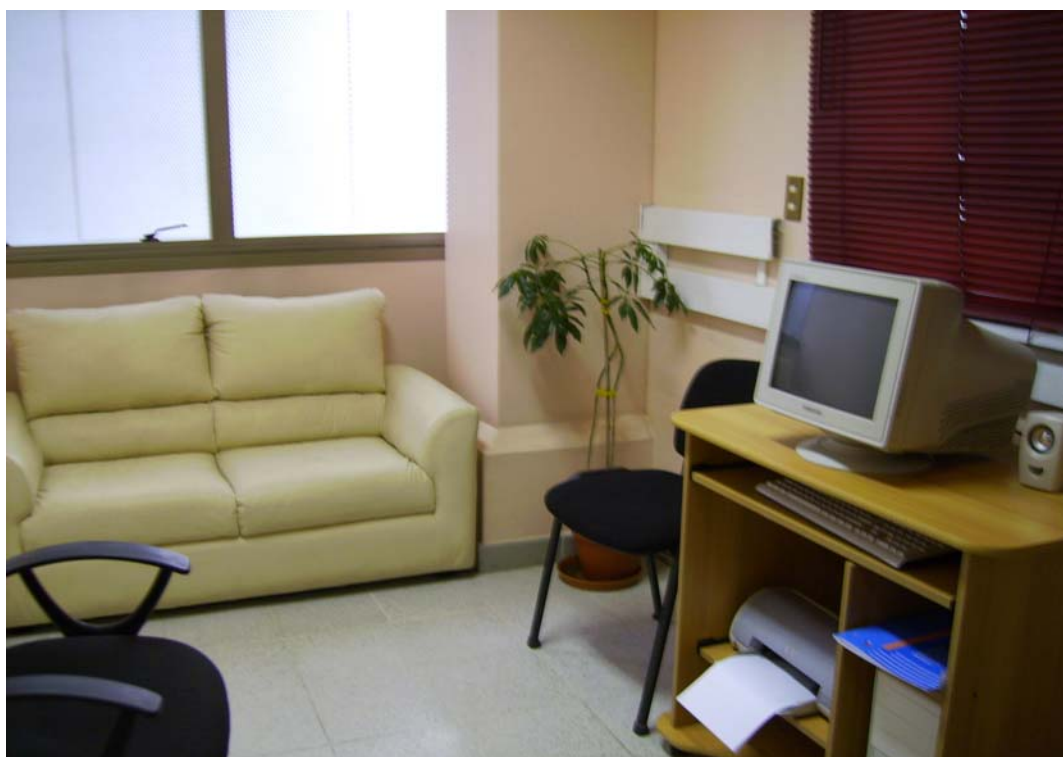
Región Metropolitana. Las URAVIT fueron asimismo responsables de coordinar todas las capacitaciones que se llevaron a cabo antes y durante la implementación de las salas.

4. Infraestructura

Las salas están idealmente compuestas por tres espacios diferenciados: una sala de espera y entrevista, un box de atención y un baño con ducha. En la práctica, sin embargo, no todas cuentan con la totalidad de estos espacios. El hospital Calvo Mackenna, por ejemplo, cuenta solamente con un box de atención.

La sala de espera y entrevista evita que la víctima y familiares o acompañantes esperen con los demás pacientes del servicio de urgencia, brindándole así una mayor privacidad. A su vez, un ambiente separado permite a los profesionales realizar de forma más efectiva el trabajo de contención emocional. Esta sala sirve a su vez para que el fiscal tome la declaración ya que cuenta con una computadora e impresora.

Figura 1
Sala de espera y entrevista del Hospital San Juan de Dios



La atención clínica se realiza en el box de atención médica el cual cuenta, entre otros, con una mesa ginecológica, un refrigerador con llave para guardar las muestras, una cámara fotográfica digital y un mueble con llave donde se guarda la ropa de recambio. Si bien son de atención preferencial y no necesariamente

exclusiva⁸, en la práctica en Región Metropolitana las salas se destinan exclusivamente para la atención de víctimas de delitos sexuales.

Luego de la realización de los exámenes pertinentes, la persona tiene la posibilidad de asearse. En el caso por ejemplo del Hospital Calvo Mackenna, cuya sala no posee tal equipamiento, existe igualmente la posibilidad que la víctima utilice la ducha ubicada fuera de la sala.

5. Presupuesto

Según el acuerdo celebrado entre el Ministerio Público y el Ministerio de Salud, éste es el encargado de proporcionar un lugar físico en la urgencia del hospital para la instalación de la sala mientras que el Ministerio Público debe realizar la inversión necesaria para su acondicionamiento, esto es, reestructura edilicia y compra de equipamiento.

El Ministerio Público cuenta con un fondo especial destinado a la atención y protección de víctimas y testigos a través del cual se financian prestaciones de atención, protección e indemnización a víctimas y testigos, así como proyectos específicos que inciden en la disminución de la victimización secundaria, caso de las salas⁹.

La instalación y equipamiento de las salas significó para el Ministerio Público una inversión total de \$ 10.736.435 (equivalente a aproximadamente U\$S 20.257), lo cual representa el 0,015% del presupuesto de dicha institución para el año 2005.

Tabla 2¹⁰
Inversión por hospital
(en pesos chilenos)

Tipo de inversión	Talagante	San Juan de Dios	Calvo Mackenna	Barros Luco Trudeau	Sótero del Río
Equipamiento y material	1.853.000	2.066.000	1.775.000	1.163.948	997.450
Reparaciones o readecuación	1.147.000	150.000	925.000	0	659.037
Total	3.000.000	2.216.000	2.700.000	1.163.948	1.656.487

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección Ejecutiva Nacional del Ministerio Público.

6. Funcionamiento¹¹

Si bien el funcionamiento no es idéntico en las cinco salas, la ruta de la víctima es muy similar en los diferentes hospitales.

En términos muy generales, una vez llegada la víctima al servicio de urgencia, ya sea de forma espontánea o acompañada por personal de Carabineros o de Policía

⁸ Op. cit. Pagina 9.

⁹ Información proporcionada por la Dirección Ejecutiva Nacional del Ministerio Público.

¹⁰ Por información sobre la inversión detallada de cada sala consultar el Anexo II.

¹¹ Modelo de flujograma de atención en Anexo III.

de Investigaciones, es trasladada de forma inmediata a la sala. En caso que llegue en forma espontánea, el personal médico se comunica con carabineros quienes a su vez contactan a la fiscalía correspondiente.

Luego de llenar un formulario y realizada la constatación de lesiones, se procede a practicar el examen médico y a la extracción de muestras cuando corresponda, todo lo cual debe ser debidamente documentado en formularios prediseñados. Finalizado el examen, la víctima tiene la posibilidad de ducharse y se le proporciona una muda de ropa. Posteriormente puede realizarse la toma de declaración en la sala prevista para tales efectos, sea directamente por el fiscal o por personal policial bajo la instrucción del mismo.

Finalmente, la policía que acompaña a la víctima debe hacerse cargo de la cadena de custodia, llevando la muestra al laboratorio, normalmente del Servicio Médico Legal (SML), para realizar las pruebas que correspondan.

III. SITUACIÓN DE LAS SALAS A UN AÑO DE SU IMPLEMENTACIÓN

1. La sub-utilización de las salas

En la tabla a continuación se señalan los casos ingresados a las salas recolectados por el monitoreo realizado por la División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos al año de la implementación del modelo.

Para tener una visión en términos relativos, se indica además la cantidad de casos por delito sexual¹² ingresados al Ministerio Público de cada Región¹³. Debemos sin embargo aclarar que ello se señala a título indicativo, ya que para tener una cifra realmente representativa de la cantidad de casos susceptibles de ser atendidos en la sala necesitaríamos que la información esté desagregada por comunas y por tipo de víctimas (sexo y edad).

Tabla 3
Total de casos atendidos por sala
(Año 2006)

Sala de Acogida	Número de casos atendidos en la sala	Número de delitos sexuales ingresados en la Región Metropolitana correspondiente
Hospital San Juan de Dios	15	1.580
Hospital de Talagante	36	1.397
Hospital Calvo Mackenna	18	1.105
Hospital Sótero del Río	ND ¹⁴	1.471
Hospital Barros Luco Trudeau	ND ¹⁵	1.471

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Fiscalía Nacional.

Como se puede observar, el problema más grave que enfrentan las salas en Región Metropolitana es la sub-utilización. De acuerdo a las cifras disponibles, en el año 2006 se ha atendido en el mejor de los casos un promedio de tres víctimas por mes, mientras que en el peor de los casos dicho promedio es de 1,25, esto es, una víctima atendida cada 24 días. A su vez, si bien no existen cifras respecto a los

¹² De acuerdo al artículo 361 del Código Penal chileno existe violación cuando se accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de doce años en los siguientes casos: cuando se usa de fuerza o intimidación, cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponer resistencia y cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima.

A su vez, según el artículo 363, existe estupro cuando la víctima es mayor de 12 años pero menor de edad y se da alguna de las siguientes circunstancias: cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aún transitoria, de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima, del grave desamparo en que se encuentra la víctima, o cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Existe además delito sexual cuando se accede carnalmente a un menor de 18 años del mismo sexo, sin que se den las circunstancias de violación o estupro (artículo 365) y cuando se realiza abusivamente una acción sexual distinta del acceso carnal (artículos 366 y 366 bis), entre otros.

¹³ Fuente: Ministerio Público. Boletín Estadístico. Año 2006.

¹⁴ Si bien los actores refieren que esta atención se ha realizado, no cuentan con registros estadísticos.

¹⁵ *Idem*.

hospitales de la Región Metropolitana Sur, de acuerdo a las entrevistas realizadas a personal de fiscalía la cantidad de víctimas atendidas sería aún menor que en los demás hospitales. El caso de la sala de Talagante ha tenido una experiencia diferente, por lo cual será abordado en forma separada en el punto 7.

Como analizaremos a continuación, esta sub-utilización puede explicarse por dos causas. Por un lado, a la existencia de un problema estructural debido a la preferencia de los fiscales por las pericias realizadas por el SML. Por otro lado, existe una serie de problemas ligados principalmente a aspectos operativos y al limitado universo de víctimas susceptibles de ser atendidas por las salas.

1.1. La preferencia por el Servicio Médico Legal

La decisión de derivar una víctima a una sala de acogida o al SML depende del fiscal, quien tomará la decisión caso a caso, no existiendo por lo tanto criterios de derivación formales.

Sin embargo, hemos observado que existe una práctica bastante generalizada de derivar al SML. Ello se debe principalmente a la mayor confianza en el peritaje efectuado por esta institución, la cual posee un alto nivel de especialización y profesionales dedicados exclusivamente a dicha tarea, sumado al hecho que en Santiago el servicio funciona las 24 horas. Esta preferencia es aún más marcada tratándose de casos graves.

En el caso de la Fiscalía Regional Sur, se llegó inclusive a decidir conducir siempre al SML, debido a una serie de problemas relacionados a la cadena de custodia que serán abordados en el próximo punto.

Esta práctica hace con que el universo de víctimas atendidas en las salas de acogida se reduzca básicamente a aquellas que llegan en forma espontánea a los servicios de urgencia. Se trata por lo tanto de personas que llegan buscando atención médica, sin tener necesariamente la intención de denunciar los hechos.

A su vez, han existido casos donde la persona es atendida en la sala y luego, dada generalmente la gravedad del caso, es enviada al SML para la realización de un peritaje mas profundo. Esta doble derivación tiene el grave inconveniente para la víctima de someterla a una nueva victimización, lo cual iría en detrimento del objetivo principal de estas salas.

Sin embargo, debemos diferenciar estos casos de aquellos en los que la víctima llega espontáneamente a la sala y antes de ser examinada es derivada al SML. Antes de la existencia de este modelo la persona debía esperar junto a los demás pacientes de la urgencia; el gran aporte de la sala en estas situaciones ha sido la sala de espera especial, donde la persona aguarda en un ambiente con total privacidad y más acogedor.

Como se tratará en las conclusiones, la preferencia de parte de los fiscales por el SML, debido a su carácter estructural, constituye el principal problema de la implementación de este modelo en Región Metropolitana.

1.2. Los problemas operativos

1.2.1. La cadena de custodia

Uno de los principales problemas detectados en el funcionamiento de las salas es el relativo a la cadena de custodia, especialmente en lo que respecta la coordinación de la misma.

Ha habido casos por ejemplo donde se perdieron las muestras ya sea porque no se rotularon correctamente, por lo que no se sabía a quien pertenecían, o quedaron en la sala sin que nadie las haya ido a retirar. En este caso muchas veces la confusión se debe al deber de custodiar la muestra por el plazo de un año, pero esto en el caso que la víctima decida no denunciar.

Existió también un caso donde el equipo médico envió la muestra al laboratorio para descartar enfermedades de transmisión sexual pero no la enviaron al SML para realizar las pericias correspondientes y otro donde se envió la muestra a Fiscalía.

Se trata por lo tanto de casos donde los médicos saben que tienen que sacar una muestra, saben como hacerlo pero no tienen claros los procedimientos internos una vez terminado el examen médico. Debido a este tipo de incidentes se generó un acuerdo tácito entre los fiscales de la Región Metropolitana Sur de enviar a las víctimas directamente al SML hasta tanto estos problemas hayan sido subsanados.

1.2.2. La capacitación de los médicos

A diferencia del SML donde atienden médicos especializados en medicina forense, en las salas de acogida quien atiende es el médico de turno, el cual puede ser un médico general o tener distintas especialidades.

Por este motivo se organizaron distintas capacitaciones tanto en forma previa como posterior al momento de la instalación de las salas. La mayor parte de estas formaciones eran brindadas por médicos legistas y estaban orientadas a toda la parte pericial. Hubo asimismo capacitaciones realizadas por profesionales de fiscalía.

A pesar de todas estas capacitaciones, fiscalía siente que existen muchos temores de parte de los médicos respecto al peritaje. Esta inseguridad se suma a lo que fiscalía ve como un desinterés en algunos casos llegando a una resistencia de parte de algunos médicos en otros.

Cabe señalar que esta percepción es anterior a la instalación de las salas ya que desde el año 1999 los médicos están facultados para extender certificados de lesiones sexuales con valor probatorio¹⁶.

¹⁶ Artículo 145bis del Código de Procedimiento Penal, inciso 1º: “*Tratándose de los delitos previsto en los artículos 361 a 367 bis y en el artículo 375 del Código Penal, los hospitales, las clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean público o privados, deberán practicar los reconocimientos, los exámenes y pruebas biológicas conducentes a acreditar el cuerpo del delito y a identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar las pruebas y muestras correspondientes*”.

1.3. Víctimas susceptibles de ser atendidas

Una de las carencias del modelo en Región Metropolitana radica en que los hospitales no tienen servicios de urgencia con las tres especialidades (medicina general, ginecología y pediatría), como suele ocurrir en las demás Regiones donde los hospitales habitualmente son generales.

A título de ejemplo, en Región Metropolitana Sur, donde están ubicadas algunas de las comunas más pobladas del país y donde existe una cantidad significativa de niños víctimas de delitos sexuales, ninguna de las dos salas atiende niños, por lo que deben ser trasladados al SML de Santiago, con todo el tiempo de espera que ello implica.

Al momento de la implementación del proyecto en esta Región, se evaluó instalar la segunda sala en el hospital de niños Exequiel González Cortés, dada la cantidad de denuncias provenientes de este hospital y de la gran colaboración de sus autoridades. Sin embargo, ello no fue posible debido a la falta de espacio físico e infraestructura que demandaba el proyecto, instalándose esta segunda sala en el Hospital Barros Luco.

A su vez, la sala en Región Metropolitana Oriente atiende solamente niños ya que está ubicada en el Hospital Calvo Mackenna especializado en la materia.

2. La visión médica

La percepción del personal médico coincide con la de fiscalía en el sentido que las salas están siendo sub-utilizadas. Sin embargo, las causas que invocan no necesariamente coinciden.

A modo de ejemplo, por un lado fiscalía prefiere no derivar a las salas (si no en todos los casos al menos en algunos dependiendo de la región) debido a la falta de experiencia pericial de los médicos, y por otro lado los médicos a veces argumentan que dichos casos no le son derivados debido a que no poseen los elementos materiales necesarios (tubos para tomar las muestras, refrigerador adecuado, entre otros).

Cabe destacar asimismo que se percibe una frustración de parte del personal médico en relación a la presencia del fiscal en la sala. Cuando se planteó el modelo los médicos esperaban que los fiscales vinieran a tomar la declaración en la sala prevista para tal efecto, pero ven en cambio una sala de entrevista con computadora que no se utiliza. Esto al personal de salud le generó contradicción. Por lo tanto, la falta de interés que perciben los fiscales respecto de los médicos se da también en sentido contrario.

A su vez, existe una mayor visibilidad de las URAVIT. Esto se debe principalmente a que fueron las encargadas de la instalación y equipamiento de las salas así como de coordinar las capacitaciones. Por tal motivo, a veces éstas son las referentes de los médicos, aunque debieran serlo los fiscales.

Por otra parte, personas del equipo médico nos plantearon la necesidad que ellos perciben de realizar reuniones periódicas de coordinación con fiscalía.

Finalmente, cabe destacar que si bien las responsabilidades periciales de los médicos son anteriores a la implementación de la reforma procesal penal en Región Metropolitana, los médicos atribuyen a la reforma esta nueva responsabilidad. Perciben esta función como una imposición desde el Ministerio Público. Manifiestan además que la misma les significa una sobrecarga de trabajo, principalmente por el tiempo que deben dedicar a llenar formularios, sumado a la posibilidad de acudir a una audiencia pública, para lo cual muchas veces deben pagar ellos mismos a un colega para que los remplace en su servicio.

Se trata por lo tanto de un problema que va más allá de la existencia de las salas. El mismo está relacionado principalmente a la introducción de la oralidad con el sistema acusatorio y a la consiguiente obligación de acudir a audiencias públicas.

3. La disminución de la victimización secundaria

Como ya lo señalamos en la introducción, una de las dificultades en la realización de este estudio fue la falta de acceso a las víctimas atendidas en las salas. Esto significa una gran limitación al momento de comprobar el cumplimiento del principal objetivo de las mismas, esto es, la disminución de la victimización secundaria.

Sin embargo, teniendo en cuenta la percepción de los entrevistados, tanto el personal médico como el de fiscalía coinciden en que las salas han efectivamente contribuido a disminuir la victimización secundaria. Si comparamos la situación anterior y posterior a la existencia de las salas vemos que, cuando éstas funcionaron correctamente, el cambio en la calidad de la atención a la víctima ha sido sustancial.

Tabla 4
Cuadro comparativo: situación anterior y posterior a la instalación de las salas

Dato	Situación anterior a la instalación de las salas	Situación posterior a la instalación de las salas
Lugar de espera	Servicio de urgencia	Sala separada
Tiempo de espera estimado	Entre dos y cinco horas ¹⁷	Atención prioritaria
Lugar de atención	Box del servicio de urgencia	Box de atención especial
Personal médico capacitado en la atención a víctimas sexuales	No	Sí
Exámenes periciales	No	Sí
Posibilidad de ducharse	No	Sí
Posibilidad de cambiarse de ropa	No	Sí
Posibilidad de realizar la declaración	No	Sí

Fuente: Elaboración propia.

¹⁷ Este tiempo de espera es una estimación realizada por algunos entrevistados. Sin embargo, en algunos servicios de urgencia la víctima de delitos sexuales tenía prioridad para ser atendida.

Como se observa en el cuadro, con la instalación de las salas la víctima es conducida inmediatamente a un ambiente acogedor con total privacidad, lo cual permite la realización de un adecuado trabajo de contención emocional, pudiendo inclusive acudir los psicólogos de la URAVIT cuando ello sea necesario. La víctima es atendida por médicos que han sido capacitados en materia de atención a víctimas de delitos sexuales, realizándose en ese momento la toma de muestras. Asimismo, tiene la posibilidad de ducharse y cambiarse de ropa, así como de realizar la declaración en el mismo lugar.

Todo ello constituye por lo tanto un apoyo invaluable para la víctima ya que le permite recobrar su dignidad.

3.1. La gran ventaja de las salas: el tratamiento médico

Cabe subrayar que las salas de acogida, a diferencia del SML, no son un servicio especializado en peritaje sino espacios físicos dentro de los servicios de urgencia que permitan *las condiciones necesarias para brindar una atención prioritaria, no victimizante y de calidad a las personas que han experimentado un delito sexual*¹⁸.

Por lo tanto, estas salas poseen dos ventajas muy significativas respecto al SML ya que, conjuntamente con la parte curativa, brindan tratamiento contra enfermedades sexualmente transmisibles y tratamiento contraceptivo. El SML, en cambio, se dedica exclusivamente a la parte pericial.

Tabla 5
Cuadro comparativo: Servicio Médico Legal y Salas de Acogida

Dato	Servicio Médico Legal	Salas de Acogida
Institución a la que pertenece	Ministerio de Justicia	Proyecto conjunto Ministerio Público/Ministerio de Salud
Número de servicios las 24 horas	1 en Santiago	5 en Región Metropolitana
Perfil médico	Médicos legistas	Médico de turno: médico general, ginecólogo, pediatra, traumatólogo.
Tipo de servicio	Exclusivamente peritaje	Atención médica + peritaje
Carabineros de turno las 24 horas	Sí	Solamente en 3 y no necesariamente en la urgencia donde se encuentra la sala

Fuente: Elaboración propia.

Es por estas ventajas que la División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos ha pensado en la posibilidad de instalar más adelante una sala de acogida al interior del SML ya que es ahí donde habitualmente se produce el primer contacto para los exámenes físicos. Esto no se hizo desde un inicio ya que donde había mayores problemas de victimización era en el área salud y no en el SML.

¹⁸ Ministerio Público. Fiscalía Nacional. *Monitoreo Salas de Primera Acogida a Víctimas de Delitos Sexuales Región Metropolitana*. Abril de 2007.

La preferencia por el SML es entonces la principal causa de la sub-utilización de las salas. A continuación profundizaremos en aquellos aspectos que llevan a los fiscales a tomar esta decisión para asegurarse una eficiente persecución penal.

4. La adopción de medidas para optimizar el funcionamiento de las salas

Si bien la implementación de las salas en Región Metropolitana se vio enfrentada a todas las dificultades que acabamos de mencionar, las diferentes fiscalías no permanecieron pasivas ante esta situación. Es así que, principalmente desde las URAVIT, se comenzaron a adoptar en la práctica diversas estrategias para solucionar estos problemas.

En el caso por ejemplo de la Región Metropolitana Sur, al constatar que el proyecto no estaba funcionando correctamente, se realizó una reunión con la División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos, así como con la Unidad Especializada en Delitos Violentos y Sexuales de la Fiscalía Nacional. Se decidió comenzar por el hospital Sótero del Río, dado que existe una voluntad de las autoridades y que los procesos más victimizantes podrían darse en esa zona debido al tiempo de traslado al SML.

Es así que se realizaron nuevas capacitaciones con el SML. Además, una propuesta importante fue, por un lado, incorporar a esta capacitación a los distintos servicios y no solamente a ginecología y maternidad, y por el otro, tratar el tema de los procesos de trabajo internos. A su vez, se realizaron propuestas concretas como por ejemplo que los mismos funcionarios que llevan las muestras de alcoholemia al SML sean los encargados de llevar las muestras biológicas debidamente rotuladas al SML. Al final de esta capacitación se estableció el compromiso de coordinar estos procesos de trabajo y, una vez solucionado el tema, los fiscales comenzarían a derivar a las víctimas.

Por otra parte, en el Hospital San Juan de Dios hubo una reunión en diciembre de 2006 para coordinar el tema de la cadena de custodia. En la misma se decidió que el policía que acompaña a la víctima sea el encargado de llevar la muestra al SML.

5. Talagante: sala icono de Región Metropolitana

La realidad de la sala instalada en el Hospital de Talagante ha sido diferente a la de las demás Regiones ya que la misma ha dado mejores resultados. Como se observa en la tabla a continuación, 36 personas fueron atendidas en 2006, siendo la sala con el mayor registro de atenciones.

Respecto al tipo de víctimas atendidas, al principio la idea fue atender niños y adultos. Como surge de la tabla 6, del total de víctimas atendidas (36), 20 eran menores de 14 años y 27 eran mujeres. En este periodo no se atendieron víctimas de entre 14 y 18 años. A su vez, solamente 1 de los 8 hombres era mayor de 18 años.

Vemos por lo tanto que esta sala fue la única que atendió tanto a niños como adultos, hombres y mujeres. Sin embargo, según señala fiscalía en el monitoreo, directrices del hospital establecieron que solamente se pueden atender a mayores

de 15 años. Esta normativa es preocupante debido al importante número de víctimas menores de 15 años atendidas en la sala, quienes pasarán a ser atendidos en el SML, principalmente el de Santiago debido a la restricción horaria del SML ubicado en Melipilla.

Tabla 6
Total de víctimas atendidas por sexo y edad
(Año 2006)

Sexo	Menores de 15 años	Menores entre 15 y 18 años	Adultos	Total por sexo
Femenino	12	0	15	27
Masculino	8	0	1	9
Total por edad	20	0	16	36

Fuente: Elaboración propia en base a datos del monitoreo de la Fiscalía Nacional y de la URAVIT de la Fiscalía Local de Talagante.

A continuación, analizaremos cuales han sido los principales factores que determinaron este mejor aprovechamiento de la sala.

5.1. Ubicación geográfica

Ubicada en la comuna de Talagante, esta sala cubre la demanda de atención especialmente de las comunas de Talagante, el Monte e Isla de Maipo, recibiendo también a personas de Peñaflor. Dichas comunas cuentan con un total de 116.117 habitantes¹⁹. Talagante es la única sala ubicada fuera del Gran Santiago y por lo tanto la más alejada al SML de Santiago. Si bien existe otro SML en Melipilla, el mismo funciona solamente de mañana.

5.2. Mayor presencia del fiscal

Otro factor clave y una de las principales diferencias en relación a las demás Regiones es la mayor presencia del fiscal en la sala.

El Fiscal especializado en delitos sexuales y coordinador de la sala de Talagante ha sido el único (considerando fiscales y personal de URAVIT de las demás Regiones) en afirmar que la tendencia es derivar a la sala más que al SML, acudiendo a éste servicio solamente en aquellos casos más complejos, muchas veces inclusive por sugerencia del propio médico del hospital, aunque no sea lo mas frecuente.

Según lo manifestado por el fiscal, ello se debe principalmente a que la sala es un lugar reservado que permite realizar los exámenes médicos y además entrevistar a la víctima en un ambiente adecuado. Además esta el hecho de evitar el traslado de la persona a Santiago, ya que el mismo suele tomar bastante tiempo debido a que se utilizan los recursos de la policía.

Por lo tanto, lo fundamental de la sala desde el punto de vista fiscal, es tener la posibilidad a nivel local de realizar la pericia y todas las demás diligencias.

¹⁹ Ministerio Público. *Op. cit.*

En 2006 el fiscal acudió a la sala en 17 de los casos registrados, lo cual representa el 47% del total de casos²⁰.

5.3. Mejor coordinación entre fiscalía y personal médico

La presencia del fiscal en la sala, sumado a una gran disposición del equipo médico han permitido lograr una dinámica de trabajo más coordinada entre personal de fiscalía (fiscal y URAVIT) y personal médico. Ello ha tenido como principal efecto la realización de reuniones de coordinación para resolver problemas prácticos a medida que estos se iban planteando, lo cual permitió optimizar el aprovechamiento de la sala.

A modo de ejemplo, uno de los problemas que se había planteado era el relativo a la identificación de la evidencia fotográfica. Los médicos tienen a su disposición una cámara digital que pueden utilizar para fotografiar las lesiones de la víctima. Al no haber un sistema de identificación o registro de estas fotografías, las mismas no eran utilizadas ya que quedaban guardadas en la cámara digital sin saber a quien pertenecían. Para solucionar este problema se propuso establecer un sistema de identificación mediante el cual cada foto será individualizada con un número que figurará en el informe pericial de la víctima.

Por otra parte, en el caso de la cadena de custodia, es el fiscal quien da la instrucción al policía que acompaña a la víctima de llevar la muestra al laboratorio. Sin embargo, como a veces no se lo llamaba, las muestras quedaban en la sala y no se realizaba un seguimiento. Ello estaba relacionado con el problema del registro de los casos atendidos ya que estos eran registrados en el libro de la sala pero no se transmitía la información al fiscal coordinador.

Para solucionar estos problemas, se coordinó con el hospital que se informe al fiscal coordinador respecto de las personas atendidas, de la cadena de custodia y del tema de las fotos. También se solucionaron pequeños problemas prácticos, como por ejemplo quien es el encargado de recargar la tina de la impresora, de colocar el papel, entre otros. Todas estas soluciones se pudieron adoptar gracias a la relación más fluida entre el fiscal y el equipo médico.

Cabe además resaltar el jefe de urgencia del hospital nos indicó que cada vez que tiene dudas llama al fiscal de turno. Existe además un flujograma en la sala para orientar al equipo médico²¹. A su vez, desde fiscalía se percibe un gran interés y disposición de parte del equipo médico, considerándose que existe un verdadero compromiso.

6. El impacto de las salas respecto a los resultados judiciales

En relación al impacto de las salas en los resultados judiciales, no existe ningún registro al respecto ya que no se ha realizado un seguimiento de los casos judicializados que fueron atendidos en las salas. Sin embargo, la percepción de los fiscales y profesionales de las distintas URAVIT al respecto va en dos sentidos.

²⁰ *Idem.*

²¹ Ver Anexo III.

La mayoría considera que el impacto en los resultados judiciales estaría dado en la medida que las víctimas, al ser mejor acogidas y al sentirse apoyadas, van a colaborar más con la parte judicial, además de brindar más y mejor información. Asimismo, coinciden en que la diferencia no radica tanto en la existencia o no de la sala sino en el tipo de atención que se le da a la víctima.

Por lo tanto, de acuerdo a esta percepción, un caso que no haya pasado por la sala pero donde la URUVIT haya intervenido tempranamente puede generar gran colaboración de parte de la víctima. Por el contrario, si el caso pasó por la sala pero la misma no funcionaba correctamente, ello puede influir negativamente en los resultados judiciales.

La segunda opinión, ya más categórica, es la de la Fiscalía Local de Talagante. El fiscal considera que las salas poseen un impacto sobre los resultados judiciales y que el mismo se debe a la gran ventaja de tener un médico disponible a proximidad que le brinde orientación en el momento en que el fiscal la necesite.

Cabe destacar que en el Hospital de Talagante hubo un caso donde la víctima (un menor de 14 años abusado sexualmente) fue derivada a la sala por el Juzgado de Familia de Talagante. Vemos por lo tanto que las salas, además de cumplir el rol de primera acogida para víctimas de delitos sexuales, podrían en un futuro ser utilizadas también por los tribunales cuando exista por ejemplo la necesidad de constatar lesiones, lo cual permitiría a su vez descongestionar el SML y brindarle a la víctima una rápida atención.

IV. CONCLUSIONES

1. Cumplimiento de los objetivos

Tomando en cuenta los objetivos planteados por este modelo de atención a víctimas de delitos sexuales en servicios de urgencia de hospitales públicos, a un año de su implementación en la Región Metropolitana podemos observar que:

- Los espacios necesarios para que las víctimas reciban una atención digna y de calidad en los establecimientos de salud existen, las salas están instaladas y equipadas
- Existe asimismo una atención especializada. La víctima es acogida en una sala con total privacidad y atendida por profesionales que han recibido capacitación en atención a víctimas de delitos sexuales. Asimismo, existe en la sala información respecto a los derechos de las víctimas.
- La estandarización de los procedimientos no se ha cumplido en su totalidad ya que existen problemas operativos, principalmente a nivel de la cadena de custodia; y
- No existen cifras respecto al impacto de las salas sobre la cantidad de denuncias de delitos sexuales.

Vemos por lo tanto que dos de los cuatro objetivos han sido cumplidos.

2. Factores que determinan la sub-utilización de las salas

Como ya fue señalado, la principal falla en la implementación de las salas en Región Metropolitana ha sido la sub-utilización de las mismas. Ello se debe principalmente a los siguientes factores:

2.1. La falta de confianza de los fiscales en la pericia realizada en la sala

Esta falta de confianza constituye un problema estructural ya que de perpetuarse podría llegar a cuestionar la propia existencia del modelo en Región Metropolitana. Este factor demuestra además la existencia de una clara disociación entre lo que es mejor para la víctima en términos de calidad de atención y lo que es mejor para la persecución penal. Ante la presencia de un SML fuerte en Santiago, sumado a los antecedentes de problemas operativos en el funcionamiento de las salas, los fiscales prefieren acudir al SML asegurándose de esta forma la persecución penal.

2.2. Falta de datos cuantitativos

La falta de datos cuantitativos precisos de todas las salas constituye una gran limitación al momento de analizar los resultados del modelo, lo cual dificulta la realización de una evaluación y la toma de decisiones para su optimización.

En el monitoreo realizado por la Fiscalía Nacional, en dos de las cinco salas no figura el número de casos ingresados. A su vez, de las tres salas con registro de casos atendidos, solamente en una de ellas (sala de Talagante) se detalla el mes de

ingreso, el sexo y la edad de la víctima, así como la cantidad de casos en que el fiscal acudió a la sala. Por otra parte, no existen cifras respecto al universo potencial de víctimas susceptibles de ser atendidas en cada sala.

2.3. Falta de directrices de las Fiscalías Regionales

Este proyecto fue coordinado por la Fiscalía Nacional junto con el servicio de salud e implementado en cada Región Metropolitana por la URAVIT correspondiente, la cual se encargó de instalar y equipar la sala así como de coordinar las capacitaciones.

Sin embargo, una vez comenzado el funcionamiento del modelo, no hubo directrices de las Fiscalías Regionales dirigidas a incentivar los fiscales a que utilicen las salas. No existen por lo tanto estímulos a nivel de la institución para que los fiscales deriven a las salas.

2.4. Falta de difusión interinstitucional

La ausencia de difusión interinstitucional del modelo se da principalmente en relación a Carabineros. Las autoridades entrevistadas de esta institución, quienes están vinculadas a temas de familia y menores, manifestaron no conocer el modelo, dado que en ningún momento se les informó de su existencia. Igualmente, varios carabineros de turno en hospitales donde existen salas, tampoco sabían de la existencia de las mismas.

3. La realidad de Región Metropolitana

Esta sub-utilización también obedece al hecho que se aplicó en Región Metropolitana un modelo que había funcionado en muchas Regiones pero sin tener en cuenta la diferente realidad de Región Metropolitana.

3.1. La fuerte presencia del SML

La presencia en Santiago de un SML de turno las 24 horas y con profesionales de gran experiencia en la materia, hace con que los fiscales prefieran derivar las víctimas a este servicio para asegurarse una buena pericia. Por lo tanto, el vacío que cubren las salas en varias Regiones, donde suplen la falta de cobertura o la falta de atención las 24 horas del SML, no se da en Región Metropolitana, donde inversamente las salas funcionan en forma residual al SML.

3.2. El sistema de trabajo de los fiscales en los casos de flagrancia

En Región Metropolitana, dado el gran número de habitantes, para los casos de flagrancia los fiscales funcionan con un régimen de turnos desde un centro de llamadas. El modelo donde el fiscal va a tomar declaración a la sala no sería por lo tanto compatible con la dinámica de este modelo. Esta falta de presencia del fiscal genera incompreensión y frustración de parte del personal médico, lo cual a su vez fomenta el desinterés en el proyecto.

Estas dos diferencias podrían explicar en gran parte los mejores resultados alcanzados por la sala del Hospital de Talagante ya que la misma, al estar ubicada

lejos de Santiago, posee una dinámica más local, similar a la existente en otras Regiones.

3.3. Especialidades de los hospitales

A diferencia de las demás Regiones, los hospitales de Región Metropolitana donde están ubicadas las salas no poseen las tres especialidades (medicina general, pediatría y ginecología) debido al mayor grado de especialización. Esto lleva a que no todas las salas puedan recibir a hombres y mujeres tanto mayores como menores de edad, lo cual reduce el universo de víctimas susceptibles de ser atendidas. Esta dificultad es aún mayor en el caso por ejemplo de las salas que cubren comunas muy pobladas como es el caso de Región Metropolitana Sur, la cual posee dos salas pero ninguna atiende niños.

Finalmente, dada la escasa o casi nula utilización de las salas, es legítimo cuestionarse sobre la conveniencia de mantener este modelo en Región Metropolitana. Al respecto, considerando que ya se realizaron los primeros esfuerzos, esto es, las capacitaciones así como la instalación y equipamiento de las salas, sería conveniente plantear una estrategia desde el Ministerio Público para optimizar el funcionamiento de las salas existentes, capitalizando de esta forma los esfuerzos ya realizados.

V. RECOMENDACIONES

Para optimizar el funcionamiento de las salas en Región Metropolitana, consideramos recomendable llevar a cabo una estrategia en tres etapas:

1. *Subsanar los problemas operativos*: gran parte de los problemas en materia de peritaje que se plantearon en Región Metropolitana no se debieron estrictamente a una falta de capacitación de los médicos en la toma de muestras, sino principalmente a problemas ligados a la cadena de custodia. Por lo tanto, para generar una confianza de parte de los fiscales en la pericia realizada en las salas se recomienda:

- Realizar reuniones entre personal médico, de fiscalía y policial para la coordinación de los procedimientos de trabajo, particularmente en lo que respecta la cadena de custodia, delimitando claramente las distintas funciones y responsabilidades; y,
- Realizar reuniones periódicas de coordinación entre personal médico y fiscalía para la solución de problemas prácticos.

2. *Mayor compromiso de las Fiscalías Regionales*: subsanados los problemas operativos, es necesario que las Fiscalías Regionales tomen una posición más activa respecto a este modelo:

- Establecer directrices claras para fomentar la utilización de las salas
- Incentivar la presencia de los fiscales y de URAVIT en las salas; y
- Difundir la existencia del modelo dentro y fuera de la institución.

3. *Medición cuantitativa y seguimiento de casos*: para una correcta evaluación del modelo, así como para el diseño de políticas tendientes a mejorar la utilización de las salas es fundamental contar con datos cuantitativos precisos y homogéneos. Para ello, se recomienda a cada Fiscalía Regional:

- Dictar normas estableciendo procesos de registro de las víctimas atendidas en cada sala. Los mismos deben ser lo más detallados posibles y homogéneos a nivel de toda la Región Metropolitana
- Procesar y analizar la información
- Publicar los resultados
- Releva la opinión de las víctimas que fueron atendidas en las salas respecto a la atención recibida; y
- Realizar un registro con el seguimiento de los casos atendidos en la sala: presencia del fiscal, presencia de la URAVIT, judicialización, tipo de salida judicial, entre otros.

Cabe asimismo resaltar la necesidad en la Región Metropolitana Sur de una sala donde puedan ser atendidos niños.

VI. ANEXOS

Anexo I: Lista de personas entrevistadas por institución

INSTITUCION	NOMBRE	CARGO
Fiscalía		
División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos	Solange Bertrand	Psicóloga
	Bianca Pfeng	Abogada
	Cecilia Peñaloza	Abogada
Unidad Especializada de Delitos Violentos y Sexuales	Maria Elena Santibáñez	Directora
	Christian Anker Ullrich ²²	Psicólogo
Fiscalía RM Sur	Macarena Car	Fiscal especializada en delitos sexuales (coordinadora de la sala del Hospital Barros Luco)
	Andrea Medina	Jefa de URAVIT
Fiscalía RM Oriente	Gabriela Cruces	Jefa de URAVIT
Fiscalía RM Occidente	Guillermo Tapia	Fiscal especializado en delitos sexuales (coordinador de la sala del Hospital de Talagante)
	Marta Román	Psicóloga URAVIT Fiscalía Local de Talagante ²³
Personal Médico		
Hospital San Juan de Dios	Dr. Mario Paublo	Jefe de obstetricia
	Raquel Honorato	Matrona Jefe
Hospital Calvo Mackenna	Dr. Caamaño	Jefe de urgencia
Hospital Sotero del Río	Silvia Palma ²⁴	Matrona Jefe
Hospital de Talagante	Dr. René Oyarzún	Jefe de urgencia
Carabineros		
Dirección de Asuntos de Familia	Coronel Verónica Palacios	Directora
Comisaría 48	Capitán Alejandra Jaramillo	Capitán subrogante
Servicio de posta Hospital Sotero del Río	Cabo Bermúdez	Cabo 1°

²² Entrevista telefónica.

²³ Actualmente se desempeña como psicóloga de la URAVIT de la Fiscalía Local de San Bernardo.

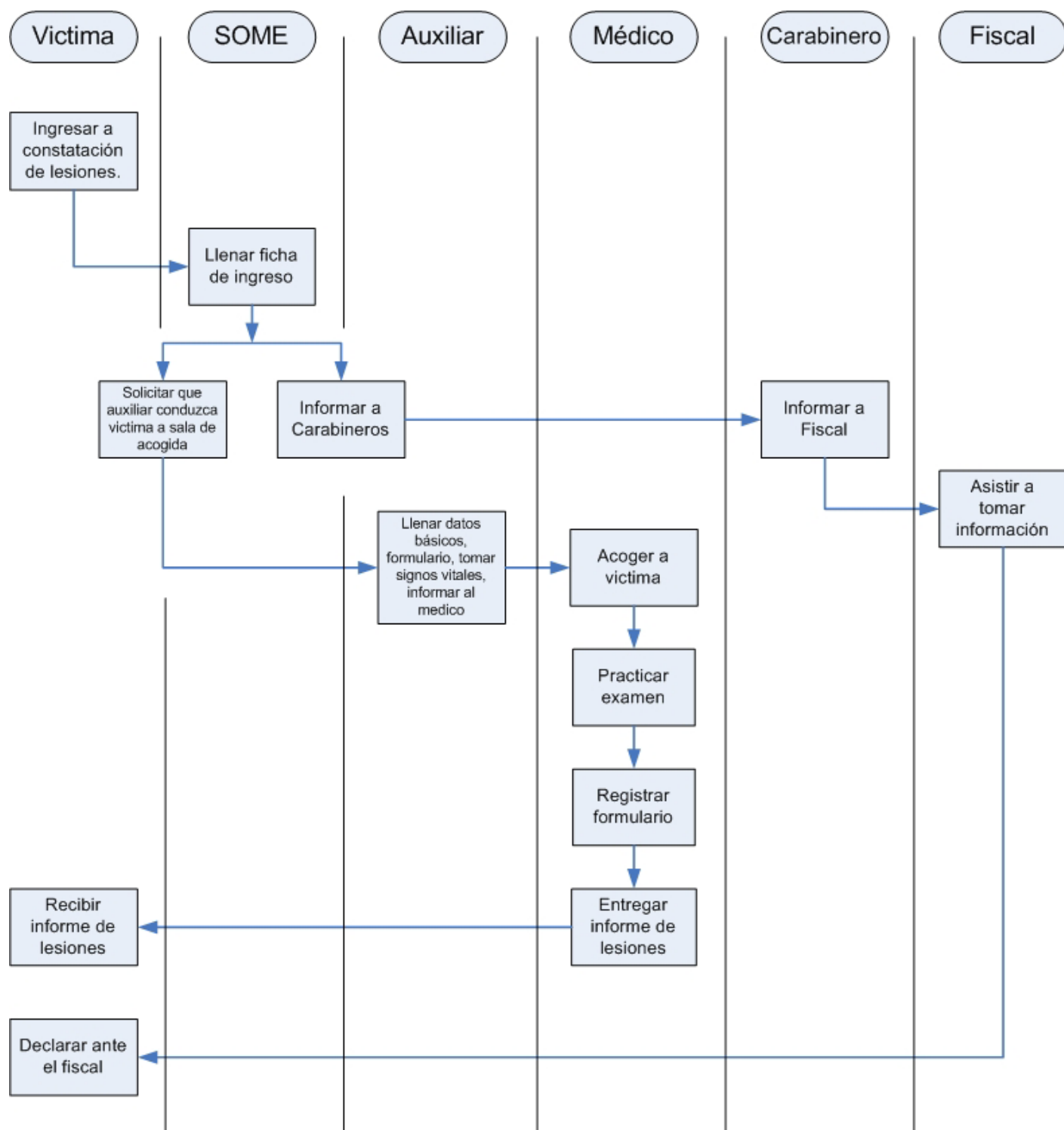
²⁴ Entrevista telefónica.

Anexo II: Presupuesto detallado

HOSPITAL DE TALAGANTE			HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
Escritorio de computador	1	60.000	Escritorio de computador	1	100.000
Computador	1	550.000	Computador	1	450.000
Licencias	1	100.000	Licencias	1	100.000
Impresora	1	110.000	Impresora	1	60.000
Silla de escritorio	1	27.000	Silla de escritorio	1	30.000
Sillas de visitas	2	40.000	Sillas de visitas	2	70.000
Silla de atención	1	20.000	Sofá 2 cuerpos	1	150.000
Closet	1	49.000	Closet	1	75.000
Lámpara de pie flexible	1	15.000	Silla giratoria	1	50.000
Refrigerador con llaves	1	170.000	Refrigerador con llaves	1	175.000
Carro curaciones de acero	1	52.000	Carro curaciones de acero	1	100.000
Cámara digital	1	190.000	Cámara digital	1	190.000
Mueble instrumental	1	30.000	Dispensador de jabón	1	7.000
Dispensador de jabón	2	14.000	Dispensador de toallas	1	7.000
Dispensador de toallas	2	14.000	Ropa de recambio		282.000
Tapiz de silla ginecológica	1	15.000	Cortina ventana	1	30.000
Ropa de recambio		397.000	Cortina vestidor	2	20.000
Readecuación	1	290.000	Jeringas, guantes, alcohol, tubos, bolsas		70.000
Readecuación		857.000	Señalética	1	100.000
Total Talagante		3.000.000	Reparaciones		150.000
HOSPITAL CALVO MACKENNA			Total Hospital San Juan de Dios 2.216.000		
Escritorio de computador	1	40.000	HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU		
Computador	1	450.000	Escritorio de computador	1	70.000
Licencias	1	100.000	Computador	1	254.036
Impresora	1	60.000	Impresora	1	53.990
Sillas de visitas	3	117.000	Silla de escritorio	1	24.900
Closet	1	65.000	Sillas de visitas	4	59.976
Silla giratoria	1	46.000	Closet	1	34.900
Mesa ginecológica (solo escabel)	1	180.000	Silla giratoria	1	29.184
Lámpara de pie flexible	1	26.000	Mueble instrumental	1	84.385
Refrigerador con llaves	1	170.000	Mesa ginecológica (solo escabel)	1	190.000
Carro curaciones de acero	1	100.000	Lámpara de pie flexible	1	27.382
Cámara digital	1	190.000	Refrigerador con llaves	1	72.000
Dispensador de jabón	1	8.000	Carro curaciones de acero	1	111.486
Dispensador de toallas	1	8.000	Ropa de recambio		100.000
Ropa de recambio	100	160.000	Espéculos chicos, medianos y grandes	3	25.694
Espéculos chicos, medianos y grandes	4	32.000	Pinzas varias	3	15.235
Pinzas varias	3	7.000	Chapa	1	1.790
Reparaciones		925.000	Cortina baño	1	8.990
Toallas higiénicas	5	4.000	Total Hospital Barros Luco		1.163.948
Sobres de papel krak	300	12.000	Total Hospital Calvo Mackenna		2.700.000

Fuente: División Nacional de Atención a Víctimas y Testigos.

**Anexo III: Modelo flujograma de atención – RM Occidente
Servicio de Salud Metropolitano Occidente**



Fuente: Orientaciones Técnicas. *Op. cit.* Flujograma elaborado por la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos de la Fiscalía Regional Occidente y el Hospital de Talagante.