



VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS EN EL SISTEMA DE SALUD

PARAGUAY 2012

Material impreso por Convenio 07-CO1-053 "Fortalecimiento de servicios de atención primaria con énfasis en salud materno infantil, sexual y reproductiva"



FICHA TECNICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Dr. Antonio Arbo
Ministro

Dr. Félix Ayala
Viceministro

Dr. Aldo Fabián Irala
Director General, Dirección General de Programas de Salud

Dr. Julio César Nissen
Director, Dirección de Niñez y Adolescencia

Dra. Mirta Mendoza Bassani
Directora, Dirección de Salud Mental

MINISTERIO PÚBLICO

Dr. Javier Díaz Verón
Fiscal General del Estado

Dr. Marcos Alcaráz
Fiscal Adjunto

Dra. Soledad Machuca
Fiscal Adjunta

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO

Dra. Mirta Mendoza Bassani, Directora Ejecutiva Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM)

Dra. Raquel Lovera, Jefa de Urgencia de Pediatría - Hospital Nacional de Itaugua

Lic. María Elena León, Coordinadora del Equipo Técnico Multidisciplinario.

Lic. Ana María Frachi Rodríguez, Coordinadora APS en Salud Mental

Dra. Raquel Escobar, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Marco Alcaráz, Fiscal Adjunto

Dra. Patricia Doria, Dirección de Delitos Económicos

Dr. Roberto Zacarías, Agente Fiscal

Dr. Pablo Lemir, Dirección de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Dra. Myrian Fernández, Departamento Químico Biológico del Laboratorio Forense

Dra. Marylene Cabañas, Departamento de Clínica Forense.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Daniel San Nicolás

IMPRESO POR:

AGR Servicios Gráficos

Observación: Este material ha sido elaborado teniendo presente los Informes Finales de las consultorías realizadas por Angélica Roa y Marta Oviedo. Así como los resultados de la Consultoría llevada a cabo por Elba Nuñez para la elaboración preliminar de este Manual, el cual se ha realizado en el marco del Proyecto de Consolidación y Fortalecimiento del Sistema de Atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar VIF Fase II, co-ejecutado por la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República (SMPR) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A
VÍCTIMAS EN EL SISTEMA DE SALUD

Equipo Técnico Multidisciplinario – ETM (según Resolución S.G. N°1.015/2011)

Integrantes de servicios de salud, programas y direcciones, ONG y organismo de cooperación.

- *Dra. Teresa Montiel, Centro de Emergencias Médicas.*
- *Lic. Miguel Ángel Pacciello, Centro de Emergencias Médicas.*
- *Dra. Raquel Lovera, Hospital Nacional de Itaugua.*
- *Dra. Lidia Ortiz, Hospital Nacional de Itaugua.*
- *Dra. Lourdes Zelaya, Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”.*
- *Lic. Odorina Benitez, Hospital General de Barrio Obrero.*
- *Lic. Yolanda Alderete de Salazar, Hospital Materno Infantil San Pablo.*
- *Dra. Norma Samaniego, Centro Teko Pyahu-Hospital Loma Pytä.*
- *Dra. Mirta Mendoza, Dirección de Salud Mental.*
- *Lic. Ana Frachi, Dirección de Salud Mental.*
- *Lic. Ninfa Beatriz Martínez, Dirección de Atención Primaria de Salud.*
- *Econ. Nilda Dalva Recalde, Programa Nacional de Accidentes y Lesiones de Causas Externas.*
- *Dra. Gladys Mora, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.*
- *Abog. Juan M. Estigarribia L., Sub Secretaría de Salud.*
- *Lic. Pilar Roig, Dirección de Salud Indígena.*
- *Lic. Ma. Elena León, Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia.*
- *Lic. Marta Llamosas, Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia.*
- *Prof. Gloria Aquino, Dirección General de Promoción de la Salud.*
- *Lic. Yenía Rivarola, Sub Secretaria de Salud.*
- *Lic. Nelly Meza, ONG BECA- Base Educativa y Comunitaria de Apoyo*
- *Dra. Margarita Ferreira, OPS-OMS.*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
PRIMERA PARTE	
ANTECEDENTES	17
CONCEPTOS GENERALES	20
Género	
Violencia	
Violencia basada en genero (VBG)	
Violencia contra las mujeres	
Violencia doméstica	
Violencia familiar o intrafamiliar	
Maltrato infantil	
Violencia contra personas de la tercera edad	
Violencia contra personas con discapacidad	
TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA	25
Violencia emocional o psicológica	
Abandono y negligencia	
Síndrome de Munchausen	
Ser testigo de violencia	
Violencia física	
Abuso sexual	
Abuso sexual en niñas, niños y adolescentes	
Incesto	
Violación	
Contacto físico	
Exposición al menor de edad	
Abuso sexual no comercial	
Abuso sexual comercial	
FORMAS EN QUE SE EJERCE LA VIOLENCIA	29
Violencia física	
Violencia psicológica	
Violencia verbal	
Violencia sexual	
Violencia económica	
Violencia institucional	
CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LAS PERSONAS	
VÍCTIMAS	30
Causas de la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes.	
Consecuencias de la violencia en la calidad de vida y salud de las personas víctimas, en su mayoría mujeres, niños, niñas y adolescentes.	

SEGUNDA PARTE: MARCO LEGAL

- Marco legal de la violencia contra la mujer, intrafamiliar y la violencia generacional
- Marco legal de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes
- Otras consideraciones

TERCERA PARTE: ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

- Consideraciones sobre los procesos de atención integral 52
- Revictimización 53
- Tabla Procesos de revictimización y herramientas para evitarla..... 55

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PARA TRABAJADORES/AS DE SALUD 57

- Formato del flujograma
- Instructivo del flujograma

CONSENTIMIENTO INFORMADO 63

FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y BASADA EN EL GÉNERO (VBG) Y FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL 65

- Para llenar los Formularios de Registro y Atención

ATENCIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL Y FÍSICA 77

- Equipos e instrumentales básicos para la realización del examen a víctimas de abuso sexual
- Examen físico y recolección de muestras
- Examen médico general
- Examen del abdomen
- Examen genital del sexo femenino
- Examen genital del sexo masculino
- Examen de ano en ambos sexos

TOMA DE MUESTRA 85

- Procedimientos de examen y recolección de evidencia
- Recolección de la evidencia
- Integridad de la evidencia
- Consideraciones del paso del tiempo para proceder a recolectar evidencia

CADENA DE CUSTODIA..... 89

- Cadena de custodia de las muestras

TRATAMIENTOS PROFILÁCTICOS EN PERSONAS ADULTAS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	93
Profilaxis para VIH	
Valoración del Riesgo	
Seguimiento Laboratorial	
Profilaxis para Hepatitis B	
Anticoncepción de Emergencia	
Tratamiento – Profilaxis VIH/ITS- Post Exposición (personas adultas)	
Tratamiento – Profilaxis VIH/ITS- Post Exposición (niños, niñas y adoles- centes)	
Dosaje y vías de administración de drogas antirretrovirales	
Tratamiento Profilaxis Hepatitis B	
Tratamiento Anticoncepción de Emergencia	
Vacuna Antitetánica	
Seguimiento Laboratorial al Tratamiento y Profilaxis de las víctimas de abuso sexual	
CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL DESDE EL SECTOR SALUD ANTE LA VIOLENCIA.	105
Consideraciones que el personal de salud debe tener en cuenta al momento de prestar atención a una persona víctima de violencia o abuso sexual	
Entrevistas a niños/as y adolescentes	
Entrevista inicial con el niño/a o adolescente víctima de abuso sexual	
Aspectos a tener presente en la entrevista	
Entrevista con el adulto referente del niño/a o adolescente	
PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DES- DE EL SECTOR SALUD. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	110
PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DES- DE EL SECTOR SALUD. ATENCIÓN ÁREA SOCIAL.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	117
ANEXOS	
ANEXO N° 1 - Guía de recursos y procedimientos. Orientación para actua- ción específica en atención primaria y especializada.	119
ANEXO N° 2 - Servicios públicos y privados disponibles	123
ANEXO N° 3 - Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 10	128
ANEXO N° 4 - Artículos del Código Procesal Penal referidos al Ministerio Público.....	133

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN



PRESENTACIÓN

El presente ***Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género en el Sistema de Salud*** es el resultado de un largo proceso de trabajo conjunto entre instituciones gubernamentales y de la sociedad civil.

Ha implicado un esfuerzo de articulación, dialogo y aprendizaje mutuo, principalmente entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Ministerio Público, con el fin presentar de manera conjunta un instrumento que permita otorgar respuesta adecuada y oportuna, basada en los derechos humanos de las personas víctimas de violencia.

En ese sentido, el Manual obedece a uno de los objetivos previstos del Programa Nacional para la prevención y la atención integral de mujeres, niños, niñas y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar 2010 – 2015 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En el caso del Ministerio Público, como parte activa dentro de la Administración de Justicia para optimizar su gestión en la obtención de evidencias objetivas que contribuyan a la excelencia en la persecución penal y al esclarecimiento de los hechos punibles que afectan los bienes jurídicos tutelados por la Constitución Nacional.

En el marco de este Programa y en el cometido de la Administración de Justicia ambas instituciones han concebido como un mecanismo eficiente para la lucha contra la violencia, el contar con un Manual que establezca procedimientos uniformes y adecuados que permitan brindar, por un lado, una asistencia integral a la víctima, y por otro, favorecer la obtención de evidencias que tiendan el esclarecimiento del hecho y el eventual castigo a los responsables.

A su vez, el contar con un procedimiento que regule el correcto actuar de los/as funcionarios/as intervinientes, evitará someter a la víctima a nuevas inspecciones que producen una doble victimización. La colaboración eficiente y oportuna del profesional interviniente y del personal administrativo de cada institución en la aplicación de la guía, se traducirá en el logro de los objetivos de la gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias del país, y sobre todo en la consideración del mejor de los esfuerzos institucionales y personales para las víctimas.

INTRODUCCIÓN

El Manual fue elaborado para la atención integral a personas víctimas de violencia intrafamiliar y de género, buscando que el mismo sea útil tanto al Sistema Nacional de Salud como al Ministerio Público en los casos de hechos punibles vinculados a esta problemática, así como aquellas en las que si bien no son tipificadas como de acción penal pública, requiere de un acercamiento humanizado y profesional para atender con calidad y calidez a quienes se acercan a los diversos servicios de salud.

Es por ello, que se reconoce y asume la necesidad de dar respuesta integral y efectiva ante el lamentable crecimiento de hechos de violencia, en donde la mayoría de los casos son contra mujeres, niños, niñas y adolescentes. Cabe señalar que más de la mitad de los hogares paraguayos es escenario de algún acto de violencia, en los casos de niños, niñas y adolescentes 6 de cada 10 sufren maltrato físico y psicológico. Por otro lado, cuatro de cada diez mujeres sufre violencia verbal y cinco de cada cien sufre abuso sexual¹.

Cuando se considera la cantidad de mujeres, niños, niñas, adolescentes, atendidos en los servicios públicos víctimas de violencia, se asume que es aún mayor el número que no acude quedando en el silencio y expuesto a mayor vulnerabilidad. A su vez, las relaciones asimétricas de género, de edad, de poder, así como de las respuestas inadecuadas de los/as funcionarios/as dificulta o limita el acercamiento de las víctimas hacia las instituciones que deben brindarle -de hecho y por derecho- la mejor atención que les corresponde, y generalmente se constituye en un factor que atenta contra la denuncia.

Ante lo manifestado, la elaboración de un procedimiento estándar para la atención integral busca responder a los mandatos del Estado, al interés general de la sociedad y de la víctima, el cual es, la atención con calidad y calidez, el esclarecimiento del hecho y el castigo a los responsables.

1 Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva. Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP (ENDSSR 2008).

Esto implica la inspección correcta, por parte del personal de salud interviniente, de las víctimas que llegan para ser asistidas, como así también, la responsabilidad compartida en la toma de muestras, resguardo y traslado de cualquier evidencia física que sirva a la autoridad competente para la comprobación del hecho.

Este Manual, incluye un flujograma de atención integral con su instructivo respectivo, los formularios de atención a las víctimas de violencia, cuyo contenido brindará a los trabajadores de salud una guía de los pasos que deben seguirse ante estos hechos. Además, esta guía de intervención expone aspectos conceptuales, instrumentos legales, indicaciones referidas a la atención integral en los servicios de salud. También, cuenta con un anexo que hace referencia a datos de las instituciones públicas y privadas encargadas de la atención en los casos de violencia doméstica e intrafamiliar, las obligaciones de instituciones del Estado, entre otros.

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES

CONCEPTOS GENERALES

TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA

FORMAS EN QUE SE EJERCE LA VIOLENCIA

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA
EN LAS PERSONAS VÍCTIMAS



PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES

En 1993, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) ratificó, “que la violencia en todas sus manifestaciones es una prioridad de Salud Pública, que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y erosiona el tejido social”. Hecho reconocido desde entonces por los Ministros de Salud de la Región de las Américas.

La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que, 1 de cada 4 a 9 personas en los países en desarrollo sufre cada año lesiones por actos violentos, y que el 2% del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia.²

En Paraguay, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (2008) realizada por el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) revela que la violencia contra las mujeres es una de las formas más graves de discriminación en Paraguay. Este estudio da cuenta que el 36% de las mujeres casadas o unidas, actualmente o alguna vez reportó violencia verbal, lo que muestra un ligero aumento del índice de violencia comparando con la encuesta de 2004, donde fue de 33,4%.

Datos del MSPBS revelan que las mujeres, los niños y niñas son los más afectados por la violencia física, psicológica y sexual, por lo que se requiere mejorar los sistemas de registro de casos de violencia en el sistema de salud.

En octubre del año 2008 se establece un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el MSPBS, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República (SMPR), la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República (SNNA) y el Ministerio del Interior (MI).

Este convenio tiene como objetivo formular mecanismos para asegurar, defender, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, niños/as y adolescentes, coordinando acciones y adaptan-

2 Rabelo PG, Díaz PW, Linares FT, Díaz PH. Lesiones intencionales: la violencia. Rev Cubana de Salud y Trabajo. 2006;7(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst11106.html Consultado, 18 de Abril de 2008.

do los procedimientos procesales para que éstos sean reales y efectivos en el marco de las normas internacionales y nacionales, acorde a las competencias, metodologías y procedimientos respectivos de cada institución.

En el marco de este convenio, el MSPBS se comprometió a realizar un fortalecimiento de la atención de casos de violencia y de los protocolos existentes en los siguientes servicios de salud: Hospital Materno Infantil San Pablo, Hospital General Barrio Obrero, Hospital de Clínicas, Policlínica Rigoberto Caballero, Hospital Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” de San Lorenzo y Hospital Nacional de Itauguá³.

Otro compromiso asumido fue el de designar a los/las funcionarios/as de diversos niveles que prestan servicios en los hospitales beneficiarios para participar de talleres de capacitación que incluye la difusión, uso y aplicación de los protocolos y flujogramas.

En el marco de esta iniciativa por Resolución S.G. N° 57/2010 (MSPBS) se crea el Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM), para dar respuesta al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional. Siendo una de sus acciones la elaboración del Programa Nacional de Violencia referido anteriormente, del flujograma, así como la construcción del Manual, y de los formularios de registro y atención integral para los casos de violencia.

Es importante señalar que estos formularios han sido elaborados en un proceso participativo, en el cual personas, representantes de distintos sectores del Estado, organizaciones de la sociedad civil, científicas, académicas y servicios asistenciales, han puesto todo su empeño para lograr una herramienta útil y completa. Además fue necesario realizar numerosas reuniones de trabajo técnico para el análisis de las variables a ser incluidas en los mismos de tal manera que tengan coherencia con el Expediente Clínico Nacional del MSPBS.

3 Es preciso aclarar que si bien el Convenio ha sido redactado mencionando a estos hospitales, los hospitales involucrados son: Hospital San Pablo, Hospital Barrio Obrero, Centro de Emergencias Médicas, Hospital Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” de San Lorenzo y Hospital Nacional de Itaguá.

Además de dotar a los hospitales de referencia de espacio e infraestructura y recursos humanos (médicos, psicólogos, asistentes sociales) para la atención de casos de violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes

Los formularios de atención a víctimas de violencia de género (mujeres, personas adultas) y de niños, niñas o adolescentes, permitirán relevar información adicional, unificar y garantizar los registros de atención proporcionados en las instituciones de salud de distintos niveles de complejidad. También pretenden dar respuesta a la necesidad de conocer la prestación de servicios asistenciales en materia de violencia, de tal forma que sirva al Sistema Nacional de Salud del país, para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

CONCEPTOS GENERALES

En este apartado se plantea una serie de conceptos referidos a Género y Violencia, en el convencimiento de que cualquier procedimiento e intervención requiere imprescindiblemente de un encuadre conceptual que permita comprender el hacer y en consecuencia mejorar el abordaje en la atención integral, es decir, no es suficiente **saber hacer** sino también es importante **entender lo que hacemos**, por qué debemos hacerlo de cierta manera y no de otra, buscando siempre reconocer a la persona que es víctima de violencia como sujeto de derechos, y como parte trascendental de su proceso.

Es importante tener presente que la situación de las personas víctimas de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar, ubica el hecho en una condición muy especial porque los agresores son generalmente personas con las que mantienen un vínculo afectivo y debían ser responsables de su protección.

Género

El género es una categoría que resalta la construcción cultural de la diferencia sexual entre hombres y mujeres.

Las diferentes conductas, actividades y funciones destinadas a las mujeres y a los hombres son culturalmente construidas más que biológicamente determinadas. Al nacer nos declaran el sexo al que pertenecemos; y nos establecen un libreto para el desempeño de nuestras vidas, libretos diferentes según seamos de sexo femenino o masculino. Con ellos, las relaciones entre hombres y mujeres se establecen de manera asimétrica.

Las relaciones de género revelan jerarquías históricamente desiguales de poder entre mujeres y hombres, en las que subyace un mecanismo de dominación o de sometimiento de las mujeres por los hombres.

Existen aspectos dentro de estas relaciones que deben ser considerados, tales como; el control masculino del trabajo de las mujeres; el acceso restringido de las mujeres a los recursos económicos, so-

ciales y al poder político; la violencia masculina y el control de la sexualidad de las mujeres⁴.

Violencia

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Violencia basada en género (VBG)

La violencia basada en género puede entenderse como aquella que se ejerce en contra de las mujeres o de los varones, cuyas causas y manifestaciones tienen que ver con la particular configuración que adquiere el ser mujer u hombre en una sociedad determinada, a partir de la construcción que cada cultura y sociedad hace entre la diferencia entre los sexos⁵.

El Plan Nacional de Salud Reproductiva⁶ señala

...la Violencia Basada en Género (VBG) es una manifestación de discriminaciones, desigualdades y asimetrías de poder, generalmente de los varones sobre las mujeres, por lo que se ejerce una violencia sobre éstas por el solo hecho de ser mujeres”.

El artículo 1 de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, conocido como la Convención Belém Do Pará afirma que la violencia contra la mujer es:

*“...cualquier acción o conducta, **basada en su género**, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.*

4 Clara Murguialday: Intereses y necesidades de género. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/>

5 Soto Clyde, González Myrian, Elías Margarita: Encuesta Nacional sobre Violencia Doméstica e Intrafamiliar. Centro de Documentación y Estudios. Asunción, 2003. Pág. 10.

6 MSP y BS. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009-2013.

Para la Organización Panamericana de la Salud, la VBG es un problema de salud pública, según la Resolución de la OPS del año 1993 *“...las conductas violentas constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas y que generan pérdidas económicas y daño físico, psíquico y social, muerte prematura evitable y deterioro de la calidad de la vida, entre otros.”*

Esta resolución puntualiza que *“...la violencia contra la mujer constituye un problema...de graves repercusiones sociales por la asociación existente entre discriminación y maltrato.”*⁷

La Recomendación General de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) señala la relación entre violencia y discriminación, al determinar la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer, o que le afecta en forma desproporcionada, como otra forma de discriminación. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de libertad, pero también puede ser causa de muerte.⁸

Cabe agregar que otros factores como **raza, etnia, lengua, orientación sexual e identidad de género** pueden agravar aún más las condiciones de vulnerabilidad y discriminación.

Los efectos de la violencia basada en el género comprometen el bienestar de las familias, las comunidades y las sociedades. La violencia, es una violación de derechos humanos, un problema de salud pública prevalente y devastante en el mundo de hoy. Afecta el bienestar físico y mental de niñas, niños, adolescentes y mujeres.

Violencia contra las mujeres

La **violencia contra la mujer** es todo tipo de violencia ejercida contra la mujer por su condición de mujer. Esta violencia es consecuencia de la histórica posición de la mujer en la familia patriarcal, subordinada al varón, carente de plenos derechos como persona.⁹

7 Resolución CD37.R19, CD. OPS. 1993

8 Comité CEDAW 11º Período de sesiones, Recomendación General N°19 sobre Violencia contra la Mujer. 1992.

9 Violencia de género: Un problema de derechos humanos <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/4345/P4345.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xsl>

Violencia doméstica

La violencia doméstica es una forma de la violencia de género, específicamente la que se desarrolla en el espacio doméstico, delimitado por las interacciones en contextos privados. Incluye el noviazgo, una relación de pareja, con o sin convivencia o vínculos de ex parejas.

Violencia familiar o intrafamiliar

Cuando se habla de **Violencia familiar o intrafamiliar** se incluye toda violencia ejercida por uno o varios miembros de la familia contra otro u otros miembros de la familia¹⁰.

El abuso de poder se relaciona en el contexto de las relaciones humanas familiares, en especial hacia sectores en situación de vulnerabilidad: mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores.

Maltrato infantil

El maltrato infantil se define como toda acción u omisión, no accidental y continuada en el tiempo, por parte de padres o cuidadores que comprometen la satisfacción de las necesidades básicas, físicas, sociales o emocionales del niño, niña y adolescente.

Además "(...) implica, de un lado, una transgresión del poder/deber de protección del adulto, y del otro, una cosificación de la infancia, esto es, una negación del derecho que niñas, niños y adolescentes tienen de ser tratados como sujetos y personas en su condición particular de desarrollo".

10 Corsi, Jorge. Maltrato y abuso en ámbito doméstico se refiere a la violencia doméstica como una forma de violencia basada en género. La violencia familiar está basada en la generación.

Violencia contra personas de la tercera edad

“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas adultas mayores de 60 años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física y psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”¹¹.

Violencia contra personas con discapacidad

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”¹².

11 Centro Nacional Americano del maltrato al anciano; 1995

12 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA

En este apartado se consignan los diversos tipos de violencia de la que son víctimas niñas, niños, adolescentes, y mujeres personas adultas, por lo que se aclara que los términos de violencia y maltrato son expuestos como similares, manteniendo la habitual denominación a la que se estila referir (violencia cuando se trata de personas adultas y maltrato cuando se refiere a niñas, niños y adolescentes).

Violencia emocional o psicológica

Cualquier actitud que provoque sentimientos de descalificación o humillación. Se caracteriza generalmente por el uso de la palabra, pero también puede contemplar actitudes no verbales que expongan a situaciones humillantes o que coarten sus iniciativas, como encierros, aislamientos y exceso de responsabilidades, entre otras.

Abandono y negligencia

Falta de protección ante eventuales riesgos y falta de atención de las necesidades básicas, por parte de quienes ejercen el rol protector y están en condiciones de atenderlas. En el caso de niños, niñas y/o adolescentes, la negligencia puede ir desde no acompañar los procesos de desarrollo del niño hasta la privación de alimentos, abrigo, desatención de salud, que afecte su integridad física y desarrollo.

Síndrome de Munchausen

Forma de maltrato poco frecuente inducido por un familiar, generalmente la madre. Este presenta al niño o la niña al equipo de salud aduciendo que padece determinados síntomas que obligan a realizar múltiples exámenes, incluso invasivos, después de los cuales no se comprueba patología alguna. La persona que lo induce, realiza múltiples consultas en los centros de salud o provoca internaciones prolongadas. Si no se establecen rápidamente la detección y tratamiento, el niño corre serios riesgos vitales y emocionales.

Ser testigo de violencia

Otra forma de sometimiento y maltrato es la de ser testigos de violencia. Se considera que las consecuencias son similares a las que experimentan los niños/as y personas adultas que viven la situación de violencia en forma directa.

Es importante señalar que esta categorización puede ser útil para conocer los indicadores y los diferentes efectos que causan sobre las personas víctimas de violencia en todas sus formas. Sin embargo, se corre el riesgo de simplificar la realidad, ya que en la mayoría de las situaciones coexisten más de una forma de maltrato

Violencia física

Cualquier acción intencional producida por parte de una persona, que cause daños físicos, tales como pellizcos, quemaduras, golpes, otros.

Abuso sexual

Ejercicio abusivo de poder para satisfacción sexual de quien lo ejerce. Para un adecuado abordaje de la temática, es importante distinguir que mientras la “violación” es siempre un “abuso sexual”, un “abuso sexual” no siempre es una “violación”.

La mayoría de los casos el abuso sexual no deja signos físicos e incluye a distintos tipos de acercamientos sexuales inadecuados, siendo el manoseo, el exhibicionismo y el sexo bucofaringeo las formas de abuso más frecuentes. Es un acto de poder sobre otro/a y puede ser llevado a cabo por cualquier persona.

Al ser el abuso sexual una situación sumamente compleja donde se conjugan diversos factores bio-psico-sociales y legales es de fundamental importancia que el abordaje sea siempre multidisciplinario.

Los abusos sexuales pueden ser:

Por coerción: donde se utiliza la fuerza física, presión o engaño.

Diferencia de edad: la diferencia de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una relación sexual común (estupro).

Abuso sexual en niñas, niños y adolescentes:

El abuso puede consistir en la exhibición de los genitales del niño o del adulto, el manoseo y llegar hasta la violación. Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga, existen por lo general mecanismos de extorsión y coerción por parte del adulto. En esta dinámica el niño es ubicado en una situación de extrema vulnerabilidad, pues, para que el abuso se mantenga y el abusador continúe impune, el niño o la niña son amenazados con las consecuencias de un eventual relato de la situación y culpabilizados por la relación de abuso.

Incesto

Relaciones sexuales entre parientes, vinculados por lazos de consanguinidad y/o proximidad emocional como: tutores, padrastros y padres adoptivos.

Violación

Es la imposición del coito o penetración (anal, vaginal, bucofaríngeo) sin consentimientos, realizados por medios violentos, utilizando la fuerza física o moral.

Contacto físico

Consiste en toqueteos, manoseos y besos

Exposición al menor de edad

A películas y revistas pornográficas. Exhibicionismo. El abuso sexual puede ser de tipo no comercial o comercial.

Abuso sexual no comercial

Cualquier relación o contacto entre un niño, niña o adolescente y un adulto provocada por el adulto a efectos de satisfacer sus deseos sexuales.

Abuso sexual comercial

Modalidad de abuso sexual también conocida como “explotación sexual”. Se trata de la utilización de niños, niñas o adolescentes en actividades sexuales, eróticas o pornográficas para la satisfacción de los intereses o deseos de una persona o grupo de personas a cambio de un pago o promesa de pago económico, en especie o de cualquier tipo, para el niño o para una tercera persona. Existen diferentes tipos de explotación sexual, como el turismo sexual, la pornografía y la trata de niños.

Formas en que se ejerce la violencia

Violencia física

Empujones, bofetadas, puñetazos, puntapiés, amenaza con arma (de fuego, blanca o cualquier tipo de objeto).

Violencia psicológica

Palabras hirientes, desvalorizaciones y/o descalificaciones constantes, amenazas, humillaciones, gritos, insultos. No permitir el contacto con familiares y/o amistades, así como iniciar o proseguir estudios académicos, laborales, otros.

Violencia verbal

Gritos, desprecios, insultos, mentiras, comentarios sarcásticos, degradantes y burlas en público o en privado, observaciones humillantes sobre la falta de atracción física, la inferioridad o la incompetencia, acusaciones, burlas y gestos humillantes.

Violencia sexual

Es toda aquella conducta reiterada por acción u omisión de connotaciones sexuales, cuyas formas de expresión dañan la intimidad de la persona, vulneran su libertad y afectan su desarrollo psicosexual.

Violencia económica

Controla el acceso al dinero, impide que trabaje, obliga la entrega de ingresos.

Violencia institucional

Todo tipo de violencia perpetrada por agentes del Estado.

Causas y consecuencias de la violencia en las personas víctimas

Causas de la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes

Debe entenderse a la violencia como el síntoma de situaciones sociales complejas e inequitativas.

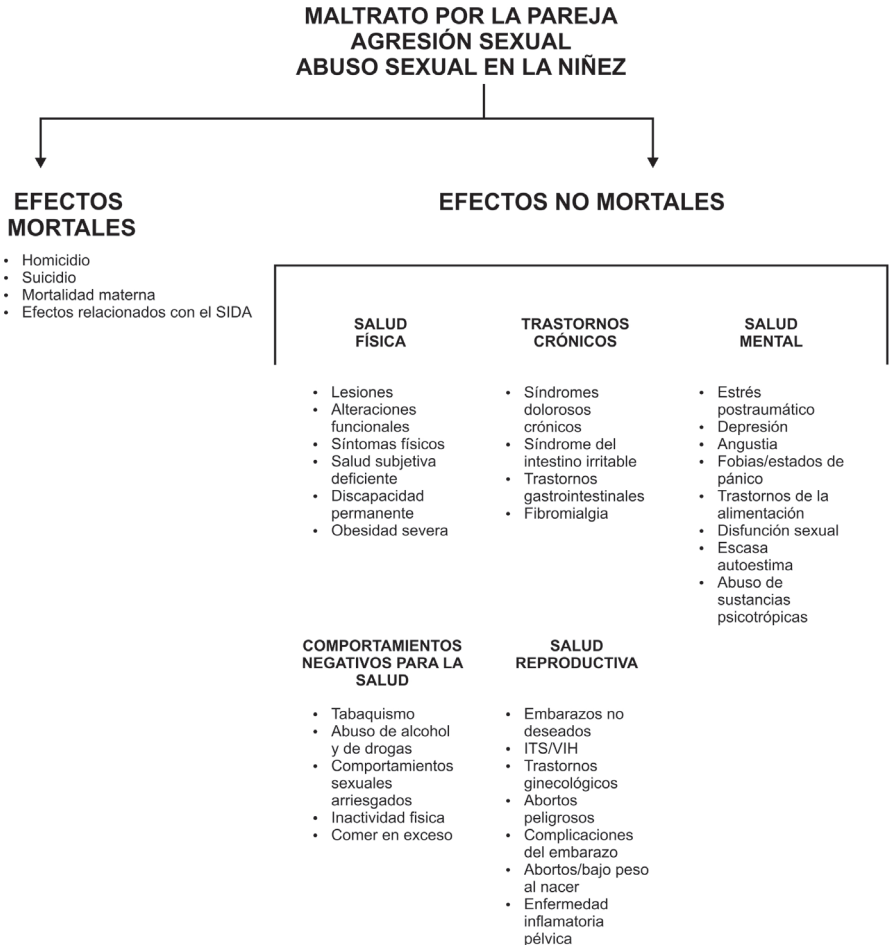
Las causas de la violencia son múltiples, responden a estructuras sociales y culturales que establecen normas patriarcales y naturalizan la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes; a factores de la comunidad tales como la pobreza, el aislamiento y la poca capacidad de negociación de las mujeres, a aspectos al interior de las familias, al predominio del poder masculino, a las relaciones que se establecen en la pareja, y a aspectos propios del agresor (consumo de alcohol, haber sido víctima de niño, entre otros).¹³

Consecuencias de la violencia en la calidad de vida y salud de las personas víctimas, en su mayoría mujeres, niños, niñas y adolescentes.

La violencia puede tener efectos mortales sobre sus víctimas; en aquellas que sobreviven provoca lesiones físicas, trastornos crónicos, depresión y otras afecciones a la salud mental, comportamientos negativos para la salud, amenazas a su salud sexual y reproductiva (figura 1.2)

¹³ La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2003. Se han realizado algunas adaptaciones.

Figura 1.2 Efectos de la violencia¹⁴. Heise, Ellsberg, y Gottemoeller 1999



14 Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller 1999. *Ending Violence against Women. Population Reports. Series L. No. 11.* Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.*

En el siguiente recuadro se sintetiza como la violencia atenta contra la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres.

Recuadro 1-1. Salud Reproductiva: Riesgos y consecuencias de la violencia contra las mujeres¹⁵

Es más probable que los hombres autores de maltrato físico tengan múltiples parejas sexuales y que las fuercen a mantener relaciones, con lo cual las exponen a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH.

Las mujeres víctimas de maltrato son menos capaces de negarse a mantener relaciones sexuales forzadas, usar anticonceptivos o negociar el empleo del condón, con lo cual aumenta su riesgo de embarazos no deseados y de contraer ITS/VIH.

La violencia física y sexual aumenta el riesgo de que las mujeres sufran muchos problemas de salud reproductiva, como dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de embarazos malogrados por abortos e hijos con bajo peso al nacer.

El temor, el aislamiento geográfico y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud reproductiva —atención prenatal, servicios ginecológicos y anticonceptivos, detección y atención de ITS/VIH— y atención adecuada para sus hijos.

El hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso de sustancias psicotrópicas, el comercio sexual, y no emplear condones u otros métodos anticonceptivos.

Basado en información tomada de Population Reports (Heise, Ellsberg, y Gottemoeller 1999)

¹⁵ Recuadro extraído de: La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2003

SEGUNDA PARTE

MARCO LEGAL

Marco legal de la violencia contra la mujer,
intrafamiliar y la violencia generacional

Marco legal de la violencia hacia niñas,
niños y adolescentes

Otras consideraciones



SEGUNDA PARTE

MARCO LEGAL

A diferencia de otras necesidades de los usuarios/as que acuden a recibir atención en un servicio de salud, la vulneración de derechos de las personas que son víctimas de violencia intrafamiliar, doméstica e intrafamiliar está directamente relacionada con marcos legales que protegen a las mismas, por ello, es fundamental conocer algunas leyes que tienen por objeto proteger y defender los derechos de las personas que atraviesan por este atropello a su dignidad, realizar las intervenciones que la ley establece y obliga en nuestro rol de funcionarios/as públicos/as, así como ciudadanos/as.

Marco legal de la violencia contra la mujer, intrafamiliar y la violencia generacional

El marco jurídico nacional y los instrumentos internacionales ratificados por Paraguay contemplan la igualdad de las personas y la igualdad de los derechos del hombre y la mujer, así como la obligación del Estado a garantizar la prevención, sanción y erradicación de la violencia.¹⁶

Concretamente el artículo 60 de la Constitución Nacional establece que *“El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad.”*

16 Ver artículos 46,47 y 48 de la Constitución Nacional.

A continuación se citan los instrumentos internacionales ratificados por Paraguay en materia de violencia contra la mujer:

INSTRUMENTO	LEY
Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación (CEDAW)	Ley 1215/86
Convención de los Derechos del Niño	Ley 57/90
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Ley 5/92
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Ley 4/92
Protocolo Facultativo del Pacto de Derechos Civiles y Políticos	Ley 400/94 Ley 596/01
Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer	Ley 605/95
Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de discriminación	Ley 1683/01
Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional	Ley 1.663/01
Convención de las Naciones contra la Delincuencia Organizada Transnacional	Ley 2298/03
Protocolo Facultativo de la Convención de los Derechos del Niño relativo a la venta, prostitución infantil y la utilización de niños en pornografía	Ley 1134/03
Protocolo para prevenir y sancionar la trata de personas especialmente mujeres y niños	Ley 2396/04

La **Ley 1600/2000** de la violencia doméstica establece las normas de protección para toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de algunos/as de los/as integrantes del grupo familiar, que comprende el originado por el parentesco, el matrimonio o unión de hecho, aunque hubiese cesado la convivencia; asimismo, en el supuesto de pareja no convivientes y los hijos, sean o no comunes.

En dicha ley las **instituciones de Salud Pública** deben:

- Atender con urgencia a la persona lesionada y otorgar el tratamiento por profesionales idóneos, disponer todos los exámenes pertinentes, y la derivación del paciente a instituciones especializadas, si fuese necesaria; y,
- Entregar copia del diagnóstico al paciente y al Juzgado de Paz que corresponda, dentro de las veinticuatro horas.

En lo que refiere al **Código Penal**, se citan los tipos de violencia contemplados en el mismo:

TIPO DE VIOLENCIA	MARCO LEGAL
VIOLENCIA FAMILIAR	<p>“Art. 229-Violencia Familiar. El que, aprovechándose del ámbito familiar, ejerciera violencia física o síquica en forma reiterada a otro con quien conviva, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o multa, siempre que del hecho no surjan lesiones, en los términos del artículo 111; en cuyo caso no se requerirá de la reiteración.”</p> <p><i>(Ley N° 4628/2012. Que modifica el Artículo 229 de la Ley N° 1160/97 “Código Penal”, modificado por la Ley N° 3440/08. Art.1º.-Modifícase el Artículo 229 de la Ley N° 1160/97 “Código Penal”, modificado por la Ley N° 3.440/08).</i></p>

<p>LESIÓN, LESIÓN GRAVE O MALTRATO</p>	<p>Será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años el que, intencional o conscientemente, con la lesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- pusiera a la víctima en peligro de muerte, 2- la mutilara considerablemente o la desfigurara por largo tiempo, 3- la redujera considerablemente y por largo tiempo en el uso de su cuerpo o de sus sentidos, en su capacidad de cohabitación o de reproducción, en sus fuerzas psíquicas o intelectuales o en su capacidad de trabajo, o, 4- causara enfermedad grave o afligente. <p>2. El que dolosamente maltratara físicamente o lesionara a otro y con ello causara uno de los resultados señalados en el inciso 1, habiendo tenido como posibles, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Será castigada también la tentativa. (Artículo 112 Código Penal –CP)</p>
<p>MALTRATO A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BAJO TUTELA</p>	<p>El encargado de la educación, tutela o guarda de una persona menor de dieciocho años de edad, que sometiera a ésta a sufrimientos psíquicos, maltratos graves y repetidos o lesiones en su salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o multa, salvo que el hecho sea punible como lesión grave según el artículo 112. (Artículo 134 CP)</p>
<p>COACCIÓN</p>	<p>El que mediante fuerza o amenaza constriña gravemente a otro a hacer, no hacer o tolerar lo que no quiera, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa. (Artículo 120 CP)</p>

<p>COACCIÓN GRAVE</p>	<p>Se aplicará una pena no menor de ciento ochenta días-multa o una pena privativa de libertad de hasta tres años cuando la coacción se realizara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mediante amenaza con peligro para la vida o la integridad física; o 2. abusando considerablemente de una función pública. (Artículo 121 CP)
<p>COACCIÓN SEXUAL Y VIOLACIÓN</p>	<p>1º.- El que, mediante fuerza o amenaza con peligro presente para la vida o la integridad física, coaccionara a otro a padecer en su persona actos sexuales, o a realizar tales actos en sí mismo o con terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años.</p> <p>2º.- Cuando la víctima haya sido violada, coaccionándose al coito con el autor o con terceros, la pena privativa de libertad será de tres a doce años.</p> <p>3º.- Cuando la víctima del coito haya sido una persona menor de dieciocho años de edad, la pena privativa de libertad será de tres a quince años.</p> <p>4º.- La pena podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67 cuando de la relación de la víctima con el autor, surgieren considerables circunstancias que lo ameriten. (Artículo 128 CP)</p>
<p>ABUSO SEXUAL DE PERSONAS INDEFENSAS</p>	<p>1º El que realizara actos sexuales en otra persona que se encontrase en estado de inconsciencia o que, por cualquier otra razón, estuviese incapacitada para ofrecer resistencia, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años. Será castigada también la tentativa.</p> <p>2º Si los actos sexuales con personas que se encontraran en las condiciones referidas en el inciso anterior comprendieran el coito, la pena privativa de libertad podrá ser aumentada hasta diez años.</p> <p>3º La pena podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67 cuando, por las relaciones de la víctima con el autor, se dieran considerables circunstancias atenuantes. En este caso no se castigará la tentativa. (Artículo 130 CP)</p>

ABANDONO

1º El que:

1. Expusiera a otro a una situación de desamparo; o
2. Se ausentara, dejando en situación de desamparo a quien esté bajo su guarda o a quien, independientemente del deber establecido por el artículo 117, deba prestar amparo, y con dicha conducta pusiera en peligro su vida o integridad física, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años.

2º Cuando la víctima fuera hijo del autor la pena podrá ser aumentada hasta diez años.

3º Cuando el autor, antes de que se haya producido un daño, voluntariamente desviara el peligro, la pena prevista en los incisos 1º y 2º podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67. Cuando el peligro haya sido desviado por otras razones, bastará que el autor haya tratado voluntaria y seriamente de desviarlo. (Artículo 119 CP)

Marco legal de la violencia hacia niñas, niños y adolescentes¹⁷

El marco jurídico nacional y los instrumentos internacionales ratificados por Paraguay contemplan la obligación del Estado para garantizar protección al niño, niña y adolescentes y en este contexto constitucionalmente se contempla que la *“La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos, protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación”*.¹⁸

17 Extraído del Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar 2010-2015, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Setiembre 2010. Asunción – Paraguay.

18 Artículo 54 de la Constitución Nacional.

A luz de Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña, ratificada por Ley 57/90 contempla expresamente que *“los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.”*¹⁹ Igualmente se contempla que los Estados Partes *“... se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales.para impedir la incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, la explotación del niño en la prostitución, u otras prácticas sexuales ilegales, la explotación en espectáculos o materiales pornográficos.”*²⁰

El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 1680/2001) define el maltrato como un delito, y prevé que los casos deben ser atendidos desde el órgano jurisdiccional competente, desde un enfoque de derechos y desde el paradigma de la protección integral.

En dicha ley se instala igualmente el Sistema Nacional de Promoción y de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia. El mismo implica un conjunto de acciones y organismos interrelacionados y coordinados, y dirigidos hacia un mismo fin, cual es *la protección y promoción de los derechos de la niñez y la adolescencia.*²¹

19 Artículo 19 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

20 Artículo 36 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

21 Está pensado como un sistema de regulación e integración de los programas y acciones a nivel nacional, departamental y municipal. Sus principios son: la descentralización administrativa, la coordinación de acciones, la participación ciudadana, el interés superior del niño y la niña, y la integralidad de la atención.

A continuación se rescatan algunas disposiciones en el que se contemplan las obligaciones del Estado, mediante el Código de la Niñez y la Adolescencia para proteger a niños, niñas y adolescentes del maltrato y la violencia en todas sus formas:

DISPOSICIÓN	MARCO LEGAL
PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR	<p>Toda medida que se adopte respecto al niño o adolescente, estará fundada en su interés superior. Este principio estará dirigido a asegurar el desarrollo integral del niño o adolescente, así como el ejercicio y disfrute plenos de sus derechos y garantías (Artículo 3)</p>
RESPONSABILIDAD SUBSIDIARIA	<p>Los padres biológicos y adoptivos, o quienes tengan niños o adolescentes bajo su guarda o custodia y las demás personas mencionadas en el artículo 258 del Código Civil, tienen la obligación de garantizar al niño o adolescente su desarrollo armónico e integral, y a protegerlo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso y la explotación. Cuando esta obligación no fuere cumplida, el Estado está obligado a cumplirla subsidiariamente. (Artículo 4)</p>
OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR	<p>Toda persona que tenga conocimiento de una violación a los derechos y garantías del niño o adolescente debe comunicarla inmediatamente a la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña, Adolescentes (CO-DENI) o en su defecto al Ministerio Público o al Defensor público. (Artículo 5)</p>

<p>PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE DERECHOS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE</p>	<p>Las instituciones de salud y las de educación exhibirán en lugares públicos y visibles los datos concernientes a personas o instituciones a la que podrán recurrir el niño, sus padres, tutores, o responsables en los casos mencionados anteriormente. (Artículo 6)</p>
<p>DERECHO A LA SALUD</p>	<p>El niño o adolescente tiene derechos a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. (Artículo 13)</p>
<p>PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA</p>	<p>De los programas de salud pública; el estado proveerá gratuitamente asistencia médica y odontológica, las medicinas, prótesis y otros elementos necesarios para el tratamiento, habilitación o rehabilitación del niño o adolescente de escasos recursos económicos. (Artículo 15)</p>
<p>DERECHO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE A SER PROTEGIDOS CONTRA TODAS FORMAS DE EXPLOTACIÓN</p>	<p>Del derecho del niño y adolescente a ser protegidos contra todas formas de explotación: El niño y el adolescente, tienen derecho a estar protegidos contra toda forma de explotación y contra el desempeño de cualquier actividad que pueda ser peligrosa o entorpecer su educación, o sea nociva para su salud, o para su desarrollo armónico e integral. (Artículo 25)</p>

<p>PROHIBICIÓN DE PUBLICACIÓN</p>	<p>Queda prohibido publicar por la prensa escrita, radial, televisiva o por cualquier otro medio de comunicación los nombres, las fotografías o los datos que permitan identificar al niño o adolescente víctima o supuesto autor de hechos punibles. (Artículo 29)</p>
<p>MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y APOYO</p>	<p>Cuando el niño o el adolescente se encuentre en situaciones que señalan la necesidad de protección o apoyo, se aplicarán las siguientes medidas: a) la advertencia al padre, madre, tutor o responsable; b) la orientación al niño o adolescente y a su grupo familiar; c) el acompañamiento temporario al niño o adolescente y a su grupo familiar; d) la incorporación del niño en un establecimiento de educación escolar básica y la obligación de asistencia; e) el tratamiento médico y psicológico; f) en caso de emergencia, la provisión material para el sostenimiento del niño o adolescente; g) el abrigo; h) la ubicación del niño o adolescente en una familia sustituta; i) la ubicación del niño o adolescente en un hogar. (Artículo 34)</p>
<p>PROCEDIMIENTO EN CASO DE MALTRATO</p>	<p>En caso de maltrato del niño o adolescente, recibida la denuncia por el Juzgado de la Niñez y la Adolescencia, éste deberá adoptar inmediatamente las medidas cautelares de protección al niño o adolescente previstas en este Código, sin perjuicio de las acciones penales que correspondan. La medida de abrigo será la última alternativa (Artículo 191)</p>

En relación a este último artículo es importante mencionar que en mayo del 2011, se dispone de la **Ley N° 4.295 que establece el Procedimiento Especial para el Tratamiento del Maltrato Infantil en la Jurisdicción Especializada**. Indica en el artículo 1º “Toda persona que tenga conocimiento de un hecho de maltrato físico, psíquico o, así como de abuso sexual contra niños, niñas o adolescentes, está obligada a denunciarlo inmediatamente, en forma oral o escrita ante la Fiscalía de la Niñez y la Adolescencia o la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia. En ausencia de estas instituciones o ante la dificultad de llegar a ellas, la denuncia podrá realizarse ante el Juzgado de Paz, la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente –CODENI o la Policía Nacional”.

Prosiguiendo con lo establecido en el CNA, se hace una especial atención a que en nuestro país el derecho a la salud contempla que; si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico- sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de estos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarle la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón.

En materia **penal** existen disposiciones específicas referentes a la protección de niñas, niños y adolescentes, explicitando las penas a que serán sometidas aquellas personas que atentaren contra niñas, niños y adolescentes. Los principales artículos son:

DISPOSICIONES	MARCO LEGAL
ABANDONO	El que expusiera a otro a una situación de desamparo o se ausentara, dejando en situación de desamparo a quien esté bajo su guarda o a quién independientemente del deber establecido en el artículo 117, deba prestar amparo y con dicha conducta pusiera en peligro su vida o integridad física será castigado con pena privativa de libertad de hasta 5 años. (Artículo 119)
MALTRATO DE MENORES	El encargado de la educación, tutela, o guarda de un menor de 16 años que sometiera a éste a dolores psíquicos considerables, le maltratara grave y repetidamente o le lesionara la salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta 2 años o con multa, salvo que el hecho sea punible con arreglo al artículo 112. (Artículo 134)
ABUSO SEXUAL EN NIÑOS	El que realizara actos sexuales con un niño o lo indujera a realizarlos en sí mismos o a terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta 3 años o con multa. Cuando ocurran varios agravantes el autor será castigado con pena privativa de libertad de hasta seis años. (Artículo 135)

Otras consideraciones:

El Código Procesal Penal, en su artículo 286 establece la Obligación de denunciar los hechos punibles de acción penal pública

OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR

Tendrán obligación de denunciar **los hechos punibles de acción pública:**

- 1) los funcionarios y empleados públicos que conozcan el hecho en ejercicio de sus funciones;
- 2) los médicos, farmacéuticos, enfermeros, y demás personas que ejerzan cualquier rama de las ciencias médicas, siempre que conozcan el hecho en el ejercicio de su profesión u oficio y que éste no le haya sido confiado bajo secreto profesional; y (...) (Artículo 286)

Recordar que, según reglamentaciones internas del Ministerio Público, todas las Fiscalías tienen el deber de tomar las denuncias que se les presenta, e internamente establecerán si corresponde a un hecho punible de acción penal pública lo que indica el inicio de persecución penal, y si fuere de acción penal privada se procederá únicamente por querrela de la víctima o de su representante legal.

TERCERA PARTE

ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Consideraciones sobre los procesos de atención integral

Revictimización

Tabla Procesos de revictimización y herramientas para evitarla

FLU JOGRA MA de Atención Integral a Víctimas de Violencia
para Trabajadores/as de Salud

Formulario de registro y atención a víctimas de violencia intra-
familiar y basada en el género

Formulario de Registro y atención a Niños/as y adolescentes
víctimas de maltrato y abuso sexual

Para llenar los Formularios de Registro y Atención el/la
trabajador/a de salud debe

Atención en violencia sexual y física

Toma de muestra

Cadena de custodia

Tratamientos profilácticos en personas adultas, niños, niñas y adolescentes

Cuidado Integral de la Salud Mental desde el sector Salud ante la violencia

Protocolo para el abordaje integral de la violencia desde el Sector Salud

Principios del acto psicoterapéutico

Protocolo para el abordaje integral de la violencia desde el Sector Salud

Atención Área Social - Trabajo Social



TERCERA PARTE

ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Introducción

La respuesta integral al problema de la violencia significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos de éstas por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación. El abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas y la sanción de los agresores.

Dentro de ese contexto, la atención clínica de las víctimas de violencia requiere trascender los procesos de atención individual, hacia la inclusión y activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se establecen vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento.

La violencia es un problema social y de salud que tiene implicaciones jurídicas y no al revés. Por eso, la atención integral a las víctimas de violencia sexual y su familia tiene como objetivo asegurar su atención, recuperación y protección integral, desde una perspectiva de la restitución de derechos. Por tanto, lo primero es la víctima, no es su relato, o su familia, o la evidencia, o el juicio o la policía. Ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización dentro de la asistencia sanitaria.

Consideraciones sobre los procesos de atención integral

La atención en salud incluye los siguientes objetivos:

- a) Dar apoyo emocional
- b) Tratar las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia (emergencias médicas/psicológicas– trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc.), así como los cuidados médicos más específicos como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, etc.
- c) Toma de evidencias, cuando aplique
- d) Realizar las medidas de protección de las víctimas
- e) Tratamiento y rehabilitación de su salud mental
- f) Orientación a la familia
- g) Realizar la denuncia/reporte de la violencia.
- h) Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.

Una vez realizados los procesos iniciales de atención integral en salud de las víctimas de violencias, los servicios de salud deben iniciar el proceso de remisión hacia las instituciones de protección y justicia. Estas deben garantizar la protección de la víctima, ante nuevas situaciones de violencia; las acciones de acceso a justicia para evitar la impunidad y repetición de eventos de violencia por parte del agresor, y el acceso al proceso de restitución de derechos y reparación de la víctima.

Para los casos en que las víctimas no vienen remitidas por instituciones de justicia o protección, el personal de salud que brinda atención debe activar las rutas de atención integral e intersectorial del municipio y/o localidad.

Revictimización²²

El sector salud no debe ahorrar esfuerzos para garantizar que las víctimas de violencia NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. En este sentido, una persona sobreviviente de violencia, puede pasar por tres procesos de victimización:

1. **Victimización primaria:** las consecuencias que sufre la persona sobreviviente como producto directo de la violencia.
2. **Victimización secundaria o revictimización²³:** sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia, a los testigos y a la familia les infieren las instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermeros-as, psicólogos-as, trabajadores sociales, personal administrativo entre otros), justicia (policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados al no tener claros procesos y procedimientos para la restitución de derechos.
3. **Victimización terciaria:** producto de la estigmatización que la sociedad realiza sobre el o la sobreviviente de violencia luego del evento.

La victimización secundaria es producida por las instituciones y sus funcionarios, mientras que la victimización terciaria se explica más por procesos sociales y culturales. El entendimiento y abordaje de las acciones, dinámicas y procesos que facilitan y producen tanto la victimización secundaria como la terciaria son estrategias que se deben incluir dentro del tratamiento integral a las víctimas de violencia y a sus familias.

22 Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Colombia . Año 2011.

23 Para este Manual se utilizará el termino revictimización.

Dentro de los procesos que generan victimización secundaria se han descrito:

- Ausencia o poca coherencia y complementariedad en los objetivos de los distintos sectores que participan en la atención a las víctimas. Así las metas jurídicas, sociales, psicológicas, pedagógicas o médicas se establecen sin un ordenamiento lógico y articulado de intervención.
- Poca claridad y definición de límites y/o competencias entre las distintas disciplinas o sectores implicados. Así, se presentan superposición y/o repetición de revisiones médicas, entrevistas, entre otras.
- Problemas de la infraestructura y espacios donde se practica la atención
- Falta o poca capacitación y/o entrenamiento en el tema por parte de los prestadores de salud.

A continuación se ilustran algunas de las formas más comunes de revictimización dentro de los servicios de salud y se sugieren algunos modos para evitarla en la tabla siguiente:

Procesos de revictimización y herramientas para evitarla.	
ACCIONES QUE GENERAN REVICTIMIZACIÓN	SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN
<p>Se sugiere que la responsabilidad del hecho es del sobreviviente de violencia sexual, ejemplo: El profesional de salud le dice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y que hacía a esa hora sola-o. • Usted permitió que le hicieran eso. Pudo haberse defendido. • Con esa forma de vestir, como no iba a provocar esa situación. • Por qué no averiguó quien era el acompañante. • Por qué no gritó o llamó a alguien en su ayuda. • Por qué consumió o aceptó atenciones 	<p>Ser enfático en que el responsable es el agresor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no tuvo la culpa de lo sucedido. • El agresor es el total responsable de lo que sucedió. • Se es víctima y no responsable del evento de violencia • Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.
<p>Someter a la víctima a preguntas constantes y/o insistentes sobre los hechos sin tener claro el objetivo ni la competencia. <i>¿Cuántas veces sucedió? ¿Qué le decía? ¿Qué le hacía? ¿Con qué la amenazó?</i> Entre otros detalles que no aportan al proceso y sí reviven de forma reiterada la situación.</p>	<p>Conocer claramente la competencia dentro de los procesos de atención. Para el sector salud la competencia es la recuperación de la salud, la realización adecuada de la historia clínica según lo descrito. El esclarecimiento de los hechos es competencia de la justicia.</p>

Responsabilizar a la persona sobreviviente de violencia sexual por el resultado del proceso judicial:

- Si no es detenido (al agresor u agresora), es su culpa por no contar todo lo que paso (o por no dejarse tomar las muestras).
- Estuvo en sus manos meterlo a la cárcel, algo tuvo que hacer mal.
- Actuar sin conocimiento y/o entrenamiento: esto se puede evidenciar, por ejemplo, en intentos de reconfortar o alentar minimizando lo que sucedió y diciendo que lo olvide.
- “Es mejor que lo olvide, al final sólo la o lo tocaron”.
- “Eso no fue nada, peor el caso de (...)”
- Hacer afirmaciones extremas frente al evento como “toda persona que ha sufrido violencia sexual, queda traumatizada para siempre y nunca puede recuperarse...”

*El resultado del proceso judicial no debe recaer en la víctima.

Es indispensable conocer y desarrollar competencias para atención adecuada que promuevan la salud y su recuperación, protección y la contención. **Por ejemplo, la escucha del relato libre de la víctima, cuando se inicia la experiencia de atención a las víctimas de violencia sexual (VVS), puede dar buenos resultados por los retos que representa el direccionamiento con preguntas específicas. El trabajador/a de salud debe desarrollar habilidades comunicativas tanto con el lenguaje verbal como no verbal que transmita credibilidad y empatía ante lo narrado y también debe saber consignar el relato en la historia clínica.**

FLUJOGRAMA de Atención Integral a Víctimas de Violencia para Trabajadores/as de Salud

Introducción

El Flujograma de Atención Integral a Víctimas de Violencia (doméstica, intrafamiliar y basada en Género) para Trabajadores/as de Salud, está directamente vinculado al “Programa Nacional para la Prevención y Atención Integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de Violencia Basada en Género, Doméstica e Intrafamiliar. 2010-2015” aprobada por Resolución S.G. 964/2010 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. A su vez es de destacar que es una herramienta propuesta por el Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM)²⁴, en base a la experiencia de trabajo cotidiano realizado en los servicios de salud, enmarcados en el reconocimiento de garantizar una atención integral de calidad y calidez basada en el respeto de los derechos humanos de las personas víctimas de violencia.

La aseveración de la importancia de la atención integral radica en que es necesario ver a las personas, sujeto de estos atropellos a su integridad, como un ser humano en su dimensión completa y compleja, lo que indica que no solo puede atenderse sus requerimientos de asistencia física, sino además su vinculación psicológica y social.

El Flujograma expresa diversos “momentos” que deben ser considerados y realizados, cuando desde cualquier instancia/dependencia del Servicio de Salud se está ante la presencia de una persona que es víctima de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar, permitiendo así otorgar una atención integral.

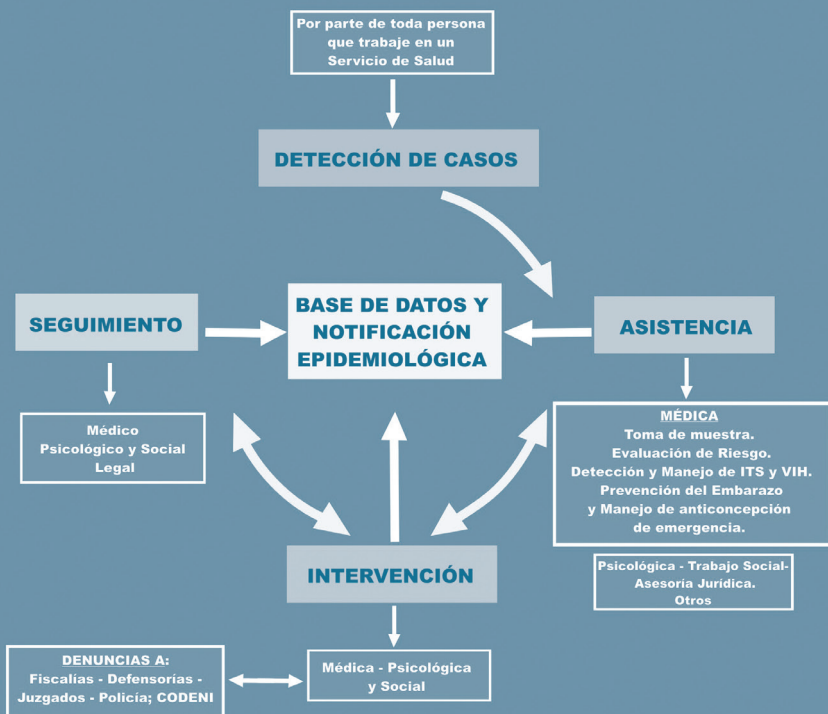
24 Según Resolución S.G. Nº57/2010 y 1015/2011 del MSPBS, se designa, entre otros, la creación de un Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM) y a 6 servicios de salud para la atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar. Dichos servicios son: Hospital Materno Infantil San Pablo, Hospital General Barrio Obrero, Hospital Nacional de Itaugua, Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Centro de Emergencias Médicas y el Centro Teko Pyahu (Instituto de Bienestar Social). Esta Resolución da respuesta al Convenio Marco firmado en octubre del 2008 entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría de la Mujer de Presidencia de la República y la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.

Esta herramienta dialoga a su vez con el Manual Común de Atención Integral a víctimas de violencia intrafamiliar y de género en el sistema de salud y su funcionamiento efectivo se ve concretado en la implementación de los Formularios de Registro y Atención específicos para los casos de violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres, personas adultas.

Es de destacar que este Flujograma está diseñado para la labor de los Servicios de Salud, pero además también es necesario precisar que en algunos “momentos” visualizados en esta herramienta, se requiere del establecimiento de articulación con otras instancias y/o actores que se hallan por fuera del sistema de salud, y que su participación es clave para garantizar una adecuada y respetuosa asistencia a las personas víctimas (caso de las derivaciones, intervenciones legales y de protección, otros). En ese sentido se debe tener presente el Art. 5 del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N°1680/01) DE LA OBLIGACION DE DENUNCIAR. El Art. 229 del Código Penal establece consideraciones específicas relativas a la violencia intrafamiliar; asimismo el Art. 286 del Código Procesal Penal refiere a la Obligación de denunciar los hechos punibles de acción penal pública.

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA

Flujograma para trabajadores/as de salud



Elaborado por el Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM). Resol. S.G. 57/2010 y 1015/2011

INSTRUCTIVO DEL FLUJOGRAMA

A continuación se plantea la descripción para una mejor y correcta interpretación del Flujoograma:

Detección de casos: *Toda persona que trabaja en un servicio de salud (médicos, licenciados, técnicos, auxiliares, administrativos, personal de servicio, agentes comunitarios, promotores de salud), puede detectar o recepcionar una referencia de caso. Esto implica “no solo contemplar sino actuar”; es decir, que muchas veces puede la situación de violencia estar oculta o encubierta por otras patologías o manifestaciones, por ello requiere “ver más allá de lo obvio”.*

Asistencia: *Entendida como el procedimiento de recepción, detección, atención y derivación correspondiente del caso. Se entiende que la asistencia debe ser integral (bio-psico-social, y jurídica) y dinámica e incluirá la participación de varios actores para las diversas intervenciones.*

Intervenciones: Referida a la activación de los mecanismos (médico, psicológico, social y legal) de protección a las víctimas: denuncia, internación, seguimiento ambulatorio, contacto con instancias alternativas de protección (familias extendidas, centros de cuidados alternativos-albergues, hogares, centros abiertos-, docentes, otros).

En cuanto a la **denuncia**, se indican algunos aspectos legales a tener presente, según instituciones intervinientes. Ésta debe ser realizada por el/la profesional que atienda el caso.

1) **Ministerio Público** (*sospecha de maltrato, abuso sexual y muerte dudosa*).

1.1) Fiscalía de la Niñez y de la Adolescencia

- **Art. 5** Código de la Niñez y de la Adolescencia.-
- **Art. 1** de la Ley 4295/2011 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.-

1.2) Fiscalía Penal

- **Art. 284 y 286** Código Procesal Penal.-

2) Defensoría de la Niñez y de la Adolescencia (*recibir denuncia y promover acciones de protección*)

- **Art. 5** Código de la Niñez y de la Adolescencia.-
- **Art. 1** de la Ley 4295/2011 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.-

3) Juzgado de Paz (*recibir denuncia y promover acciones de protección*)

- **Art. 1 Segunda Parte** de la Ley 1600/2000 Violencia Doméstica.-
- **Art. 1** de la Ley 4295/2011 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.-

4) Policía Nacional (*para recibir denuncias*)

- **Art. 284** Código Procesal Penal.-
- **Art. 1 Segunda Parte** de la Ley 1600/2000 Violencia Doméstica.-
- **Art. 1** de la Ley 4295/2011 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.-

5) CODENI (*vulnerabilidad social*)

- **Art. 5** Código de la Niñez y de la Adolescencia.-
- **Art. 1** de la Ley 4295/2011 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.-

Seguimiento: *es necesario reconocer que la acción de salud, se fortalece con la acción de seguimiento. Este momento permite tener presente que los acontecimientos de violencia tienen dimensiones complejas y requiere de intervenciones de diversas disciplinas, buscando siempre que sea desde un equipo multidisciplinario.*

Es necesario comprender que el registro correcto contribuye a realizar un seguimiento adecuado, en este sentido es preciso asegurar también el seguimiento médico (no solo lo psicológico, social, legal). Otro aspecto importante es que el seguimiento se realiza aunque el caso sea judicializado o pasible de ser judicializado, por ello cuando se utiliza el término legal, no implica que deba ser ne-

cesariamente realizado por un/a profesional del derecho, sino que debe ser desarrollado por cualquier profesional que esté en conocimiento del caso.

*Generalmente este procedimiento (seguimiento) ya se encuentra enmarcado en el RAC (**R**ecpción, **A**cogida, **C**lasificación) y directamente condicionada hacia los mecanismos de protección que deben establecerse (CODENI, Ministerio de la Mujer, Unidad de Salud de la Familia-USF-, otros).*

Base de datos y Notificación Epidemiológica: *Los casos de violencia, generalmente, no se sitúan como hechos aislados, y también pueden reiterarse, por tanto el registro oportuno se constituye en una herramienta clave. Al efecto desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se dispone de formularios de registro y atención referidos a estos tipos de violencia.*

Es necesario destacar que los formularios mencionados son llenados por caso, y por todos los profesionales intervinientes, en el mismo. Dichos formularios deben estar archivados en el Expediente Clínico de cada paciente.

Tener presente que los correctos registros y el buen llenado de las fichas/formularios son instrumentos trascendentales que aportan información científica (bio-psico-social) que contribuyen a la generación o adecuación de políticas públicas que respondan a la realidad de las/os usuarios/as y del propio sistema de salud.

Al finalizar es necesario recalcar el valor de las capacitaciones y entrenamiento del trabajador/a de salud para hacer uso efectivo de este instrumento (lo que no exime de su aplicación oportuna).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información, Autonomía y Consentimiento Informado:

Las víctimas de violencia deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos, riesgos y efectos para su salud y su vida.

El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona, por lo cual no requiere autorización de terceros, excepto en caso de niños, niñas y adolescentes o en los casos de que la capacidad de consentir no sea posible. El prestador de servicios debe dar la oportunidad de leer y entender el contenido del documento de consentimiento informado, el cual debe firmarse antes del procedimiento al cual será sometido/a y posteriormente debe anexarse al Expediente Clínico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN MEDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTO RELACIONADOS, EN Víctimas DE AGRESIONES SEXUALES Y LESIONES FISICAS²⁵

Fecha y hora: _____

Nombre completo de la persona que examina

Nombre del Representante legal: (en casos de examen de menores o personas incapaces)

I. Yo _____ una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivan de la imposibilidad de practicarlos, otorgo de forma libre mi consentimiento

SI NO

a: _____

para la realización del examen medico legal de _____
solicitado por: _____

II. Como parte de la realización de este examen medico legal autorizo efectuar:

SI NO La extracción de sangre o muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.

SI NO La toma de radiografías.

SI NO La toma de impresiones dentales para modelos de estudios y registros de mordidas.

SI NO La realización de registros fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen medico legal.

SI NO La realización del registro en video de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen medico legal.

Hago constar que el presente documento ha sido leído por mí en su integridad, de manera libre y espontánea.

Obs. Si no puede firmar incluir huella dactilar

Firma

Documento de identidad Nro:

²⁵ Ficha utilizada de la Guía de Consulta abreviada para examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia. Año 2006.

Formulario de Registro y Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Basada en Género y Formulario de Registro y Atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual

Formulario de registro y atención a víctimas de violencia intrafamiliar y basada en el género (VBG)

Formulario de registro y atención a víctimas de violencia intrafamiliar y basada en el género (VBG)

HISTORIA CLINICA N°:.....

A. INFORMACIÓN GENERAL. Escriba a mano o a máquina cada uno de los datos que solicita el formato.	
Apellido (s) y Nombre (s) del paciente:	C.I.:
Fecha de nacimiento: Edad referida: Domicilio: Localidad:	Sexo: Identidad de género: Teléfono Departamento:
Nombre y apellido del acompañante y relación con la víctima C.I.:	Idioma: Guaraní – Español - Ambos Lengua: Etnia:
Apellido (s) y Nombre (s) del paciente: Fecha de nacimiento: Edad referida: Domicilio: Localidad:	Teléfono Departamento:
Fecha del examen: (D / M / A):	Hora :

A.1. NOTIFICACIÓN DEL CASO:		
Lugar de los hechos	Fecha de los hechos (D/M/A) / /	Hora de los hechos AM [] PM [] Tiempo transcurrido del incidente
Institución de Salud en la que se realiza el Examen:	Servicio/Consulta:	Región Sanitaria:
Profesional responsable del informe:	Firma y sello:	Fecha de notificación (día, mes, año):

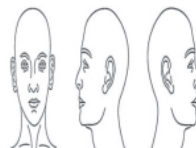
A.2. INFORME:		
Informe Telefónico a la Policía: Si [] No []	Nombre de quien recibe la información: C.I.:	
Informe Telefónico al Ministerio Público: Si [] No []	Nombre de quien recibe la información: C.I.:	
	Reportado por: Fecha:	Hora:
No. de Oficio o Nota	Fiscal o Juez:	Jurisdicción:

B. RECUESTO DEL PACIENTE: Anote lo referido por el examinado/a o su acompañante.		
Presunto agresor:		
Nombre y apellido:	Conocido:	Desconocido:
Sexo M [] F [] Identidad de género: []	Número de agresores	Relación con la víctima
Métodos empleados por el agresor Amenazas [] Ataduras [] Armas [] Golpes físicos [] Quemaduras [] Otras []	Tipos de armas Arma de fuego [] Cortante [] Punzante [] Cortopunzante [] Otras []	
El agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes Sí [] No [] No sabe []	El agresor resultó lesionado en los hechos Sí [] No [] No sabe []	Si resultó lesionado describa el área del cuerpo afectada:

C. EXAMEN FÍSICO

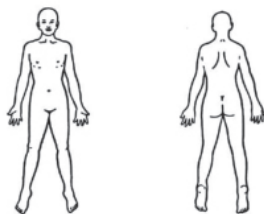
INDICADORES DE VIOLENCIA FÍSICA

1	Hematomas (rostro, labios, boca, torso, espalda, muslos, cuello, otros).
2	Fracturas (cráneo, nariz, mandíbula, otros).
3	Quemaduras de cigarrillos manos, pies, otros.
4	Quemaduras por cuerda en: piernas, cuello, torso, otros.
5	Quemaduras por objetos con señales definidas.
6	Heridas, cortes y /o pinchazos, mordeduras humanas,
7	Arañazos, lesión de órganos internos.
8	Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar, infectadas).
9	Perforación del oído.
10	Problemas dentales: lesiones en tejidos blandos del área de la boca.



ZONA DE LESIÓN

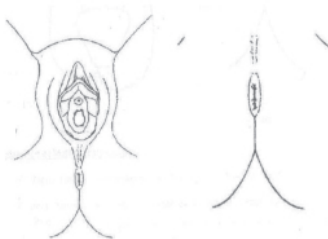
	Sí	No	NA
Cabeza			
Cara			
Cuello			
Cavidad oral			
Tórax			
Senos			
Abdomen			
Espalda			
Región Glútea			
Extremidades			
Zona			
Subungueal			



INDICADORES DE VIOLENCIA SEXUAL

INDICADORES SEXUALES

1	Hematomas y / o heridas: interior del muslo
2	Sangrado anal y/o genital
3	Fisuras anales.
4	Dolor en genitales.
5	Contusiones / hematomas en: monte de venus, vulva y mamas.
6	Traumatismos en la vulva.



.....



.....

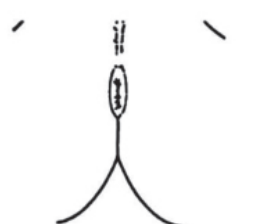
.....

.....

ANTECEDENTES. Antecedentes sexuales.			
Otras relaciones en las últimas 48 horas Sí [] No []	En caso afirmativo		
	Vaginal: Sí [] No [] ¿Cuándo?	Anal: Sí [] No [] ¿Cuándo?	Oral: Sí [] No [] ¿Cuándo?
¿Hubo eyaculación? Sí [] No [] En caso afirmativo ¿Dónde?		¿Se usó condón? Sí [] No []	
Penetración del pene en Cavidad oral [] Vaginal [] Anal [] No sabe [] No aplica []	Penetración de objeto diferente al pene en Vagina [] Ano [] Boca [] No sabe [] No aplica []	Eyaculación Sí [] No [] No sabe []	
Sitio de eyaculación Cavidad oral [] Vaginal [] Anal [] No sabe [] Otro []	¿Utilizó condón? Sí [] No [] No sabe []	Uso de lubricantes Sí [] No [] No sabe [] No aplica []	
Otras maniobras Besos [] Succiones [] Mordeduras [] Tocamientos [] Otro describa _____	Utilización de alcohol o drogas Sí [] No [] No sabe [] Describe _____		
Recibió tratamiento previo a este examen ¿Cuál? _____		Sí [] No []	

D. ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS (NO APLICA SI PASARON MÁS DE 72 HORAS)							
Orinó Sí [] No []	Defecó Sí [] No []	Ducha vaginal Sí [] No []	Baño, ducha, lavado corporal Sí [] No []	Vomitó Sí [] No []	Ingirió alimentos o bebidas Sí [] No []	Lavado de dientes Sí [] No []	Usó enjuague bucal Sí [] No []
Se cambió de ropa Sí [] No []		Insertó o retiró tampón/diafragma Sí [] No []		Otro [] Describa			
DESCRIPCIÓN DE PRENDAS							
¿Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos? Sí [] No []			¿Las trae al examen? Sí [] No []			¿Dónde se encuentran?	
Se dejan para estudio Sí [] No []				Observaciones			

E. EXAMEN GENITAL	
<p>Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de menores de edad; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.</p> <p>Genitales externos femeninos: Posición para el examen: Supina [] Prona [] Lateral [] Otra []</p> <p>¿Cuál?: Región púbica, Labios mayores, labios menores, horquilla vulvar, clítoris, meato urinario, vagina, periné, región inguinal.</p> <p>Describe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Himen (forma, integridad, elasticidad)</p> <p>Forma del himen: Anular [] Imperforado [] Semilunar [] Cribiforme [] Festoneado [] Coraliforme [] Rudimentario [] Tabicado [] Carúnculas Mirtiformes []</p> <p>Estado del himen: Integro No elástico [] Integro elástico [] Desgarrado [] Desgarro reciente [] Desgarro antiguo [] Descripción bordes y desgarros himeneales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj)</p>	
<p>Genitales externos masculinos:</p> <p>Cuál: Bolsa escrotal (bilateralmente), Pene y prepucio, Frenillo, Surco balanoprepucial, Glande, Meato urinario.</p> <p>Describe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p>Examen anal y perianal</p> <p>Posición para el examen: ¿Cuál?</p> <p>Descripción de lesiones: Fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros. Forma y tono</p>	
<p>Signos de ITS Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo describa</p> <p>Toma de muestras Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Describa:</p>	

Descripción: seguir la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato de Cadena de Custodia si se dejan para estudio

Recolección de evidencias físicas: Sí No

Cuál/es:

.....

.....

.....

F. EXAMEN PSICOLOGICO

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

1	Falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo
2	Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.
3	Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).
4	Tembor o sacudidas.
5	Sudoración.
6	Sofocación.
7	Náuseas o molestias abdominales.
8	Despersonalización o desrealización.
9	Adormecimiento o sensación de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesia).
10	Escalofríos.
11	Dolor o molestias precordiales.
12	Miedo a morir
13	Miedo a volverse loca o perder el control.
14	Poco apetito o voracidad.
15	Hipervigilancia.

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

1	Insomnio o hipersomnia.
2	Pérdida de energía o fatiga.
3	Disminución de la autoestima.
4	Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
5	Sentimientos de desesperanza.
6	Escasas relaciones sociales (con familia y/o amigos)
7	Verbalizaciones negativas, engañosas y/o incoherente.
8	Poco comunicativa.
9	Sentimientos de culpa.
10	Manifestaciones somáticas.
11	Intentos de suicidios.
12	Alto índice de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico.
13	Dificultad para resolver problemas.
14	Escasas habilidades sociales.

Valoración neurológico conductual

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez Sí [] No []

Olores asociados: Aliento alcohólico negativo [] discreto [] evidente [] dudoso [] Otros (describa)

Se recolecta muestra: Sangre Sí [] No [] Orina Sí [] No []

Alcoholemia [] Psicofármacos [] Estupefacientes [] Otros []

Durante los hechos resultó lesionado/a físico y o psicológico la víctima Sí [] No []

Si presenta lesiones descríbalas en el examen físico por área corporal (puede ayudarse de los esquemas adjuntos)

G. DIAGNÓSTICO - Codificación según CIE - 10

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Exámenes complementarios (sangre, orina, tomografía, radiografía, otros):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

H. TRATAMIENTO

Prevención de Embarazo	Sí	No	Despistaje de ITS's	Sí	No
HIV (Prevención)	Sí	No	Vacunación	Sí	No
Terapéutica			Antibiótica o de otro tipo	Sí	No

Describe:

Interconsulta, remisión otras recomendaciones:

I. NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN

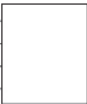
NOMBRE Y APELLIDO

FIRMA Y REGISTRO

Formulario de Registro y atención a Niños/as y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual

Formulario de Registro y atención a Niños/as y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual

HISTORIA CLINICA N°:.....

Identificación del Niño/a		Impresión Digital	
Nombre:	Apellidos:		
C.I.:	Fecha de nacimiento (día, mes, año):		
Sexo:			
Con quien vive:			
Domicilio:	Localidad:	Departamento:	
Teléfono:			
Escuela	Grado		
Padres y/o Tutores			
Padre: Nombre y apellido:		C.I. N°:	
Domicilio:	Localidad:	Departamento:	
Teléfono:			
Madre: Nombre y apellido:		C.I. N°:	
Domicilio:	Localidad:	Departamento:	
Teléfono:			
Tutor/es: Nombre y apellido:		C.I. N°:	
Domicilio:	Localidad:	Departamento:	
Teléfono:			
Acompañante.			
Nombre y apellido:		C.I.:	
Relación con la víctima:			
Domicilio:	Localidad:	Departamento:	
Teléfono:			
Notificación del caso:			
Fecha de notificación (día, mes, año):			
Institución:			
Servicio/Consulta:			
Región Sanitaria:			
Nombre del profesional:	R.P. N°	Sello y firma:	

INFORME:		
Informe Telefónico a la Policía: Si [] No []	Nombre de quien recibe la información: C.I.:	
Informe Telefónico al Ministerio Público: Si [] No []	Reportado por: Fecha: Hora: Nombre de quien recibe la información: C.I.:	
No. de Oficio o Nota	Fiscal o Juez:	Jurisdicción:

REFERIDO POR EL PACIENTE: Anote lo referido por el examinado/a o su acompañante.		
Presunto agresor:		
Nombre y apellido:	Conocido:	Desconocido:
Sexo M [] F []	Relación con la víctima:	

IDENTIFICACION DEL CASO (marque los síntomas y/o signos identificados) Para una explicación detallada de los indicadores, véase en la siguiente hoja

A) MALTRATO FISICO

1	Magulladuras o moretones
2	Quemaduras
3	Heridas
4	Lesiones viscerales
5	Mordeduras humanas
6	Intoxicación forzada
7	Fractura sospechosa
8	Falta de piezas dentarias
9	Sospecha de niño zarandeado
10	Hemorragias

B) NEGLIGENCIA

1	Escasa higiene
2	Falta de supervisión y resguardo
3	Cansancio o apatía permanente
4	Problemas físicos o necesidades médicas
5	Es explotado, se le hace trabajar en exceso
6	Problemas en la escuela
7	Ha sido abandonado
8	Tiene piojos, escabiosis y/o tungiacis (píques)
9	Esquema de vacunación incompleta
10	Caries
11	Accidentes Prevenibles
12	Desnutrición visible

C) MALTRATO EMOCIONAL

1	Retraso (físico, emocional y/o intelectual)
2	Tartamudeo
3	Tics nervioso
4	Inquietud
5	Quietud
6	Mecerse
7	Comerse las uñas
8	Cuidados excesivos / sobreprotección
9	Niños/as testigos de violencia
10	Miedo al adulto

D) ABUSO SEXUAL

1	Contacto físico con penetración
2	Contacto físico sin penetración
3	Dificultad para andar y sentarse
4	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
5	Contusiones o sangrado de los genitales externos
6	Cerviz o vulva hinchados o rojos
7	Semen en la boca, genitales o ropa
8	Infección de transmisión sexual
9	Apertura anal anormal

E) INDICADORES CONDUCTUALES DE ABUSO

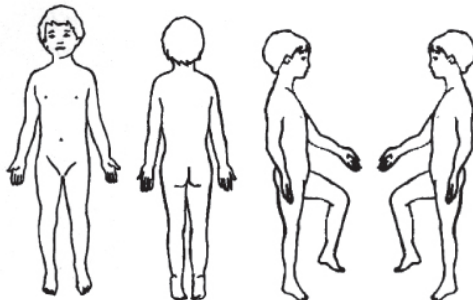
1	Vocabulario relacionado a lo sexual
2	Retraimiento o conducta fantasiosa
3	Conocimiento sexual inusual para la edad
4	Miedo a dormir solo o sola. Terrores nocturnos
5	Insomnio
6	Disturbios de control de esfínteres enuresis encopresis
7	Relaciones pobres con los tutores o padres
8	resistencia a sacarse la ropa
9	Conductas delictivas o fugas del hogar
10	Intento de suicidio
11	Desordenes de la alimentación
12	Masturbación compulsiva
13	Aislamiento
14	Síntomas depresivos. Crisis conversivas
15	Bajo rendimiento escolar
16	Baja autoestima
17	Aprehensión ante uno de los tutores u otro

F) FACTORES DE VULNERABILIDAD

1	Familias migrantes o familia disfuncional
2	Familias pluriparentales
3	Adicciones (alcohol, drogas, otros)
4	Situaciones de stress (económicas, familiares)
5	Situación de pobreza
6	Desempleo
7	Baja escolaridad
8	Embarazo adolescente no planificado
9	Maltrato en la niñez
10	No identificación de la conducta maltratante
11	Deseco o no de tener al hijo
12	Carencia de apoyo familiar y social
13	Violencia en la pareja
14	Ubicación del niño/a entre los hermanos
15	Hijos/as con discapacidad
16	Comportamientos difíciles
17	Multiparidad
19	Niños en situación de calle

TRAUMAGRAMA

TIEMPO DE TRANSCURRIDO EL INCIDENTE:.....

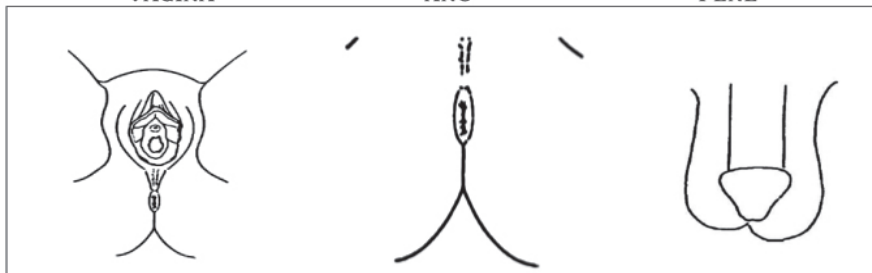


Señale la localización de la lesión y/o signos hallados

VAGINA

ANO

PENE



DESCRIPCIÓN DEL TANNER Y LA LESIÓN:

.....

.....

.....

.....

OTROS SÍNTOMAS CONDUCTUALES O COMENTARIOS:

.....

.....

.....

.....

TOMA DE MUESTRA:

Se recolecta muestra: Si: No:

Sangre:

Orina:

Prendas:

Otros:

Profesional responsable de la recolección de la muestra:

Firma y sello:

Utilizo el formulario de cadena de custodia?: Si: No:

DIAGNÓSTICO - Codificación según CIE - 10					
1) _____					
2) _____					
3) _____					
Exámenes complementarios (sangre, orina, tomografía, radiografía, otros):					
1) _____					
2) _____					
3) _____					
F. TRATAMIENTO					
Prevención de Embarazo	Si	No	Despistaje de ITS's	Si	No
HIV (Prevención)	Si	No	Vacunación	Si	No
Terapéutica			Antibiótica o de otro tipo	Si	No
Describe:					
Interconsulta, remisión otras recomendaciones:					
G. NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN					
NOMBRE Y APELLIDO				FIRMA Y REGISTRO	

Como se mencionara anteriormente, ambos Formularios de Registro y Atención a Víctimas de Violencia permitirán relevar información adicional, unificar y garantizar los registros de atención proporcionados en las instituciones de salud de distintos niveles de complejidad. También pretenden dar respuesta a la necesidad de conocer la prestación de servicios asistenciales en materia de violencia, de tal forma que sirva al Sistema Nacional de Salud del país, para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Estos formularios se constituyen en el instrumento de diagnóstico de las víctimas, de ahí que el correcto llenado del profesional desembocará en una pieza elemental para contribuir a la no revictimización y a que las instituciones que se vinculen ante la misma persona víctima cuenten con un documento confiable, preciso, sin sesgos, que permitan un proceso legal justo, basado en el respeto y garantía de los derechos humanos.

Para llenar los Formularios de Registro y Atención el/ la trabajador/a de salud debe:

Atender a la persona en una área tranquila y privada, no dejarla sola, hablar en voz baja, moverse lentamente.

Pedir permiso para llamar a una persona que desee o a un consejero/a de un centro de apoyo para acompañarla en el examen médico o retirar a la persona que no desee que esté presente.

Informarle por anticipado sobre las características del procedimiento, cuando éste empiece, mientras dura y cuando termine.

Explicarle que puede pedir que se detenga si se encuentra incómoda o presenta dolor.

Informar que es necesario hacer algunas preguntas muy personales. Utilizar lenguaje cotidiano.

Hacer preguntas sencillas, en voz baja, de manera amable y directa.

Hacer las preguntas de modo que se obtengan respuestas breves.

No preguntar varias veces sobre lo acontecido.

Determinar el estado de salud del paciente signos vitales, vías respiratorias y circulación, para valorar y tratar las necesidades médicas inmediatas de la persona.

La mayoría de los servicios de urgencias pueden llevar a cabo un examen para reunir evidencias. Sin embargo si el paciente se encuentra en una institución que no puede hacerlo, debe informársele que es necesario referirla a otro servicio, tan pronto como sea posible.

Atención en violencia sexual y física

Cuando una persona consulta por posible violencia, ya sea física o sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos.

Siempre la víctima de violencia se encuentra en una situación de crisis, que ponen peligro su vida. Se deben desarrollar todas las “acciones en el primer contacto con el Sector Salud” que amerite el caso, además de articular con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención.

La violencia sexual es una urgencia particular, dado que altera la integridad física, funcional y/o psíquica en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

¿Qué tiene que hacer la víctima?

No debe despojarse de ninguna ropa, ni debe realizar ningún tipo de lavado ni higiene, ni hacer desaparecer ningún signo que permita al proveedor de salud la recogida de muestras. Evitar orinar, defecar, fumar, beber, comer, cepillarse el cabello o los dientes, lavarse la piel ni ducharse²⁶.

Explicar a la víctima que las prendas de vestir podrían ser utilizadas como prueba, por lo que es necesario que alguna persona cercana (familiar, amigo, etc.) le traiga un cambio de ropa limpia para el examen. Si no se ha cambiado de ropa desde el delito, se le puede solicitar que entregue las prendas si no las ha lavado. Las evidencias deben de ser debidamente embaladas.

26 Más información al respecto en: Anexo 3 Procedimiento para la recolección de evidencia traza como parte de la valoración multidisciplinaria en las salas de entrevista. Ver: <http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/biblioteca/libros/violenciadomestica>.

¿Qué tiene que hacer el trabajador/a de salud?

La importancia de este tipo de delito hace necesaria la utilización de un protocolo de diagnóstico y tratamiento, que permita una atención sanitaria adecuada y homogénea a las víctimas y evite omisiones.

Tanto el profesional actuante como el resto del personal sanitario darán un trato comprensivo, apoyo y seguridad que anime a la víctima.

Los exámenes para el diagnóstico y tratamiento se llevarán a cabo lo antes posible (menos de 72 horas del hecho) para la recolección de material para estudio forense, anticoncepción de emergencia, profilaxis de infecciones de transmisión sexual y vacunas.

Obtener por escrito el consentimiento para realizar la recolección de muestras. Si la persona no puede firmar incluir su huella dactilar.

El/La trabajador/a de salud NO DEBE:

Mostrar juicio de valor alguno mediante el tono de voz o gestos.

Inducir al diagnóstico.

Preguntar directamente si uno de los familiares fue el responsable de lo ocurrido.

Confrontar a la pareja, a la familia, a partir de las declaraciones realizadas por la víctima.

Dramatizar la situación.

Demostrar sentimientos de rabia, indignación, desaprobación.

Equipos e instrumentales básicos para la realización del examen a víctimas de abuso sexual.

El disponer de la totalidad y calidad de instrumentos y equipamientos para realizar con eficiencia y eficacia la labor en los servicios de salud, es un requerimiento necesario y legítimo, sin embargo, por diversas razones es sabido que esta condición no siempre se logra; lo cierto es que los establecimientos de salud han mostrado tener la suficiente creatividad y capacidad de gestión para sortear estas limitaciones.

Teniendo en consideración lo expuesto, a continuación se describen los equipos e instrumentales que se debe disponer para realizar el examen a las víctimas de abuso sexual.

Mesa ginecológica
Escalerilla
Luz o lámpara de examen
Guantes estériles
Espéculos / metal estériles o descartables (tamaño pequeño, mediano)
Espátula de madera
Tubos con EDTA para toma de muestras de sangre
Hisopos de algodón esterilizada con caja de cartón contenedora
Algodón
Gasa
Alcohol
Pinzas anatómicas
Pinzas hemostática pequeñas
Sábanas limpias o sábanas de papel blanco
Peine descartable
Jeringa de 5 y 10 ml

Sábana de papel (pliego de papel sulfito)-
Corta uñas o espátula de plástico (con contenedor para recibir la evidencia)
Ropa interior descartable
Pañal descartable
Toalla higiénica
Bolsa de papel madera (para guardar la/s evidencia/s)
Frasco estéril para coleccionar orina.

Observación: Se aclara la importancia de disponer de Campana de Bioseguridad para secado de evidencia (ropas, sábanas y otros), sobre todo para los puntos más alejados de Asunción.

Examen físico y recolección de muestras

Examen médico general

- Debe describirse en forma pormenorizada las lesiones que presenta el/la paciente desde la cabeza a los pies, como erosiones, excoriaciones, contusiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc. Se consignará signos clínicos de patología médicas pesquisadas, también deben señalarse y describirse tatuajes existentes.
- La descripción de las lesiones deben ir, en lo posible, acompañadas de tomas fotográficas²⁷ o de un esquema de lesiones, tomando nota de las medidas exactas de las mismas, orientación y al menos dos reparos anatómicos para su ubicación.
- Examinar la región con lámpara, colposcopio o lupa.
- Llevar a cabo un examen bucal para verificar si hay lesiones. Las muestras en la boca, se toman donde la encía se encuentra con los dientes o entre las muelas inferiores y la mejilla.
- No utilizar lubricantes o azul de toluidina para identificar lesiones.
- Si hubo lucha, tome muestras debajo de las uñas del /a paciente.

27 Las tomas fotográficas se realizarán solo a los fines de evidencia, por tal debe ser confidencial y de uso exclusivo para los fines de la investigación, y la misma debe adjuntarse al momento de realizar la denuncia a la Fiscalía. Se deberá fotografiar la lesión, nunca el cuerpo entero de la víctima, ni el rostro. En los casos de niños, niñas y adolescentes se notificará a la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia en caso de tomar la fotografía, para ello se debe registrar el nombre completo de quién recibió la notificación, la fecha y hora. La notificación puede ser escrita, verbal. Las fotografías no pueden ser publicadas, forman parte del expediente. Si es NNA y está acompañado de una persona adulta protectora, se podrá solicitar además el consentimiento informado (explicando la razón de este procedimiento). Se aclara que en todos los casos se debe explicar a la víctima el porqué de este trámite.

Examen del abdomen

Este debe incluir la inspección y la palpación en busca de lesiones o patologías preexistentes:

Inspección. Descripción de lesiones traumáticas pormenorizadas indicando la región anatómica, se describirán patologías médicas y quirúrgicas, cicatrices, tumores, etc.

Palpación. Maniobra destinada a la búsqueda y descripción de órganos (estómago, vesícula, útero, vejiga, intestino, etc.).

Frente a la sospecha de un embarazo, por presentar útero aumentado de tamaño o amenorrea previa, se realizará una exploración ginecológica ultrasonográfica por vía abdominal o transvaginal.

Si no se dispone del equipo, se medirá la altura uterina y se auscultarán los latidos cardíofetales y las características del feto como presentación, movilidad y vitalidad.

Examen genital del sexo femenino

Comprende el examen de las mamas consignándose las lesiones pesquisadas, deberán ser descritas en forma anatómica, ambas mamas y por cuadrantes. El examen genital comprende:

- Inspección de la vulva, características del vello pubiano, clítoris, labios mayores y menores. Descripción de eventuales lesiones traumáticas en vulva, periné, horquilla vulvar, erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, desgarros, etc.
- Descripción del himen o sus restos, consignando su forma, las características de los bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes, erosiones, excoriaciones, desgarros descritos según los punteros del reloj. Tener en cuenta que el himen es un órgano muy importante en el examen médico legal, debiendo describir si está intacto o presenta lesiones antiguas cicatrizadas. Se debe considerar que en los desgarros himeniales sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada. Además hay que considerar el himen complaciente cuyos bordes se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse y es de relativa frecuencia. Deberá consignarse los genitales de múltipara que solo poseen carúnculas mirtiformes o restos del himen, en lo posible deberá realizarse fotografías o video. En los servicios

médicos que posean colposcopio, deberá realizarse vulvoscopía y examen del himen bajo visión colposcópica.

El examen de la vagina en la mujer adulta, con vida activa o múltipara, deberá realizarse mediante especuloscopia, examinando sus paredes: anterior, posterior y laterales, describiendo las eventuales lesiones traumáticas, erosiones, excoriaciones, hematomas, desgarrados, etc., o su indemnidad.

Deberá describirse las características del cervix. Si se dispone de colposcopio el cuello deberá ser examinado con ese instrumento. Si es posible grabar con video, ya que esta documentación será una prueba importante.

Luego mediante palpación por tacto vaginoabdominal se considerarán las características del útero y los anexos.

La especuloscopia vaginal está rara vez indicada en las niñas, se efectuará sólo en casos muy especiales y bajo anestesia, cuando se sospecha desgarro vaginal. En este momento es posible tomar muestra de flujo vaginal para la búsqueda de infección por hongos, tricomonas, cultivo de Thayer-Martin y examen directo para la búsqueda de gonococo. Al existir lesiones papulosas o úlceras solicitar examen de VDRL.

Tomar una muestra de orina, en busca de hematuria que indique traumatismo genitourinario. Se debe realizar dicha toma al terminar el examen genital interno.

Examen genital del sexo masculino

Se debe describir anatómicamente el pene, prepucio, escroto y los testículos, consignando eventuales lesiones traumáticas como erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, etc.

Si se visualiza lesiones papulosas o ulceradas se sospechará una infección de transmisión sexual como sífilis, condilomas acuminados, herpes genital, etc. En caso de flujo uretral se sospechará gonorrea y se tomará un examen directo y cultivo de Thayer-Martin.

En lo posible documentar con fotografía o video y penescopia.

Examen de ano en ambos sexos

Se deberá inspeccionar cuidadosamente, en lo posible con colposcopia, buscando erosiones, excoriaciones, fisuras, desgarros, equimosis, hematomas o cicatrices.

- Se deberá consignar la tonicidad del esfínter anal que puede estar disminuida, con salida de gases y materia fecal.
- Si se cuenta con servicio de proctología, teniendo dudas sobre la tonicidad del esfínter anal, se puede realizar una manometría o electromiografía. Se tomará una muestra de contenido anorrectal para la búsqueda de semen o espermios, siempre que la denuncia sea dentro de las 24 a 48 horas de cometido el delito.
- En caso de sospecha de lesión rectal, se realizará un tacto rectal buscando una posible rotura del recto o la presencia de un cuerpo extraño que tendrá tratamiento quirúrgico de urgencia.
- En presencia de lesiones papulares y/o ulcerativas se solicitará examen de VDRL.
- En caso de visualizar tumoraciones papilomatosas hay que pensar en condilomas acuminados.

Observación: Una vez consignados los hallazgos al examen físico, no es posible que el personal de salud afirme que es un delito, sino que indicara su apreciación clínica al respecto.

TOMA DE MUESTRA

Introducción

Es muy importante la toma adecuada de muestras, se deben tomar las precauciones en cada etapa desde la recolección hasta su procesamiento final, debe realizarse una correcta rotulación para evitar confusión con otras muestras, la conservación adecuada en cámara de frío indicando el uso o no de preservantes, el transporte, la técnica de procesamiento, la experiencia del procesador y la correcta anotación de resultados. No se debe dejar de colocar la fecha y la hora en que se realizó cada procedimiento.

PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA

El profesional actuante deberá informar a la víctima en forma permanente, las prácticas médicas que sea necesaria realizarle, así como toda intervención profesional que se deba realizar e involucre sus intereses, solicitando para ello, en todos los casos su consentimiento previo.

Es conveniente contar con un ayudante capacitado para la recolección de las muestras para evitar revictimizaciones.

Las muestras y los datos obtenidos deberán conservarse y registrarse en forma prolija y minuciosa, ya que constituyen evidencias legales que podrían ser requeridas judicialmente.

De existir signos físicos es obligatorio graficarlos en un dibujo, las lesiones genitales y extragenitales en forma detallada u obtener un registro fotográfico de los mismos, ya que las lesiones recientes pueden cicatrizar, o desaparecer con el tiempo. El buen registro evita la reexaminación de la víctima.

Reiteramos que en cada procedimiento se deberá solicitar el consentimiento previo.

El examinador debe documentar los hallazgos del examen físico y recolectar la evidencia.

Se debe registrar:

- Signos vitales.
- Peso y talla e impresión de su estado físico y mental.
- Para el examen de adolescentes y niños se debe utilizar los gráficos de crecimiento (peso/talla) y la escala de Tanner (escala de madurez sexual) para determinar el desarrollo sexual secundario, determinar el estadio del desarrollo es relevante para interpretar los hallazgos físicos en los niños y adolescentes, ya que existe correlación entre el Estadio de Tanner y el desarrollo himeneal, así los hallazgos físicos deben ser evaluados en el contexto del desarrollo himeneal para la interpretación de esos hallazgos.
- Se debe revisar al paciente desprovisto de ropas y en posición de pie, si es posible, primero de cuerpo entero, registrando las lesiones que presenta en el diagrama corporal.

RECOLECCIÓN DE LA EVIDENCIA

Se debe documentar toda la evidencia que se ha recolectado, si por algún motivo no se han tomado muestras se debe indicar los motivos de tal decisión.

Incluye:

Recolección de ropas: Es de utilidad para determinar la presencia de sangre, esperma, orina, sustancias, pelos, fibras y cuerpos extraños en las mismas, tendiente a establecer una relación con el agresor, así como con la escena del delito y cotejar esos hallazgos con las muestras que se hayan obtenido del sospechoso y del lugar del hecho.

Si es posible, la víctima debe quitarse las prendas sobre un papel (debe asegurarse que se trata de las prendas que la víctima llevaba al momento del hecho), con la finalidad de que cualquier elemento que este adherido en las prendas quede sobre la superficie del mismo, así como disminuir la posibilidad de contaminación de la muestra con elementos que se hallen en la sala de examen.

Cada prenda debe empaquetarse por separado en bolsas de papel, las cuales deben estar correctamente etiquetadas consignando el nombre de la paciente, su contenido y la fecha y hora de recolección.

También debe recolectarse los *tampones o toallas higiénicas* en el caso de que la víctima estuviese menstruando, recordar que antes de su empaquetamiento debe dejarse secar al aire.

Se debe recolectar todo material extraño que se encuentre en el cuerpo de la víctima, así como proceder al hisopado de las áreas corporales sospechosas, si hay disponibilidad se puede utilizar una lámpara de Wood para determinar manchas en la superficie corporal y proceder a su levantamiento por medio de hisopos humedecidos con pequeña cantidad de agua destilada, identificando en forma separada el área corporal a la que corresponde cada uno de ellos, se dejarán secar antes de empaquetar para su almacenamiento.

Recolección de pelos y vello: Se deben colocar en papel, en forma separada para su correcto empaquetamiento, recordar que debe obtenerse una muestra de pelo y/o vello de la víctima para su cotejo.

Recolección de muestras orales y ano-genitales: se deben tomar muestras por medio de hisopos cuidando de no contaminarlos con el contacto con otras áreas, en algunos casos y sobre todo cuando se constata la presencia de abundantes secreciones en cavidad, se debe realizar un frotis para efectuar un rápido estudio microscópico. Para la recolección de muestras genitales se debe proceder a una toma de vagina y otra del canal cervical; en caso de víctima masculina se debe humedecer el hisopo con una gota de agua destilada y desplazarlo por la superficie externa del pene, glande y prepucio, también se puede tomar muestra de la piel escrotal de igual manera, si el caso lo amerita.

Se debe considerar la toma de muestra de saliva (se solicita que la víctima coloque dentro de la cavidad oral una parte de papel de filtro que se retira cuando se ha impregnado de saliva, no debe comer, beber o fumar quince minutos antes de la toma), sangre o hisopado bucal para obtener ADN de la víctima para comparación (en caso de contacto sexual-oral, es mandatorio tomar *muestra de sangre*).

Recolección de muestras para determinación toxicológica si se dan las condiciones para ello

INTEGRIDAD DE LA EVIDENCIA

- *Toma de la muestra:* se debe prevenir la posibilidad de contaminación.
- *Manipulación de la muestra:* se debe recordar que es preferible el uso de bolsas de papel, ya que el plástico retiene la humedad y facilita la degradación de muestras biológicas.
- *Debe existir el menor período de tiempo posible entre la toma de la muestra y su almacenamiento.*
- *Se debe documentar el tipo de muestra que se ha obtenido y su transferencia y almacenamiento.*

CONSIDERACIONES DEL PASO DEL TIEMPO PARA PROCEDER A RECOLECTAR EVIDENCIA

Independientemente de la recolección de evidencia el examinador debe:

- Obtener la historia médica - examinar a la paciente.
- Documentar los hallazgos.
- Examinar prontamente a la paciente para disminuir la probabilidad de pérdida de evidencia y atender sus necesidades.
- Tomar decisiones sobre la obtención o no de evidencia de acuerdo al tiempo que haya transcurrido desde que se produjo el hecho.

Es mandatorio recolectar evidencia cuando han transcurridos no más de 72 hs. del hecho (se debe tener en cuenta que el espermatozoide puede ser detectado después de ese período de tiempo dentro del canal cervical, y que muestras de orina pueden contener trazas de sustancias hasta 96 horas después de su ingestión y en algunas situaciones la evidencia puede permanecer aún después de ese período de tiempo (casos en los que hay injurias visibles, dolor y sangrado genital, o se ha higienizado después de la agresión).

Cadena de custodia²⁸

Las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento es una oportunidad única para avanzar en la identificación del víctima como parte del proceso penal iniciado por la denuncia de la violación sexual. El procedimiento para envío de la muestra obtenida en el procedimiento a la fiscalía o a la unidad que recibió la denuncia, se describe a continuación:

- Verificar que en la denuncia exista número, con el cual se identificará el proceso de cadena de custodia e investigación posterior. Comunicarse con la Fiscalía jurisdiccional o designada para informar el inicio de la Cadena de Custodia; la Fiscalía a cargo se debe comunicar con quien haya realizado la solicitud, para informar el nombre del personal asignado quien recogerá y transportará el material en custodia al Laboratorio Forense, continuando la cadena de custodia.
- Previo a la atención de el/ la paciente se debe disponer de los elementos para la recolección de las muestras y tener copia de los formatos para el diligenciamiento por parte del médico que atenderá el procedimiento, del inicio de la Cadena de Custodia. Estos formatos son:
 - Registro de Cadena de Custodia.
 - Rótulo de Elemento Materia de Prueba o Evidencia cantidad 2 copias. Una para rotular frasco y otra para rotular caja.
- El médico tratante realiza la *recolección* de la muestra y procederá a envasarlo, identificándolo con el nombre de la paciente y el número del Expediente Clínico.
- Para garantizar la preservación de la muestra se procede a *embalar, rotular y sellar*; la cual estará en guarda en el servicio de salud hasta que se presente el personal designado (por Fiscalía) para el retiro y transporte de la muestra.

28 Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Pág.: 156 y demás. Colombia . Año 2011.

- Al ser entregada la Cadena de Custodia al personal designado que actúa como custodio y responsable del transporte y entrega al Laboratorio Forense, se diligencia por su parte nuevamente el registro de continuidad de los elementos materia de prueba.
- Se deja una copia del formato de registro de Cadena de Custodia para ser anexado al Expediente Clínico.

En resumen recordar que debe detallarse:

- Nombre de la víctima y lugar dónde se efectúa el examen.
- Fecha y hora de la recolección de las muestras.
- Descripción y localización de la parte del cuerpo de donde se recoge la muestra.
- Nombre y firma del examinador/a.

CADENA DE CUSTODIA DE LAS MUESTRAS

CADENA DE CUSTODIA

Datos del Servicio de Salud

Sospecha diagnóstico: _____

Profesional de salud: _____

Servicio de Salud: _____

Dpto.: _____ Expediente N°: _____

Datos del/la paciente

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: F M

Ocupación: _____

C.I.C. No.: _____

En caso que sea menor de edad, colocar también los siguientes datos de la persona responsable que acompaña:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: F M

Ocupación: _____

C.I.C. No.: _____

Relación o parentesco con la víctima: _____

Datos del suceso

Fecha: _____ Hora: _____

Medicación, ya sea prescrita o en posesión del /la paciente: _____

Toma de muestra

Fecha: _____ Hora: _____

N° de frascos que remite (en número y letras): _____

Indique el tipo de muestra y la cantidad que remite: _____

Análisis solicitados

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Cadena de custodia

La toma de muestra ha sido realizada por: _____

Firma: _____

Registro N°.: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Las muestras han sido envasadas y etiquetadas por: _____

Firma: _____

Registro N°.: _____

Fecha: _____ Hora: _____

En caso de que la muestra sea conservada en el servicio de salud, ésta ha sido recepcionada por:

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Registro N°.: _____

Fecha: _____ Hora: _____

La remisión de las muestras al laboratorio forense la realizó: _____

Nombre y Apellido de quien entrega: _____

Firma: _____

Registro N°.: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre y Apellido de quien recibe: _____

Institución a la que pertenece: _____

Firma: _____

Registro N°.: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Observación (agregar cualquier impresión al momento de la toma de muestra, que no esté reflejado en este documento. Ej.: ingestión de alcohol y/o drogas)

Conservación de la muestra hasta su recepción en el laboratorio:

Adecuado Inadecuado

El transporte de la muestra ha sido efectuado por: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Hora: _____

La recepción de la muestra en el laboratorio realizada por: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Hora: _____

La muestra abierta para el análisis y analizado por: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Tratamientos profilácticos en personas adultas, niños, niñas y adolescentes. ²⁹

Tomar pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual (ITS) en todos los casos de abuso sexual.

La tricomoniasis, la vaginosis bacteriana, la gonorrea y la infección por chlamydia son las ITS más frecuentemente diagnosticadas posterior a un abuso sexual.

Las pruebas diagnósticas de ITS para la mayoría de los pacientes incluyen:

- Serología para sífilis (prueba rápida, VDRL).
- Toma endocervical para gram y cultivo en Agar chocolate o Thayer Martin para detectar gonococo.
- Prueba rápida de Chlamydia o Elisa en la misma muestra endocervical.
- Frotis en fresco para búsqueda de Trichomonas Vaginalis o la presencia de hallazgos sugestivos de vaginosis bacteriana.
- Prueba rápida de tamizaje para VIH
- Muestra de sangre para búsqueda de anticuerpos y antígenos del virus de la Hepatitis B.
- Búsqueda de espermatozoides en muestra.

RECUERDE que en niños, niñas y adolescentes el diagnóstico de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado su transmisión perinatal, es indicativo de abuso sexual. Igualmente la presencia de Chlamydia o Trichomona son altamente sospechosas del mismo.

²⁹ Las guías de tratamiento indicadas han sido actualizadas con el Programa Nacional de Control de SIDA-ITS (PRONASIDA), en un taller con representantes de distintas instituciones de salud. Noviembre, 2010. Actualizadas por la Dra. Zully Suárez de PRONASIDA agosto 2012.

Se debe iniciar manejo profiláctico para ITS, VIH y Anticoncepción de Emergencia cuando esté indicada, antes de que hayan pasado 72 horas del evento.

RECUERDE de realizar el Consentimiento Informado previo a la prescripción de la profilaxis y/o la contracepción de emergencia según lo descrito previamente.

Profilaxis para VIH

Debe iniciarse dentro de las primeras horas hasta 72 horas, después de ese tiempo la protección como profilaxis disminuye.

Haga consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis para VIH.

Explique a la persona el riesgo de contraer la infección y la relación costo beneficio por la toxicidad del tratamiento preventivo.

Valoración del Riesgo

Riesgo Alto

Recepción anal con eyaculación, sin preservativo o con preservativo que ha sufrido rotura o ha sido mal utilizado.

Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

Recepción anal sin eyaculación.

Penetración anal sin preservativo con rotura o mal uso del mismo.

Riesgo moderado

Recepción vaginal³⁰ sin eyaculación.

Penetración vaginal³¹ sin preservativo con rotura o mal uso del mismo.

Sexo orogenital receptivo o activo con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

Riesgo mínimo

Sexo oral sin eyaculación.

Recepción vaginal con preservativo.

Penetración vaginal o anal con preservativo.

El tiempo ideal para iniciar el tratamiento es dentro de las primeras **2 horas, hasta 72 horas** de ocurrido el hecho.

En caso de que el abusador utilice drogas endovenosas considerar como de alto riesgo.

Seguimiento laboratorial

- Al inicio y luego repetir a las 2 y 4 semanas: hemograma – prueba de función hepática y renal.
- A las 6 semanas, 3 meses y 6 meses: serología para VIH, VHB y VHC.
- Si no se realizó profilaxis pedir en 45 días: hemograma y serología para VIH, VHB y VHC.

30 Recepción: refiere al riesgo que tiene la mujer.

31 Penetración: refiere al riesgo que tiene el hombre.

Profilaxis para Hepatitis B

Cuando la víctima nunca ha sido vacunada para la hepatitis B; la primera dosis de la vacuna debe ser administrada en la evaluación inicial, la segunda dosis debe ser aplicada entre 1 a 2 meses de la primera dosis, y la tercera dosis entre los 4 y 6 meses después de la primera.

Si tiene dudas de la vacunación o no tiene acceso a la medición de anticuerpos contra Hepatitis B considere el inicio de la vacunación y aplique una dosis de gammaglobulina hiperinmune.

Cuando no se ha completado el esquema de vacunación se completan las dosis faltantes.

A los que tienen completo su esquema de vacunación: deben ser evaluados los niveles de anticuerpo contra antígenos de superficie para determinar respuesta protectora y definir nuevo esquema de vacunación.

RECUERDE El embarazo y la lactancia no son contraindicaciones para recibir profilaxis para hepatitis B.

Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia se puede administrar dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es MUY IMPORTANTE administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración pierde su efectividad en forma considerable.

RECUERDE que debe administrar la Vacuna antitetánica en casos de heridas cortantes o penetrantes. O si ya pasaron más de 10 años de la aplicación

Tratamiento – Profilaxis VIH/ITS- Post Exposición (personas adultas)

		Medicamento	Presentación	Dosis	Tiempo de Profilaxis	Efectos secundarios	Contraindicaciones
		RIESGO MOEDERADO		Zidovudina AZT	tableta de 300mg	1 tableta c/12 hs.	4 semanas
Lamivudina 3 TC	tableta de 150mg			1 tableta c/12 hs.	Alteraciones inespecíficas gastrointestinales		
RIESGO ALTO		Lopinavir/ Ritonavir	Tableta de 200mg	2 tabletas c/ 12 hs.	4 semanas	Transtornos metabólicos. En gral. bien tolerado a corto y largo plazo.	Transtornos metabólicos importantes.
		Efavirenz	Tableta de 600mg	1 tableta c/24hs.		Transtornos del sueño. Alteraciones psiquiátricas, reacción alérgica, teratogenia.	Embarazo. Antecedentes de neurosis y depresión.

Profilaxis ITS		Medicamento	Presentación	Dosis	Tiempo de Profilaxis	Efectos secundarios	Contraindicaciones
		OPCION 1	Ciprofloxacina	Tabletas 500mg	1 tableta.	Dosis única	
+ Azitromicina	Tableta 500mg		4 tabletas (2gr)				
+ Metronidazol	Cápsulas 500 mg		4 cápsulas (2gr)				
OPCION 2	Ceftriazona	Frasco ampolla 1 gr.	250 mg IM	Dosis única			
	+ Metronidazol	Cápsulas 500 mg	4 cápsulas (2gr)				
OPCION 3	Azitromicina	Tableta 500mg	4 tabletas (2gr)	Dosis única			
	+ Metronidazol	Cápsulas 500 mg	4 cápsulas (2gr)				

Tratamiento – Profilaxis VIH/ITS- Post Exposición (niños, niñas y adolescentes)

- **Tratamiento Básico:** 2 ITIAN (Riesgos menores)
- **Tratamiento Ampliado:** 2 ITIAN + 1 IP o 2 ITIAN + 1 ITINN (sexo vaginal o anal receptivo)
- **Duración del tratamiento:** 4 semanas

El tratamiento de elección es: AZT+3TC y Lop/RTV

Dosaje y vías de administración de drogas antirretrovirales para profilaxis post exposición al VIH en niños y adolescentes

Nombre genérico	Presentación	Dosis Niños/Adolescentes
ITIAN		
Zidovudina (AZT)	Cápsula 100 mg Comprimidos combinados AZT/3TC 300/150 mg Fco. amp 20 mg/ml 10cc Sol. Oral 10 mg/ml	Niños 90/180 mg/ m2 c/12 hs VO Adolescentes 300 mg c/12 hs VO
Lamivudina (3TC)	Comprimido 150 mg Sol. Oral 10 mg/ml	Niños 4 mg/Kp c/12 hs VO Adolescentes 150 mg c/12 hs VO
Estavudina (d4T) (Solo en caso de efecto adverso, no como primera elección)	Cápsula 30 y 40 mg Sol. Oral 1 mg/ml	Niños hasta 29 kg: 1 mg/kp/ds c/12hs VO ≥ 30 a 59 kg: 30 mg c/12hs VO >60 kg: 40 mg c/12hs VO

ITINN						
Nevirapina (NVP)	<table> <tr> <td>tableta 200 mg</td> <td>150-200 mg/m²/ds c/12hs VO</td> </tr> <tr> <td>Sol. Oral 10 mg/ml</td> <td>Iniciar con 1 dosis diaria por 14 días, luego c/12 hs</td> </tr> </table>	tableta 200 mg	150-200 mg/m ² /ds c/12hs VO	Sol. Oral 10 mg/ml	Iniciar con 1 dosis diaria por 14 días, luego c/12 hs	
tableta 200 mg	150-200 mg/m ² /ds c/12hs VO					
Sol. Oral 10 mg/ml	Iniciar con 1 dosis diaria por 14 días, luego c/12 hs					
Inhibidores de Proteasas						
Lopinavir/ritonavir (Lop/RTV)	<table> <tr> <td>Sol. Oral 400 mg de LPV/100 mg of RTV /5 mL</td> <td>Niños: LPV, 300 mg/ m²/ds, + RTV, 75 mg/m²/ds, c/12hs VO</td> </tr> <tr> <td>Capsula: 133.3 mg de LPV/33.3 mg de RTV</td> <td>Adolescentes: LPV, 400 mg/ds, + RTV, 100 mg/ds c/12h VO</td> </tr> </table>	Sol. Oral 400 mg de LPV/100 mg of RTV /5 mL	Niños: LPV, 300 mg/ m ² /ds, + RTV, 75 mg/m ² /ds, c/12hs VO	Capsula: 133.3 mg de LPV/33.3 mg de RTV	Adolescentes: LPV, 400 mg/ds, + RTV, 100 mg/ds c/12h VO	
Sol. Oral 400 mg de LPV/100 mg of RTV /5 mL	Niños: LPV, 300 mg/ m ² /ds, + RTV, 75 mg/m ² /ds, c/12hs VO					
Capsula: 133.3 mg de LPV/33.3 mg de RTV	Adolescentes: LPV, 400 mg/ds, + RTV, 100 mg/ds c/12h VO					

De llegarse a presentar efectos tóxicos:

Lop/RTV: diarrea, dolor abdominal.

AZT: si se presenta anemia se debe reemplazar por estavudina (d4T).

3TC: tiene toxicidad mínima.

NVP: erupción cutánea, fiebre, alteración de las transaminasas

Profilaxis ITS

	Medicamento	Presentación	Dosis	Tiempo de Profilaxis
Sifilis	Penicilina Benzatínica	2.400.000 U	50.000 U/ Kp IM	Dosis única
	o Ceftriazona	Frasco ampolla 1 gr	250 mg IM	
Gonorrea	Ceftriazona	Frasco ampolla 1 gr	125 mg IM	Dosis única
Chlamydia	Menores de 8 años: Eritromicina	250 mg	50mg/Kp cada 6 hs.	7 días
	Mayores de 8 años: Azitromicina	500 mg	1gr o 20mg/Kp	Dosis única
	o Ciprofloxacina	500 mg	500mg	Dosis única
	o Cefixima	400 mg	8mg/Kp o 400mg	Dosis única
Trichomonas	Metronidazol	500mg	30 mg / Kp o 2gr	Dosis única

Tratamiento Profilaxis Hepatitis B

Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad.

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B, la aplicación de la gammaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.

VACUNA CONTRA HEPATITIS B:

Se debe iniciar antes de 24 horas.

La dosis depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg

- Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años inclusive.
- Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 19 años inclusive.
- Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años

La primera y segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un período más largo entre la segunda y tercera (6 semanas) aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses: en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)

Para profilaxis simultánea administrar 0.06ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultánea (inicialmente sólo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de GAMMAGLOBULINA.

Tratamiento Anticoncepción de Emergencia

A) Progestageno

LEVONORGESTREL 0,75 mg

Edad	Dosis	Presentación	Duración	Cantidad de tratamiento
Cualquier edad en riesgo de embarazo	150mg	Píldoras de 0,75mg	Dosis única	2 píldoras

B) Hormonas Orales combinados

Etinilestradiol +		50mcg	1 día	2 comprimidos cada 12 horas
Levonorgestrel		250mcg		
Etinilestradiol +		50mcg	1 día	2 comprimidos cada 12 horas
Norgestimato		500mcg		
Etinilestradiol +		30mcg	1 día	4 comprimidos cada 12 horas
Levonorgestrel		150mcg		
O Etinilestradiol +		30mcg		
Norgestrel		300mcg		

Vacuna Antitetánica

En caso de heridas cortantes o penetrantes. O Si han pasado los 10 años de su aplicación.

Seguimiento Laboratorial al Tratamiento y Profilaxis de las víctimas de abuso sexual

Laboratorio inicial:

- Serología: VIH, VHB, VHA, VHC y Sífilis
- Hemograma
- Pruebas de función hepática y renal
- Test de embarazo

A las 2 y las 4 semanas:

Para controlar la toxicidad de la medicación antirretroviral y la posibilidad de embarazo

- Hemograma
- Pruebas de función hepática y renal
- VDRL. En caso de ser +, control a los 1,3, 6 y 12 meses.
- Test de embarazo

Para controlar si han sido efectivas las medidas preventivas debemos hacer:

- Serología VIH: a las 6,12 y 24 semanas. (a los 1,3 y 6 meses)
- Serología VHB: a las 6, 12 y 24 semanas.
- Serología VHC: a las 12 y 24 semanas.

Cuidado Integral de la Salud Mental desde el sector Salud ante la violencia.

El personal de salud que atiende a las víctimas de violencia debe tener aptitudes y entrenamiento para sostener un diálogo que permita un intercambio rico en contenidos y lo más esclarecedor posible, respetando los derechos y necesidades de las personas víctimas.

Consideraciones que el personal de salud debe tener en cuenta al momento de prestar atención a una persona víctima de violencia o abuso sexual.

- Haga que la persona se sienta lo más cómoda posible.
- Preséntese.
- Pregúntele su nombre.
- Empiece con una pregunta fácil.
- No juzgue a la persona, escúchela y acompáñela.
- Permita y ayude a que narre la situación violenta de la que es o fue víctima.
- Escuche detenidamente, muestre interés.
- Asuma una actitud empática.
- Dialogue con la persona, de forma calmada, positiva y fortalecedora.
- Deje que la persona sea quien hable.
- Permita el silencio. Intervenga si el silencio se prolonga demasiado.
- Organice el seguimiento terapéutico (bio-psico-jurídico-social).
- Cierre la entrevista: antes de terminar, pregúntele como se siente?, en que más la/o puede ayudar?, que necesita?.
- Llame a la persona por su nombre y brinde un saludo final.

Es importante que el personal de salud tenga en cuenta que su actuación será distinta si la persona reconoce o no la violencia y según la situación de peligro en la que se encuentre.

Una comunicación efectiva se basa en la escucha responsable; por lo que ESCUCHAR - MIRAR

- Significa dejar hablar libremente a la persona.
- Significa percibir tanto el contenido como los sentimientos.
- Requiere sensibilidad.
- Ayudar a establecer la confianza entre las partes.
- Implica mantener contacto visual (mirar - ser visto - ser oído).

CONSIDERACIONES FINALES

Respete: El derecho de las personas a la confidencialidad.

Guíe: No brinde consejos o diga qué debe hacer la persona.

Evite: Hacer juicios de valor sobre lo que oye, no juzgue, no critique.

Las actividades encaradas por el equipo de salud deben ir orientadas a satisfacer las necesidades de las víctimas. Dichas acciones requiere el cumplimiento de varios aspectos a fin de ofrecer una atención de calidad.

Entrevistas a niños/as y adolescentes

En el caso de que del niño/a - adolescente se presente sólo/a a la consulta, el profesional efectuará la entrevista de rigor y deberá valorar si el niño/a - adolescente - conforme a su edad y desarrollo evolutivo - se encuentra en condiciones de formarse un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello.

Pedirle al niño/a - adolescente su parecer (consentimiento) sobre la posibilidad/necesidad de contactar a adultos referentes significativos.

Si el niño/a viene acompañado por un adulto referente, se realizarán entrevistas en forma simultánea con el adulto y el niño/a, debiendo priorizar el relato de niñas, niños y adolescentes a efectos de permitir el ejercicio del derecho a opinar y ser oído.

En el caso de un/a adolescente que se presente acompañado por un adulto referente, el profesional deberá consultarle si prefiere mantener la entrevista a solas.

El/la niño/a - adolescente con algún tipo de discapacidad es más vulnerable. Puede presentar limitaciones de comprensión de lo que se consideran interacciones sociales apropiadas y de la información relacionada con la sexualidad humana. Cuando son víctimas de abuso, en muchas ocasiones, no saben qué hacer y a quién acudir y/o tienen una capacidad limitada para comunicar con claridad los detalles y responder a los interrogatorios. Por las razones señaladas se requerirá la participación de un profesional del área de la salud mental con experiencia suficiente para la realización de la entrevista, esto con el fin de evitar revictimizar en el abordaje por falta de conocimientos necesarios.

Entrevista inicial con el niño/a o adolescente víctima de abuso sexual

A los fines de evaluar el estado emocional del niño/a - adolescente víctima de abuso sexual, durante el relato se recomienda que el mismo sea atendido por un profesional de salud mental.

Aspectos a tener presente en la entrevista:

Disponer de un lugar adecuado que respete la intimidad y privacidad del/la niño/a o adolescente durante las entrevistas.

Si ellos/as lo desean, podrán ser acompañados en la entrevista por alguna persona de su confianza (sea adulto/a o adolescente, independientemente de la edad).

Se debe evitar el estilo interrogativo o confrontativo.

En la entrevista el/a profesional debe estar atento/a a obtener información que permita conocer el nivel de desarrollo alcanzado por el niño/a ó adolescente y los desórdenes emocionales que pudieran advertirse. La ausencia de manifestaciones inmediatas o evidentes en sus conductas no significa que el daño no ha ocurrido, o que los niños/as o adolescentes no han sido afectados por el abuso.

En algunos casos el/la niño/a - adolescente relata la situación de abuso a los demás profesionales intervinientes, como por ejemplo ginecólogo, pediatra, etc. durante los exámenes físicos.

El/la profesional deberá estar atento/a ante la posible manifestación de parte del/la niño/a – adolescente de datos vinculados a los siguientes elementos (recordando que en el caso de que el/la niño/a - adolescente se refiera a ellos resulta de suma importancia registrarlos por escrito).

Toda la información será recabada en los Formularios mencionados, archivados en el Expediente Clínico y tendrá como objetivo principal brindar una adecuada atención integral de la salud ante la situación de abuso de la que fuera víctima, así como documentar lo sucedido y obtener la evidencia médico legal.

Es de fundamental importancia:

- Hacer un registro textual, amplio y minucioso de los dichos del niño/a, ó adolescente con su vocabulario y sin interpretaciones recordando que el primer relato de los hechos es de vital importancia.
- Registrar en forma clara y completa los datos de filiación del niño/a o adolescente, del familiar o referente adulto que lo acompaña, así como dirección y teléfono. Se registrarán además los nombres de los profesional/es intervinientes.
- Registrar la forma por el cual la víctima llega a la consulta. Cuando la derivación haya sido desde una instancia administrativa, judicial o policial, es necesario conservar la documentación en la que se solicita la intervención del equipo de salud.
- Evaluar la posibilidad de que hayan otras personas (niños/as – adolescente, mujeres) expuestos a la situación de violencia, abuso sexual por parte del/la mismo/a agresor/a y actuar en consecuencia.
- Denunciar a las instancias correspondientes el hecho ocurrido según los marcos y normativas vigentes (remitirse a Marco Legal de este Manual).

- El diagnóstico final se confeccionará, cuando se disponga en tiempo y forma con los aportes que surjan de las evaluaciones de los profesionales de salud mental, del área médica, del área social y los aportes del área legal, es decir, del equipo multidisciplinario.
- Se garantizará la integridad física y psíquica del niño/a - adolescente, evitando que permanezca en contacto con el/la agresor/a. Se debe evaluar conjuntamente con el niño/a - adolescente, las redes de contención y protección en cada caso, acudiendo a redes familiares, comunitarias y asistenciales. La internación en el servicio de salud (como medida de protección) del niño, niña o adolescente deberá hacerse cuando no pueda garantizarse su seguridad.

Entrevista con el adulto referente del niño/a o adolescente

Cuando un niño/niña - adolescente concorra acompañado por un adulto referente, la entrevista con el adulto, será realizada por el/los profesionales de salud, en lo posible en un equipo interdisciplinario, y como mínimo entre dos personas del área de salud; con el fin de:

- Recabar información complementaria.
- Valorar el riesgo en el que se encuentra.
- Evaluar el resguardo que merece en consecuencia.

Protocolo para el abordaje integral de la violencia desde el Sector Salud. Atención en Salud Mental³²

Principios del acto psicoterapéutico

Dentro de la creatividad y co-construcción que caracteriza a cualquier acto psicoterapéutico, la intervención en crisis para una víctima de violencia sexual debe contemplar los siguientes seis principios básicos.

- **Intervención inmediata:** por definición, estas crisis son situaciones emocionalmente amenazantes, en las cuales la víctima muestra un alto riesgo de desplegar estrategias de afrontamiento “maladaptativas”, o de quedar inmovilizada emocionalmente. Por lo tanto, es necesario proporcionarle atención en salud mental de lo más pronto posible después de sucedido el evento traumático.
- **Estabilización:** favoreciendo activamente la movilización de los propios recursos de la paciente, la restauración de su sensación de seguridad y orden vital, así como activando todas aquellas fuentes de apoyo que faciliten su recuperación integral.
- **Facilitación de comprensión sobre lo ocurrido:** mediante la escucha activa de aquellos aspectos de la agresión que espontáneamente quieran ser relatados por la paciente, se hace una reelaboración de comprensiones alternativas sobre sus efectos en la paciente, que le ayuden a la víctima a percibirse más allá de ellos. Desculpabilización y promoción de la expresión de emociones en torno a lo sucedido.

32 Adaptado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Bogotá, 2008.

- Enfoque a la solución de problemas específicos: identificados tanto desde la perspectiva de la superviviente como del/la terapeuta.
- Restauración de la sensación de autoeficacia en la víctima: promoviendo una visión positiva de sí misma; favoreciendo la restauración de su funcionamiento independiente y dirigiendo su atención hacia un futuro en que ya haya superado los efectos del evento traumático. Ante los síntomas y problemas específicos identificados, debe animársele a poner en práctica sus estrategias propias para afrontarlos, reforzando aquellas que ayuden efectivamente a restaurar el equilibrio normal en la vida de la superviviente.
- Determinación de la necesidad de remitir el caso, debido a su complejidad y especificidad, a otro servicio que el caso así lo requiera, sean estas otras intervenciones a nivel de tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.

Protocolo para el abordaje integral de la violencia desde el Sector Salud. Atención Área Social³³.

La labor del profesional de Trabajo Social es de suma importancia en el abordaje de los casos de sospecha de violencia, porque se convierte en el articulador de los servicios interinstitucionales e intra-institucionales, al desplegar procesos de atención tanto individual como familiar que garanticen una atención oportuna e integral a la víctima y su grupo familiar.

La valoración social al grupo familiar se convierte en una herramienta de diagnóstico de la dinámica socio-familiar indispensable en los procesos de atención integral a víctimas de violencia. Se trasciende de una lectura individual a analizar el contexto en que interactúa la víctima, lo que posibilita reconocer desde esta primera instancia y/o contacto institucional las potencialidades, debilidades y fortalezas del grupo familiar, para implementar estrategias viables que respondan a las necesidades de prevención y atención individual y/o familiar.

El abordaje a los familiares de la víctima de violencia se realizará en la modalidad de entrevista semi-estructurada -puede ser individual o grupal-, en una o varias sesiones de acuerdo al caso.

Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos para realizar un abordaje adecuado de la víctima y su grupo familiar:

- En primera instancia, es recomendable establecer una relación empática con los familiares.
- Observar la actitud de la familia hacia la víctima, frente a los hechos, a los factores protectores y a la satisfacción adecuada de sus necesidades.
- Identificar el nivel de afectación de sus integrantes frente al hecho vivido y reacciones del entorno ante la revelación.

³³ Adaptado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud - Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Bogotá, 2008.

- Identificar factores psicosociales predisponentes y de riesgo a nivel socio-familiar.
- Evaluar el estado en que se encuentran los entrevistados para dar una oportuna intervención en crisis y apoyo durante el proceso de atención. Es necesario generar un espacio donde el familiar se sienta escuchado y exteriorice sus sentimientos.
- Informar acerca de los procedimientos institucionales, deberes y derechos, ruta de atención y orientación socio-jurídica que contemple el trámite de la denuncia.
- Frente a los hechos, conocer el vínculo o relación entre víctima y agresor y reconocer las consecuencias o reacciones del entorno ante la revelación del abuso, para tomar medidas de protección.
- Realizar cierre de las entrevistas agradeciendo la apertura de su historia familiar.
- Reconocer la colaboración, posibilitando la continuidad en el proceso.

El o la trabajador(a) social cumple un rol organizador y orientador de todas las actividades concernientes al abordaje integral de los casos. Las funciones que debe desarrollar son las siguientes:

- » Elaborar la historia social con la siguiente información:
 - Registro de los datos de identificación de la víctima y del grupo familiar (vivienda, educación y trabajo).
 - Composición del grupo familiar.
 - Datos socio-demográficos y económicos.
 - Dinámica familiar: indagar sobre roles, relaciones, vínculos familiares -si es posible de otros contextos sociales-, comunicación, mitos, creencias, circunstancias socioeconómicas, etc. Para identificar las dificultades en el funcionamiento familiar que propicia la situación de vulnerabilidad y de agresión y los factores resilientes. Esta información puede ser ilustrada a través del genograma y ecomapa.

- Abordar algunos aspectos de la historia de vida de la víctima y de la familia. Identificar antecedentes de maltrato y abuso sexual, crisis, conflictos, origen y tipo de dificultades personales y/o familiares no resueltos y alternativas de solución implementadas, potencial de cambio, etc.
- Identificar factores protectores y de riesgo presentes en el grupo familiar que posibilitan la violencia intrafamiliar o que se convierten en obstáculo en el proceso de recuperación.
- Reconocer la red de apoyo familiar, social e institucional; igualmente las necesidades de salud, protección y justicia.

Intervención:

Formular un plan de acción de acuerdo a las necesidades identificadas tanto en la víctima como en su familia, realizando un análisis con el equipo interdisciplinario para establecer las siguientes acciones:

- Otras atenciones médicas especializadas, tratamiento en salud mental (psicología y /o psiquiatría) o las requeridas.
- Establecer estrategias de protección y prevención intra o extrainstitucionales.
- Direccionar los trámites legales pertinentes para la denuncia y/o realizar seguimiento mediante la contrarreferencia con la entidad remitente, siguiendo la ruta de atención. Si es necesario se debe realizar el acompañamiento para el trámite correspondiente.
- Coordinar actividades de remisión institucional e interinstitucional.
- Establecer un plan de seguimiento conjuntamente con el grupo familiar, para generar compromisos y garantizar la intervención clínica.
- Realizar visitas domiciliarias en los casos e instituciones requeridas, con el fin de realizar seguimiento al grupo familiar, determinar necesidades e implementar acciones que orienten los procesos requeridos.
- Realizar procesos de capacitación y actualización permanentes.
- Atender las solicitudes de las instancias legales para el manejo o seguimiento de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ANEXO N° 1 - Guía de recursos y procedimientos.
Orientación para actuación específica en atención primaria y especializada

ANEXO N° 2 - Servicios públicos y privados disponibles

ANEXO N° 3 - Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 10

ANEXO N° 4 - Artículos del Código Procesal Penal referidos al Ministerio Público

Bibliografía

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva. Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP (ENDSSR 2008).
- Rabelo PG, Díaz PW, Linares FT, Díaz PH. Lesiones intencionales: la violencia. Rev Cubana de Salud y Trabajo. 2006;7(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst11106.html
- Clara Murguialday: Intereses y necesidades de género. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/>
- Soto Clyde, González Myrian, Elías Margarita: Encuesta Nacional sobre Violencia Domestica e Intrafamiliar. Centro de Documentación y Estudios. Asunción, 2003. Pág. 10.
- MSP y BS. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009-2013.
- Resolución **CD37.R19**, CD. OPS. 1993
- Comité CEDAW 11º Período de sesiones, Recomendación General N°19 sobre Violencia contra la Mujer. 1992.
- Violencia de género: Un problema de derechos humanos <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/4345/P4345.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xsl>
- Corsi, Jorge. Maltrato y abuso en ámbito doméstico se refiere a la violencia doméstica como una forma de violencia basada en género. La violencia familiar está basada en la generación.
- Centro Nacional Americano del maltrato al anciano; 1995
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2003. Se han realizado algunas adaptaciones.

- Heise, L., M. Ellsberg y M.Gottemoeller 1999. *Ending Violence against Women. Population Reports. Series L. No. 11.* Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.*
- Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar 2010-2015, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Setiembre 2010. Asunción – Paraguay.
- Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Colombia . Año 2011.
- Guía de Consulta abreviada para examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia. Año 2006.
- Anexo 3 Procedimiento para la recolección de evidencia traza como parte de la valoración multidisciplinaria en las salas de entrevista. Ver: <http://ministeriopublico.poderjudicial.go.cr/biblioteca/libros/violenciadomestica>.
- Adaptado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Bogotá, 2008.
- Extraído del Manual de Procedimientos de Actuación Policial para la Atención a Víctimas de Violencia Doméstica y de Género, elaborado por Angélica Roa en el marco de consultoría para SMPR/AECID. Asunción – Paraguay, 2009.
- http://cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.html

ANEXO N° 1

Guía de recursos y procedimientos. Orientación para actuación específica en atención primaria y especializada³⁴.

Analizando las dificultades observadas anteriormente³⁵, y considerando que la(s) víctima(s) pueden acudir a cualquiera de las instituciones, a las que llamaremos “**Instituciones involucradas**”, ya sea para atención primaria, como para atención especializada o de urgencia, el criterio sugerido a fin de dar cumplimiento a las funciones específicas de cada institución, es el siguiente:

La **Policía Nacional** deberá:

- Conducir a la víctima hasta el centro asistencial más cercano.
- Acompañarla hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de sus pertenencias personales en caso de ser necesario.
- Informarle sobre sus derechos y la existencia de los servicios gubernamentales y privados.
- Proteger la escena del delito, concientizada de su responsabilidad como parte integrante de la cadena de custodia de las evidencias, y asesorar a la víctima sobre las medidas para conservarlas, en razón a que las mismas pueden llegar a convertirse en pruebas judiciales de los actos de violencia.
- Acompañar y apoyar a las demás autoridades en la investigación.
- Reportar el caso.

34 Este apartado ha sido transcrito del apartado n° 7 del Manual de Procedimientos Médico Forense de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Proyecto de Consolidación y Fortalecimiento del Sistema de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Secretaría de la Mujer – AECID. Consultora Técnica: Dra. Marta Oviedo. Año 2009. Asunción – Paraguay. Los ítems del sector salud correspondientes a las letras c, d, m y r han sido agregados. Se ha cambiado la denominación del formulario de atención.

35 Se refiere a un análisis realizado en apartados anteriores del mismo Manual, sobre la violencia basada en género, su invisibilidad, el sub registro existente y la falta de conocimiento que se tiene en general sobre el tema.

El **sector Salud** deberá:

- Respetar los derechos de la persona.
- Estabilizar a la víctima física y emocionalmente.
- Hacer anamnesis y examen físico.
- Completar el Formulario de Registro y Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Basada en el Género y/o el Formulario de Registro y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual, a fin de que puedan ser utilizados tanto por el MSPBS como por la Justicia³⁶.
- Atender la urgencia y si es el caso asegurar las muestras obtenidas y/o evidencias recolectadas (siguiendo la cadena de custodia).
- Garantizar el acompañamiento y protección a la víctima.
- Cuando la víctima es niño, niña o adolescente comunicar de inmediato a la autoridad pertinente para su intervención, según indica la Ley N°4295/2011³⁷: Fiscalía de la Niñez y la Adolescencia o la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia, Juzgado de Paz, CODENI o la Policía Nacional. Cuando la víctima es persona adulta, comunicar de inmediato a la autoridad pertinente para su intervención (Policía, la Fiscalía o a la autoridad más cercana).
- Según requerimientos del Ministerio Público u otras instancias de Investigación remitir la copia del Formulario de Registro y Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Basada en el Género y/o del Formulario de Registro y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual.
- Ordenar y realizar los exámenes básicos de laboratorio.
- Realizar diagnósticos y proveer tratamiento farmacológico

36 Los formularios mencionados han sido modificados en varios talleres de validación con participación multidisciplinaria y multisectorial. Ambos pueden encontrarse en este Manual. Estos formularios están en proceso de incorporación, como módulos expertos, a los demás componentes del Expediente Clínico, propuesto por la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES).

37 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.

- Realizar consejería y medidas profilácticas para reducir riesgo de embarazo y adquisición de ITS/VIH y hepatitis.
- Cumplir con otra de sus competencias “la prevención de la VIF”, explorando la problemática y buscando métodos o sistemas adecuados para diagnosticar VIF en la consulta médica general o en los programas de crecimiento y desarrollo tales como, el control prenatal, la planificación familiar, hipertensión arterial, entre otros .
- Registrar y reportar al sistema de vigilancia epidemiológico. Llevar un registro nacional actualizado de todos los tipos de VIF atendidos.
- Asegurar el seguimiento pertinente.

El **Ministerio Público** (MP) deberá:

- Cumplir con su cometido explicitado en los artículos **315, 316** y **320** del Código Procesal Penal (C.P.P.) de la República del Paraguay. (Ver en ANEXO N°4).
- En caso de que las víctimas sean atendidas por el médico forense del MP, en la atención primaria inicial, el médico deberá completar Formulario de Registro y Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Basada en el Género y/o el Formulario de Registro y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual, a fin de que puedan ser utilizados por la Justicia.

El **Poder Judicial** a través de los **Juzgados de Paz** deberá:

- Remitir inmediatamente al **sector salud**, a todas las víctimas de VIF, para que las mismas sean atendidas, esperando la remisión de los informes pertinentes.
- En caso de que las víctimas sean atendidas por el médico forense judicial, en la atención primaria inicial, el médico deberá completar Formulario de Registro y Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Basada en el Género y/o el Formulario de Registro y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual, a fin de que los mismos puedan ser utilizados por la Justicia.

La **Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República** deberá:

- Seguir los delineamientos de la **Ley 1600/2000**.
- En los casos de atención primaria inicial de las víctimas de VIF, coordinar sus acciones con los Servicios de Salud, la Policía Nacional, el Poder Judicial y el Ministerio Público, si el caso lo requiera, así como con otros organismos especializados intergubernamentales y no gubernamentales.

Las **ONGs** que reciban o tengan conocimientos de víctimas de VIF deberán:

- Asistir a las víctimas cumpliendo sus propios objetivos, sin apartarse de los lineamientos específicos de la **Ley 1600/2000**.

ANEXO N° 2

Servicios públicos y privados disponibles³⁸

INSTITUCIONES/ ORGANIZACIONES	Dirección/ Teléfonos	Servicios
MINISTERIO PÚBLICO - FISCALÍAS Sede Central.	Fiscalías Barriales, Fiscalías Zonales. Teléfono de urgencia: 454 611.	Instancia donde se puede realizar la denuncia si una persona es víctima de delitos contra la vida y la integridad física, como los homicidios, lesiones graves o abandonos; casos de violencia sexual, la trata de personas y los actos exhibicionistas. También se puede denunciar cualquier acción que atente contra menores de edad, como el maltrato o el abuso sexual y toda acción que viole los derechos de patria potestad, incumplimiento de prestación alimentaria o violencia intrafamiliar. La denuncia puede realizarlo cualquier persona en cualquier dependencia de la Fiscalía, ya sea la sede central, las fiscalías barriales o las fiscalías zonales. El horario de atención del Ministerio Público es de 24 horas. Denunciar es una obligación y un derecho. No tiene costo y no se necesita de un abogado para realizar la denuncia.

38 Extraído y adaptado del Manual de abordaje a la violencia intrafamiliar y de género. Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República. Asunción Paraguay 2011

JUZGADOS DE PAZ		<p>Instancia donde puede realizarse una denuncia. La ley 1600/00 les otorga competencia en los casos de violencia doméstica. Si la policía recibe una denuncia, debe remitirlo inmediatamente al Juzgado de Paz. Es un órgano jurisdiccional que tiene competencia para ordenar detenciones, medidas cautelares, anticipos de prueba, allanamientos, etc. Pueden intervenir en todas las diligencias de la etapa preparatoria del juicio penal que no admiten demora.</p>
CENTRO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS. MINISTERIO PÚBLICO	<p>Herminio Giménez 3560 c/ Solar Guaraní Teléfono 210-785/7.</p>	<p>Realizan evaluaciones psicológicas victimológicas (pericia psicológica), sociales victimológicas (pericia social). Actúan como un organismo de apoyo a la investigación fiscal del Ministerio Público. Brinda atención a las víctimas de hechos punibles: provee los primeros auxilios psicológicos para contención de las víctimas; acompaña la declaración de niños/as víctimas y/o testigos; acompaña la declaración de adolescentes y adultos en condiciones especiales; y las víctimas para la reconstrucción de los hechos y para el reconocimiento del agresor. Prepara y acompaña en los juicios orales a las víctimas de los delitos y a los testigos menores de edad. Deriva a la red de centros y organismos de servicio a víctimas.</p>

<p>SERVICIO DE APOYO A LA MUJER (SEDAMUR) SECRETARÍA DE LA MUJER PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA.</p>	<p>Pte. Franco y Ayolas. Edificio AYFRA, Bloque B, 13º Piso. Telef. 450 036/8</p>	<p>Brinda atención psicológica y asesoría legal. Se realiza el seguimiento legal del caso que tuviere la víctima conjuntamente con un seguimiento psicológico. La abogada cumple la función de asesora legal, y en ocasiones acompaña a la víctima para el proceso de denuncia y seguimiento, si fuera necesario.</p> <p>SEDAMUR cuenta actualmente con un albergue para que las víctimas puedan pasar la noche o un par de días.</p>
<p>DEPARTAMENTO DE ASUNTOS FAMILIARES. POLICÍA NACIONAL.</p>	<p>Avda. Eusebio Ayala 1412 c/ Morquio. Telef. 224 237.</p>	<p>Atención psicológica para mujeres víctimas de violencia, terapia de pareja, atención psicopedagógica para niñas, niños y adolescentes. Asesoramiento legal.</p> <p>Es importante informarse de las Divisiones de Atención Especializada a víctimas de violencia contra la mujer, niñas, niños y adolescentes.</p>
<p>CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN (CEPEP)</p>	<p>Avda. Perú 1284 casi Ana Díaz Telefax: 226 195 - 220 847 - 201567</p>	<p>En las clínicas se realiza detección y referencia de casos de Violencia Basada en Género (VBG) en todas las usuarias nuevas y a las de seguimiento. También proveen de anticonceptivos de emergencia. Atención médica, evaluación de riesgo, plan de seguridad, entrega de directorio, referencia. Si es necesario se realiza apoyo en situación de crisis.</p> <p>Con costo para la usuaria.</p>

ASISTENCIA PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN VIOLENCIA MASCULINA (APREVIM)	Porto O'Higuins 352. Loma Pyta. Teléfono 299 157	Atención psicológica para la rehabilitación en Violencia Masculina. Con costo para el usuario.
FUNDACIÓN KUÑA ATY	Celsa Speratti 3865 c/ Cap. Cañiza. Telefax. 226793 - 208641	<p>Servicios Sociales: Apoyo y seguimiento en los trámites ante los Juzgados de Paz de mujeres víctimas de violencia doméstica. Apoyo para los trámites de denuncias ante el Ministerio Público de víctimas de abuso sexual o violación sexual. Evaluación socio-económica de las usuarias.</p> <p>Servicios Sicológicos: atención psicológica personalizada a mujeres víctimas de violencia doméstica, abuso sexual o coacción sexual. Atención grupal a mujeres, en grupos de autoayuda. Atención a adolescentes, varones y mujeres. Atención a niños y niñas a partir de los 3 años de edad.</p> <p>Servicios Jurídicos: Consultas en general que tengan que ver con derechos civiles ante los juzgados civiles. Se llevan juicios de reconocimiento de sociedad de hecho, disolución conyugal ante los juzgados de la niñez y la adolescencia en juicios de prenatal, filiación, asistencia alimenticia, relacionamiento, convivencia y medidas cautelares. Se tramitan casos ante los juzgados de Asunción, Luque, San Lorenzo y Lambaré. Con costo para la usuaria</p>

Todos los servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del país deben atender de manera integral a las personas víctimas

También se encuentran los teléfonos para ayuda

Fono Ayuda 147 De la secretaria nacional de la Niñez y la Adolescencia	<p>Es un servicio de atención telefónica para niños, niñas y adolescentes. Brinda información y orientación en casos de malos tratos, abusos y otras situaciones que los niños y niñas a veces tienen que pasar en la vida, pero que con apoyo se pueden superar.</p> <p>Todas las llamadas se atienden con respeto y confidencialidad.</p>
SOS Mujer 137 Del Ministerio de la Mujer	<p>Línea gratuita de Contención y Asistencia contra la violencia hacia las mujeres, 24 horas.</p>
175 De la Secretaría de la Función Pública	<p>Centro de Referencia para atención de acciones discriminatorias, acoso sexual y acoso laboral en la función pública paraguaya.</p>
911 de la Policía Nacional	<p>Es un sistema de respuesta inmediata a las llamadas de emergencia.</p>

ANEXO N° 3

Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE 10³⁹

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya última revisión es la Décima es una clasificación de enfermedades y puede definirse como “Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos”.

Tiene como propósito principal permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

Su utilidad radica en la posibilidad de convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud. Es un lenguaje común al momento de registrar el diagnóstico.

La CIE, no es adecuada para indagar entidades clínicas individuales y es adecuada para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud.

39 http://cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.html

Los casos de maltrato que llegan a la primera consulta y en los que se hallan presentes lesiones/indicadores, deben ser codificados como siguen más abajo.

- (T74 Síndromes del maltrato
- **T74.0 Negligencia o abandono**
- T74.1 Abuso físico
- Síndrome (de la, del): [esposa(o) / Niño o bebé] maltratada(o)
SAI
- T74.2 Abuso sexual
- T74.3 Abuso psicológico
- T74.8 Otros síndromes del maltrato. Formas mixtas.
- T74.9 Síndrome de maltrato, no especificado. Efecto del abuso en niños/adultos

Los casos de seguimiento de maltrato, cuando ya no se hallan presentes lesiones/indicadores, deben ser codificados como siguen más abajo, excepto en Z 62.

- (Y05) Agresión sexual con fuerza corporal
- (Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
- (Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial
- (Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
- (Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo
- (Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras
- (Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios
- (Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción
- (Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja
- (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado
- (Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado

Los códigos Z (Capítulo XXI) se utiliza para clasificar la información que explica las razones por las cuales contacta los servicios de salud una persona que no está enferma, o las circunstancias en las cuales el paciente recibe atención médica en un momento particular, o que influye de alguna manera en la atención de una persona.

Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

Excluye: síndrome de maltrato (T74)

- Z61.0 Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
- Z61.1 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
- Z61.2 Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
- Z61.3 Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
- Z61.4 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
- Z61.5 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario
- Z61.6 Problemas relacionados con abuso físico del niño
- Z61.7 Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
- Z61.8 Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia
- Z61.9 Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia

Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño.

Excluye: síndrome de maltrato (T74)

- Z62.0 Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
- Z62.1 Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
- Z62.2 Problemas relacionados con la crianza en institución
- Z62.3 Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
- Z62.4 Problemas relacionados con el abandono emocional del niño

- Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
- Z62.6 Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza
- Z62.8 Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño
- Z62.9 Problema no especificado relacionado con la crianza del niño

Z63 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

Excluye: problemas relacionados con (la):

1. crianza del niño (Z62)
2. hechos negativos en la infancia (Z61)
3. Síndrome de maltrato (T74)
 - Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja
 - Z63.1 Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
 - Z63.2 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
 - Z63.3 Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia
 - Z63.4 Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
 - Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
 - Z63.6 Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
 - Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar
 - Z63.8 Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
 - Z63.9 Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo

En el cuadro de abajo, asignar código a cada categoría.

1	Esposo o pareja
2	Por padre o madre
3	Por conocido o amigo
4	Por autoridades oficiales
5	Por otra persona especificada
6	Por persona no especificada

Ejemplo: Z61.0.1 (Esto hacer referencia a Esposo o pareja)

ANEXO N°4

Artículos del Código Procesal Penal referidos al Ministerio Público

Artículo 315. INVESTIGACION FISCAL. Cuando el Ministerio Público, de oficio, tenga conocimiento de un supuesto hecho punible, por cualquier medio fehaciente, o por denuncia, querrela, intervención policial preliminar, impedirá que el mismo produzca consecuencias, promoverá y dirigirá su investigación, con el auxilio directo de la Policía Nacional o de la Policía Judicial.

El Ministerio Público investigará para tratar de fundar la solicitud de apertura a juicio, pero se abstendrá de acusar cuando no encuentre fundamento para ello o los elementos que haya recogido no sean suficientes para lograr una condena.

Artículo 316. FACULTADES DEL MINISTERIO PUBLICO. El Ministerio Público practicará todas las diligencias y actuaciones de la etapa preparatoria que no precisen autorización judicial ni tengan contenido jurisdiccional.

El Ministerio Público podrá exigir informaciones de cualquier funcionario o empleado público, emplazándolos conforme a las circunstancias del caso.

Todas las autoridades públicas están obligadas a colaborar con la investigación, según sus respectivas competencias y a cumplir las solicitudes o pedidos de informes que se realicen conforme a la ley.

Artículo 320. ANTICIPO JURISDICCIONAL DE PRUEBA. Cuando sea necesario practicar un reconocimiento, reconstrucción, inspección o pericia, que por su naturaleza y características deben ser considerados como actos definitivos e irreproducibles, o cuando deba recibirse una declaración que, por algún obstáculo difícil de superar, se presuma que no podrá hacerse durante el juicio, el Ministerio Público o cualquiera de las partes podrá requerir al juez que lo realice.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A
VÍCTIMAS EN EL SISTEMA DE SALUD

Material impreso por Convenio 07-CO1-053 "Fortalecimiento de servicios de atención primaria con énfasis en salud materno infantil, sexual y reproductiva"

