



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



EDICIÓN ESPECIAL

Año I - Nº 82

**Quito, miércoles 25 de
septiembre de 2019**

Valor: US\$ 2,50 + IVA



ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Calle Mañosca 201
y Av. 10 de Agosto

Oficinas centrales y ventas:
Telf.: 3941-800
Exts.: 2561 - 2555

Sucursal Guayaquil:
Calle Pichincha 307 y Av. 9 de Octubre,
piso 6, Edificio Banco Pichincha.
Telf.: 3941-800 Ext.: 2560

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

88 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO Nº 00040-2019

**NORMA TÉCNICA “ATENCIÓN
INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO
Y GRAVES VIOLACIONES A LOS
DERECHOS HUMANOS”.**

No

00040-2019

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA

CONSIDERANDO:

- Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que, la citada Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, dispone que: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;
- Que, la Norma Suprema en el artículo 35, prevé: *"Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad"*;
- Que, la Norma Constitucional en el artículo 38, dispone al Estado establecer políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, considerando las diferencias entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la étnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, fomentará además el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular el Estado tomará medidas de: (...) *"4 Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones"*;
- Que, la Norma Ibídem, en el artículo 66 numeral 3, reconoce y garantiza a las personas: *"b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual"*;
- Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la

aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

- Que, es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: “*Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables*”, conforme lo previsto en el artículo 6 numeral 7, de la citada Ley Orgánica de Salud;
- Que, la Ley Ibídem, en el artículo 31, prevé que el Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública, siendo responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud;
- Que, la Ley Orgánica de Salud en el artículo 32, dispone: “*En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas. El personal de los servicios de salud tiene la obligación de atender los casos de violencia intrafamiliar y sexual. Deberán suministrar, entre otros, anticoncepción de emergencia, realizar los procedimientos y aplicar los esquemas profilácticos y terapéuticos necesarios, para detectar y prevenir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH y hepatitis B, previa consejería y asesoría a la persona afectada, con su consentimiento informado expresado por escrito.*”;
- Que, corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional en coordinación con los organismos competentes implementar acciones para armonizar las normas de atención e instrumentos de registro de los distintos tipos de violencia y delitos sexuales, unificándolos en un manual de procedimientos de aplicación obligatoria en los distintos niveles de salud y en el Sistema Nacional de Salud, conforme lo establecido en el artículo 33, de la referida Ley Orgánica de Salud;
- Que, el Código Orgánico Integral Penal, en el artículo 11, prevé que en todo proceso penal, la víctima de las infracciones gozará entre otros de los siguientes derechos: “*5. A no ser revictimizada, particularmente en la obtención y valoración de las pruebas, incluida su versión. Se la protegerá de cualquier amenaza u otras formas de intimidación y, para el efecto, se podrán utilizar medios tecnológicos*”;
- Que, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, en su artículo 26, establece que el ente rector de salud, sin perjuicio de las facultades establecidas en la respectiva normativa vigente, tendrá entre otras las siguientes atribuciones: “*a) Diseñar la política pública de salud con enfoque de género, respecto de la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en el marco de la Atención integral en Salud, con enfoque psicosocial, atención desde los principios bioéticos, prevaleciendo la confidencialidad y al derecho de la paciente; b) Garantizar de manera prioritaria en todos los hospitales y centros de salud, la atención y recuperación integral de la salud física y mental gratuita, a favor de las mujeres víctimas de violencia, lo que incluye exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico; y, cualquier otra actividad necesaria para el restablecimiento de la salud; c) Garantizar áreas de primera acogida para las mujeres víctimas de violencia, con funcionamiento las veinticuatro horas en los establecimientos del sistema nacional de salud; (...) i) Coordinar con la Fiscalía General del Estado el fortalecimiento de todos los procesos periciales en los distintos tipos de violencia y delitos sexuales; j) Asegurar, en la Red pública de salud integral, la atención integral y emergente de salud en situaciones de violencia sexual; (...) r) Asegurar atención especializada para las niñas y adolescentes, víctimas de violencia sexual, garantizando exámenes y tratamientos para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y embarazo no planificado a causa de violencia, con consideración de protocolos*

especializados en salud adolescente, examen y tratamiento para trauma físico y emocional, recopilación de evidencia médica legal que considere su especificidad y necesidades (...);

- Que, el Código Orgánico Administrativo en el artículo 130, prevé: “*Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.*”;
- Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 818 de 3 de julio de 2019, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 534 de 19 de julio de 2019, el Presidente Constitucional de la República designó a la Mgs. Catalina de Lourdes Andramuño Zeballos, Ministra de Salud Pública Encargada; y,
- Que, con memorando Nro. MSP-VGVS-2019-1144-M de 08 de septiembre de 2019, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, remitió a la Coordinación General de Asesoría Jurídica el Informe Técnico: “*Norma Técnica de Atención Integral a Víctimas de Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos*” de 2 de septiembre de 2019; y, solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR EL ARTÍCULO 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la Norma Técnica “*Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos*”.

Art. 2.- Disponer que la Norma Técnica “*Atención Integral en Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos*”, sea de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- Publicar la Norma Técnica “*Atención Integral en Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos*”, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

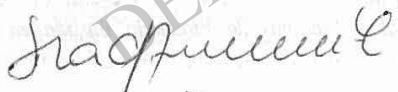
DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial, expresamente, los siguientes Acuerdos Ministeriales: Acuerdo Ministerial No. 5198 publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 321 de 20 de mayo de 2015, a través del cual se expidió la “*Norma Técnica de “Atención integral en violencia de género”*”; Acuerdo Ministerial No. 00003098 publicado en el Registro Oficial No. 927 de 5 de abril de 2013, a través del cual se aprobó y autorizó la publicación de la “*Guía de Atención Integral en Violencia de Género*”; y, Acuerdo Ministerial No. 0219 publicado en el Registro Oficial No. 586 de 8 de mayo de 2009, a través del cual se aprobó la “*Norma y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida*”.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia luego de transcurrido el término de noventa (90) días contado a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a través de las Direcciones Nacionales de Primer Nivel de Atención en Salud, Hospitales, Gerencia de Salud Mental; a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, a través de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión; y, la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a 10 SET. 2019


Mgs. Catalina Andramuño Zeballos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, ENCARGADA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dr. Ronald Cedeño	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dr. Julio López	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro	
	Mgs. Sara Aucancela	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
	Dr. Paúl Auz	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	
	Abg. Angelita Suárez	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
Elaboración Acuerdo	Abg. Alexandra Arteaga	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL, AL QUE ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN QUITO A, 17 SET. 2019


DIRECTOR(A) NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**Atención integral a
víctimas de violencia
basada en género y
graves violaciones a los
derechos humanos**

Norma técnica 
2019

Ministerio de Salud Pública: Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma técnica. Quito: Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión; 2019

ISBN XXXXX

- | | | |
|-------------------------------|--|----------------|
| 1. Norma técnica | 2. Diagnóstico | 3. Tratamiento |
| 4. Violencia basada en género | 5. Graves violaciones a los Derechos Humanos | |

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Quito, Ecuador
Teléfono: (593)238 14400
www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización, MSP

La presente norma técnica tiene como finalidad normar la atención integral en salud en casos de violencia basada en género, mediante la prevención, identificación, atención oportuna, transferencia y seguimiento de las presuntas víctimas de hechos de violencia de género, en cualquier momento de su ciclo de vida en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Publicado en 2019
ISBN xxx x xxxxxx xxx

Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de "Atribución-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador", y puede reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma técnica. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por:
Corrección de estilo:
Hecho en Ecuador, Printed in Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Catalina Andramuño, Ministra de Salud Pública (E).
Esp. Ronald Cedeño, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Esp. Julio López, Viceministro de Atención integral de Salud.
Mgs. Luis Regalado, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
Mgs. Sara Aucancela, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
Mgs. Patricia Paredes, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud (E).
Mtra. Cisne Ojeda, Directora Nacional de Derechos Humanos, Género e inclusión.
Md. Esteban Avilés, Director Nacional de Normatización (S).

Equipo de redacción y autores

Cuases Ipiales Geovanna Soledad, especialista, Especialista de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud, MSP, Quito.
Granda Campos Alejandra, médica, Especialista de Normatización, MSP, Quito.
Simbaña Chifla Verónica Cecilia, licenciada, Especialista de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud, MSP, Quito.
Ojeda Rivadeneira María Del Cisne, maestra, Directora Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión, MSP, Quito.

Equipo de colaboradores

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, Ecuador
Banco Interamericano de Desarrollo BID, Ecuador.

Equipo de revisión y validación

Álvarez Chávez Marcía Elena, doctora, Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA, Ecuador.
Alvarado Rodríguez Daniela, magíster, Consultora Nacional OPS/OMS, Ecuador
Barrera Barrera Jennifer, psicóloga, Analista de Educación, MINEDUC, Quito.
Báez Montenegro Sandra, psicóloga, Especialista de Protección de Derechos, CNII, Quito.
Duque Vanegas Janina, magíster, Analista de Observancia, Seguimiento y Evaluación, CNIG, Quito.
Baquero Becerra María Augusta, magíster, Especialista de Auditoría de Prestación de Servicios de Salud, MSP, Quito.
Muela Rodríguez Myriam del Rocío, ingeniera, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información, MSP, Quito.
López Paucar Mario Rafael, médico, Especialista de Seguimiento y Control, MSP, Quito.
Arteaga López Alexandra del Rocío, abogada, Analista de Consultoría Legal, MSP, Quito.
Jumbo Jiménez Julia, doctora, Analista de Abastecimiento, MSP, Quito.
Olmedo Valarezo Alfredo José, médico Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MSP, Quito.
Granja Acosta Mayra Elizabeth, psicóloga, Analista, MSP, Quito.
Valdivieso Vivanco Diana Carolina, odontóloga, Especialista de Seguimiento y Control de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención, MSP, Quito.
Villacrés Villacís Cristian Andrés, psicólogo, Analista del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, MSP, Quito.
Oña Espinel Norma Graciela, psicóloga, Especialista de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, MSP, Quito.
Moya Herrera Miriam Janeth, doctora, Analista del Proyecto Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, MSP, Quito.
Castillo Eblá Rosa, médica general, MSP, Riobamba.
Mayorga Torres Víctor, psicóloga clínica, MSP, Santo Domingo de los Tsáchila.
Briones Vinuesa Washington, médico, MSP, Los Ríos.

Mendoza Eskola Gladys, ginecóloga, MSP, Cuenca.
 Martínez Jiménez Viviana, psicóloga clínica MSP, Loja.
 Jara Álvarez Oliver, médico, Especialista de Emergencias, MSP, Guayaquil.
 Zapata Mullo Geovanna Fernanda, médica general, MSP, Quito.
 Rives Yenisey, médica general integral, MSP, Quito.
 Fuenmayor Oramas Frances, médica especialista en Pediatría, MSP, Quito.
 Ojeda Rivadeneira María Del Cisne, maestra, Directora Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión, MSP, Quito.
 Vergara Linto Juana Katherine, psicóloga, Coordinadora de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud, MSP, Quito.
 León Trujillo Washington Manuel, psicólogo, Especialista de Institucionalización de Enfoques de Género, Igualdad y Derechos Humanos en Salud, MSP, Quito.
 Raza Amaya, Ximena, magister en Salud Pública, coordinadora, Dirección Nacional de Normatización.
 Espinosa Serrano Eduardo, Médico, IEES, Quito.
 Rodríguez Cueva Lorena, Psicóloga Clínica, PNE, Quito.
 Calderón Feijoo Patricia, Trabajadora Social, Hospital Vozandes, Quito.
 Cunalata Vázquez Diana, Abogada, Analista de Respuesta Judicial, SDH Quito.
 Hidalgo Vélez Gabriela, Doctora, Directora Nacional del Mecanismo de Prevención de la Tortura Tratos Crueles y Degradantes, DPE, Quito.
 Andrade María José, médica perita, SNMLCF, Quito.
 Martínez Abarca Ana Lucía, magister, Docente UDLA, Quito



CORTE
 CONSTITUCIONAL
 DEL ECUADOR



CORTE
 CONSTITUCIONAL
 DEL ECUADOR

Contenido

Presentación	
Introducción	
Antecedentes y justificación	
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Alcance	
Glosario de términos	
Enfoques de violencia	
Capítulo I	
Atención integral a víctimas de violencia basada en género, por ciclos de vida y grupos en situación de vulnerabilidad	
1. Canales de ingreso al Sistema Nacional de Salud	
2. Conformación de equipos de salud y activación de código púrpura	
3. Valoración inicial de violencia basada en género	
4. Intervención en crisis	
5. Atención integral específica por tipo de violencia en personas adultas	
5.1 Procedimiento de atención integral en violencia física	
5.2 Procedimiento de atención integral en violencia psicológica	
5.3 Procedimiento específico de atención integral en violencia sexual	
6. Atención Integral específica a Mujeres embarazadas, víctimas de violencia basada en género ..	
7. Atención integral específica por tipo de violencia basada en género en niños, niñas y adolescente	
8. Atención integral específica a personas adultas mayores, víctimas de violencia basada en género	
9. Atención integral específica a personas con discapacidad, víctimas de violencia basada en género	
10. Atención integral específica a personas LGBTI, víctimas de violencia basada en género	

Capítulo II.....	
Atención integral en salud en contexto de graves violaciones a los Derechos Humanos.....	
1. Personas que están en situación de trata y tráfico ilícito de migrantes.....	
2. Tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes.	
3. Procedimiento de atención integral en salud para graves violaciones a derechos humanos.....	
Capítulo III.....	
Derivación del Sistema de Salud al Sistema de Justicia	
1. Derivación del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Justicia	
1.1 Notificación	
1. 2 Toma de muestras y cadena de custodia	
Capítulo IV.....	
Autocuidado del equipo de salud que atiende casos de violencia basada en género y graves violaciones de derechos humanos.....	
Abreviaturas:.....	
Bibliografía	
Anexos.....	

Presentación

El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, genera política pública en el sector salud en concordancia con la Constitución ecuatoriana que reconoce y garantiza que todas las personas son iguales y gozan de los mismos derechos, deberes y responsabilidades.

Los derechos humanos permiten desarrollar una vida digna, su respeto y protección constituye el más alto deber del Estado, por esta razón el Ministerio de Salud Pública ha realizado avances importantes en la promoción y prevención de la salud, así como en la prestación de los servicios de salud los cuales se rigen por la equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de derechos humanos, género, inclusión social, interculturalidad, intergeneracional e interseccional.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud a través del ejercicio de otros derechos interdependientes, con la finalidad de garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, como titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía para el ejercicio de los mismos, establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, en su objetivo 1.

La violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos son consideradas como vulneraciones que marca un antes y un después en el proyecto de vida de la víctima y el de sus familias; es por ello que la atención integral debe ser ágil, oportuna, confidencial, no revictimizante, de calidad y calidez en cualquier momento de su ciclo de vida en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto y como parte de su rol garante del derecho de las personas, el Ministerio de Salud Pública, ha desarrollado la Norma técnica *de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos*, basado en evidencia, en donde se establece lineamientos para orientar la atención integral a través de acciones de promoción, prevención y atención de la salud.

Con este trabajo, el Ministerio de Salud Pública ratifica su compromiso con la promoción de la salud en el país, como un camino hacia la construcción de la sociedad del buen vivir.

Dra. Catalina Andramuño
Ministra de Salud Pública (E)

Introducción

El Ministerio de Salud Pública responde a sus obligaciones de garantía, respeto, protección y promoción de los derechos, plasmados en el Modelo de Atención Integral de Salud, crea mecanismos para la atención Integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.

En virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica Integral para la Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres, promulgada en el año 2018, se crea el Sistema Nacional para la prevención y erradicación de la violencia de género hacia las mujeres, conformado por diferentes instituciones del Estado, entre las que se encuentra el Ministerio de Salud Pública, encargado de diseñar, ejecutar y monitorear normas y política pública que coadyuve a la implementación de la ley y a la prevención de la violencia.

En este contexto se ha desarrollado esta Norma técnica basada en los enfoques transversales establecidos en la Constitución de la República del Ecuador y el Modelo de Atención Integral en Salud (enfoque de derechos humanos, género, intercultural e intergeneracional). Esto permitirá al personal de salud comprender la realidad y necesidades específicas de las personas víctimas de violencia basada en género y de graves violaciones a los derechos humanos; y, desde los establecimientos de salud, ofrecer una atención integral, con calidad, calidez, evitando la revictimización, y respetando todos sus derechos.

Antecedentes y justificación

La Organización Mundial de la Salud en su 49° Asamblea Mundial realizada en 1996, acogió la resolución WHA 49.25, en la que “se declara a la violencia como un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo “. En esta asamblea se concluyó que la violencia tiene consecuencias graves a corto y largo plazo en las personas, familias, la comunidad y además se recalcó los efectos perjudiciales en los servicios de salud.(1)

Los derechos humanos son universales porque están basados en la dignidad de todo ser humano, con independencia de la etnia, el sexo, identidad cultural, la religión, el idioma, la nacionalidad, la ideología, la edad, la orientación sexual, la discapacidad o cualquier otra distinción, como lo indica la Constitución del Ecuador. Puesto que son aceptados por todos los Estados y pueblos, se aplican de forma igual e indiscriminada a todas las personas y son los mismos para todas las personas en todos los lugares.

La violencia basada en género y las graves violaciones de los derechos humanos están estrechamente relacionados, representan el 9% de la mortalidad mundial, más de cinco millones de muertes cada año, lo que supone una enorme carga para las economías nacionales, con un costo para los países de miles de millones de dólares anuales en atención de salud.(2)

Las víctimas de violencia basada en género (VBG) son consideradas por nuestra Constitución como un grupo de atención prioritaria. En el Ecuador, la violencia basada en género contra las mujeres se expresa de forma física, sexual, psicológica, patrimonial, entre otras, y se produce en un marco de relaciones de poder, principalmente entre personas cercanas (familiares, parejas, amistades).(3)

La Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha pronunciado sobre el derecho a que toda persona debe ser tratada con respeto a la dignidad humana, y no debe ser sometida a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.(4) Es importante que las

sociedades no olviden los hechos de violencia ocurridos para que no se repitan las situaciones que generaron violaciones graves a los derechos humanos.(5)

Con estos antecedentes el Ministerio de Salud Pública evidencia la necesidad de actualizar los procedimientos específicos que permitan atender a las personas víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos en el marco de una estrategia interinstitucional que asegure una atención integral y oportuna para todas aquellas personas que lo requieran, haciendo suyo el llamamiento para que se adopten y apliquen políticas y programas específicos de salud pública y servicios sociales encaminados a prevenir la violencia en la sociedad y mitigar sus efectos.

Objetivo general

Establecer lineamientos operativos que permitirán garantizar la atención integral en salud a personas víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.

Objetivos específicos

- Brindar atención integral y oportuna en salud a víctimas directas e indirectas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.
- Coordinar y articular acciones interinstitucionales con el Sistema Nacional de Salud.
- Evitar la revictimización en casos de violencia basada en género y graves violaciones de derechos humanos
- Asegurar la notificación de todos los casos de víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos al Sistema Nacional de Justicia.
- Articular y coordinar con los sistemas de protección del país.

Alcance

La presente Norma técnica es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Glosario de términos

Abuso sexual: La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. (6)

Atención clínica: es la primera atención que debe recibir una persona sobreviviente de violencia basada en género, especialmente de violencia sexual, con la finalidad de evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida. (7)

Cadena de custodia: es el conjunto de procedimientos tendientes a garantizar la correcta preservación de los indicios encontrados en el lugar de los hechos; durante todo el proceso investigativo, y que, dentro de la etapa del juicio, servirá de prueba para que el tribunal de justicia decida sobre la responsabilidad o inocencia del acusado. (8)

Código gris: se nombrará código gris a todo caso graves violaciones de derechos humanos que se ha detectado en los establecimientos de los diferentes niveles de atención.

Código púrpura: se nombrará código púrpura a todo caso de violencia basada en género que se ha detectado en los establecimientos de los diferentes niveles de atención.

Confidencialidad: es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información. (9)

Consentimiento informado en la práctica asistencial: es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el paciente, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. Consiste en un proceso deliberativo, que se realiza con un paciente capaz y de forma voluntaria en el cual el profesional de la salud explica en qué consiste el procedimiento a realizarse, los riesgos, beneficios, las alternativas a la intervención de existir estas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene. Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, el consentimiento debe ser expresado por el paciente por escrito, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica.(9)

Consentimiento informado por representación legal (sustituto): consentimiento informado dado por alguien en nombre de otro, que está incapacitado para darlo por sí mismo o no tiene capacidad legal para hacerlo. (9)

Delitos de lesa humanidad: Son delitos de lesa humanidad aquellos que se cometan como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil: la ejecución extrajudicial, la esclavitud, el desplazamiento forzado de la población que no tenga por objeto proteger sus derechos, la privación ilegal o arbitraria de libertad, la tortura, violación sexual y prostitución forzada, inseminación no consentida, esterilización forzada y la desaparición forzada, serán sancionados con pena privativa de libertad de veintiséis a treinta años. (6)

Discriminación: es una forma de violencia pasiva; convirtiéndose, a veces, este ataque en una agresión física. Quienes discriminan designan un trato diferencial o inferior en cuanto a los derechos y las consideraciones sociales de las personas, organizaciones y estados. Hacen esta diferencia ya sea por el color de la piel, etnia, sexo, edad, cultura, religión o ideología.(10)

Explotación sexual: cualquier abuso de una situación de vulnerabilidad, de diferencias de poder o confianza con propósitos sexuales. Este tipo de explotación es uno de los fines de la trata de personas (actuar de una manera sexual, desnudez forzada, matrimonios forzados, embarazos forzados, desempeñarse en pornografía y prostitución, extorsión sexual a cambio de bienes, servicios, beneficios, esclavitud sexual).(11)

Evidencia: es todo lo que ha sido usado, abandonado, dejado, quitado, cambiado o contaminado durante la comisión de un delito, sea por el sospechoso o la víctima., y que constituyen seña, muestra o indicación de los hechos investigados.(6)

Género: es una construcción social y cultural binaria, patriarcal y heteronormada que se basa en la diferencia biológica de los sexos y ha determinado lo que es masculino y femenino dentro de una sociedad, cultura y tiempo específicos. Como categoría de análisis, permite reconocer cuáles son las diferencias que la sociedad ha establecido para hombres y mujeres y el valor que se les ha otorgado; permite el reconocimiento de las causas y consecuencias de esta valoración diferenciada y desigual que produce y sustenta la relación de subordinación de las mujeres frente a los hombres.(11,12)

Graves violaciones a los Derechos Humanos: son aquellos que detentan el poder y que a través de la estructura estatal, generan las condiciones para su cometimiento, e incluso cuando otros actores cuentan con su aquiescencia; estos delitos tienen como características que se realizan mediante un ataque generalizado y sistemático contra la población civil, es decir el conjunto de acciones violatorias de los derechos humanos dirigidas contra un grupo humano identificado, por razones políticas, raciales, de etnia, entre varias otras.(6)

Identidad de género: se refiere a la experiencia de género innata, profundamente interna e individual de una persona, que puede o no corresponder con la fisiología de la persona o su sexo al nacer.(11)

Intersex: persona que nace con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos los intersexuales presentan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican dentro del binarismo sexual hombre/mujer.(11)

Intervención en crisis: es la entrada inmediata y temporal, pero activa, dentro de la situación de otra persona, o grupo, durante, un periodo de tensión.(13,14)

Juntas Cantonales de Protección de Derechos: son organismos de protección, defensa y exigibilidad de derechos.(15)

Lesión: el profesional de la salud determinará las lesiones ocasionadas por presuntos casos de violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos entendiendo a la lesión no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella en el cuerpo humano si esos efectos son producidos por una causa externa (16)

Orientación sexual: se refiere a la atracción emocional, afectiva y/o sexual por una persona de su mismo sexo (homosexual), de distinto sexo (heterosexual) o ambos sexos (bisexual), ésta característica personal es independiente de la identidad y expresión de género.(11,17)

Primeros auxilios psicológicos: es la primera etapa de la intervención en crisis, la respuesta inmediata que se ofrece a las personas que están atravesando una situación de emergencia, crisis o situación traumática, con el objetivo de tranquilizarla, estimular su confianza y prevenir más afectaciones a las funciones del yo (pensamiento, criterio de realidad, etc.). Para ofrecer primeros auxilios psicológicos no se requiere formación en psicología, pero sí conocimientos específicos de intervención en crisis.(14)

Revictimización: Son nuevas agresiones, intencionadas o no, que sufre la víctima durante las diversas fases de atención y protección, así como durante el proceso judicial o extrajudicial, tales como: rechazo, indolencia, indiferencia, descalificación, minimización de hechos, retardo injustificado en los procesos, credibilidad, culpabilización, desprotección, negación y/o falta injustificada de atención efectiva, entre otras respuestas tardías, inadecuadas o inexistentes, por parte de instituciones estatales competentes.(12)

Sexo biológico: es una característica netamente biológica que clasifica a los individuos en dos grupos (machos y hembras) portadores de espermatozoides u óvulos.(17)

Tamizaje: es todo procedimiento por el cual se identifican personas aparentemente sanas que pueden estar en riesgo de padecer una enfermedad o poseer una condición. Una vez identificadas, se les debe proveer de una atención integral para reducir el riesgo o las complicaciones relativas a la condición detectada.(18)

Trata de personas: refiere a "la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.(6)

Víctimas directas: son quienes han sufrido directamente la violación (ejecución, desaparición forzada, tortura, u otras).(19)

Víctimas indirectas: son los familiares que han sufrido por las víctimas directas, y muchas veces también, sus propias violaciones.(19)

Violación: es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo.(6)

Violencia basada en género: es un término genérico para cualquier acto perjudicial incurrido en contra de la voluntad de una persona, y que está basado en diferencias socialmente adjudicadas (género) entre mujeres y hombres.(11)

Violencia física: es todo acto u omisión que produzca o pudiese producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otro tipo de maltrato o agresión, castigos corporales, que afecte la integridad física, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, esto como resultado del uso de la fuerza de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, sin consideración del tiempo que se requiera para su recuperación.(12)

Violencia psicológica: cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, degradar la integridad personal, perturbar, degradar la integridad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional.(12)

Violencia sexual: es toda acción que implique la vulneración o restricción de derechos a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución

forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas.(12)

Enfoques de violencia

Cuando se habla del tema de la violencia, se cuenta con varios enfoques, bien definidos, para abordarla, entre los que se identifican:

Enfoque de derechos humanos

“El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos”.(20)

El objetivo de este enfoque es potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos para contribuir a fortalecer la institucionalidad de los derechos humanos como un lineamiento fundamental del accionar de los servicios de salud”.(20,21)

Enfoque de género en salud

“Este enfoque nos permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos, la construcción socio cultural de las identidades de género, y cómo las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquizan a las personas según sus marcas corporales, creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación”(12)

“Además, nos permite una mejor comprensión de las condiciones que implican mayor vulnerabilidad, al mostrar que el binario masculino-femenino y las condiciones históricas jerárquicas entre hombres y mujeres, adolescentes y adultos, entre otros, inciden en las relaciones de entender la sexualidad y la salud según sea la edad, la étnica, la orientación sexual, la condición de salud, el lugar de residencia, el nivel educativo y las condiciones socio económicas. Todas influyen en una doble o triple situación de exclusión social y discriminación, que determina una mayor inequidad y desigualdad en cuanto al acceso a recursos de todo tipo y al ejercicio de derechos”.(20)

Enfoque de inclusión social

La aplicación de esta normativa busca promover, reconocer y visibilizar el derecho que tienen todas las personas a no ser discriminadas, especialmente las personas que pertenecen a grupos vulnerables o minoritarios, y con mayor razón si se trata víctimas de VBG o GVDH, a través de acciones que permitan el acceso oportuno a servicios de salud, además de sensibilizar al personal de salud para evitar toda forma de discriminación mediante el respeto de las diversidades.(21)

Enfoque de interculturalidad

Este documento normativo “reconoce la existencia de las distintas comunidades, pueblos y nacionalidades que integran el Estado, respetando todas aquellas expresiones en los diversos contextos culturales. Bajo este enfoque no se aceptan prácticas discriminatorias

que favorecen la violencia y/o que obstaculicen el goce efectivo de derechos entre personas de géneros distintos”.(12)

El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención de salud es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.(22)

Enfoque Generacional

Este enfoque “establece la necesidad de identificar las relaciones de poder entre las distintas etapas de la vida, reconociendo sus particularidades y los diversos niveles de vulnerabilidad. Las acciones a aplicarse deben considerar las especificidades de cada período dentro del ciclo de vida de los sujetos”.(12)

Enfoque intergeneracional

El Estado debe reconocer la protección integral de los derechos de las personas a lo largo de su vida. Este enfoque implica el reconocimiento de los derechos específicos propios de cada grupo etario, las interrelaciones y las necesidades existentes en las diferentes edades.(20)

Enfoque de interseccionalidad

Este enfoque permite reconocer la complejidad de los procesos que generan desigualdades sociales, por las interacciones entre los diferentes sistemas de subordinación, que se constituyen unos a otros de forma dinámica: género, orientación sexual, etnia, edad, religión, discapacidad, origen nacional, situación socioeconómica, entre otros.(23)

El análisis al que lleva este enfoque orienta la mirada a identificar de qué forma la interconexión entre los diferentes sistemas de subordinación (particularmente sexismo, racismo y clasismo) “contribuyen a la creación, mantenimiento y refuerzo de las desigualdades formales e informales”.(23)

Capítulo I

Atención integral a víctimas de violencia basada en género, por ciclos de vida y grupos en situación de vulnerabilidad

Este capítulo establece lineamientos para la atención oportuna, especializada e integral en los establecimientos de salud, a cualquier persona que viva o haya vivido VBG de forma directa o indirecta, bajo los principios de calidad, calidez; garantizando la confidencialidad y no revictimización en cada uno de los casos, así como las especificidades y necesidades de cada grupo etario y en situación de vulnerabilidad.

Se garantizará la atención integral de salud a las víctimas de VBG de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento de salud, considerando lo siguiente:(24)

- Promover un ambiente cálido, de confianza y respeto a su situación.
- Mantener una atención sensible y no discriminatoria.
- Garantizar la confidencialidad y seguridad.
- Garantizar la no revictimización.
- Cumplir con las especificaciones del consentimiento informado
- Realizar primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y la contención emocional.
- No abandonar a la/el paciente hasta que se finalice el procedimiento.
- Notificar de forma obligatoria a la Fiscalía General del Estado, Policía Nacional u otra entidad de justicia competente los casos de VBG atendidos en el establecimiento de salud.

1. Canales de ingreso al Sistema Nacional de Salud

La provisión de los servicios en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se establece por niveles de atención y tipologías lo que permite organizar la oferta para garantizar la capacidad resolutive y el acceso a servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad.(20)

En cualquier establecimiento de salud público o privado, el personal administrativo que reciba a la persona víctima de VBG preguntará únicamente los datos necesarios para el ingreso; luego direccionará al área que corresponda, según sea el nivel de atención, y la complejidad del caso, bajo los siguientes criterios:

- Se priorizará la atención para el cuidado de la vida y la salud de las víctimas de VBG.
- Si las lesiones no implican riesgo vital deben atenderse de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento de salud al que acude o referir a uno de mayor complejidad.
- Si las lesiones implican riesgo vital y el establecimiento de salud no tiene capacidad resolutive, estabilizar a la víctima y gestionar su referencia a un establecimiento de mayor complejidad. Brindar información clara y detallada de los motivos de la referencia conforme formularios respectivos.
- Se justificará la referencia de una víctima de VBG a otro establecimiento de salud de igual nivel de complejidad, cuando el establecimiento de salud que recibe a la presunta víctima no tenga capacidad resolutive en ese momento.

- Mientras la persona usuaria permanezca en el establecimiento de salud recibiendo atención o en espera de la referencia, se debe ofrecer un espacio seguro y privado, que garantice la confidencialidad, y especialmente evitar el acceso de la presunta persona agresora.
- De ser necesario el profesional de la salud a cargo, solicitará resguardo policial para precautelar la seguridad, tanto de la víctima, como del personal de salud.

Ingreso por el servicio de consulta externa

En consulta externa el objetivo es otorgar atención general y/o especializada en la cual cualquier profesional de la salud puede identificar casos de VBG bajo cuatro posibles escenarios, según los cuales orientará las acciones correspondientes, de acuerdo con la capacidad resolutive del establecimiento de salud (Ver Flujo de atención anexo 2):

Escenario 1: personas que acuden por cualquier diagnóstico al establecimiento de salud y durante la atención se sospecha que es víctima VBG, quienes no reconocen su situación y que pueden o no estar en riesgo inminente.

Escenario 2: personas que acuden al establecimiento de salud, que reconocen ser víctimas de VBG y que pueden o no estar en riesgo inminente.

Escenario 3: persona que puede llegar por derivación del Sistema Judicial, Fiscalía General del Estado, Policía Nacional o Junta de Protección de Derechos.

Escenario 4: personas que no van al establecimiento de salud y son captadas en visitas domiciliarias o en la comunidad, deberán ser derivadas al establecimiento de salud más cercano, siguiendo las normas y protocolos establecidos.

Al identificar un caso sospechoso durante la atención en consulta externa, en una persona que al momento no presenta riesgo vital, se procederá con la atención rutinaria, realizando la correspondiente anamnesis, examen físico y el tamizaje universal, brindará los primeros auxilios psicológicos si es necesario y realizará una interconsulta al o los profesionales que se consideren necesario, para recibir diagnóstico y/o tratamiento complementario en el mismo establecimiento de salud o, si lo requiere, realizar una referencia o contrareferencia según la necesidad.

Es necesario indicar a la víctima sobre la obligatoriedad que tienen los profesionales de la salud de notificar a las autoridades competentes sobre presuntos hechos de violencia basados en género, además, se informará sobre los posibles riesgos que la violencia puede conllevar para su integridad personal, familiar y su salud, dejando claro la importancia de acudir a las citas posteriores.

En el caso de recibir en consulta externa una persona víctima de VBG que presente riesgo vital, y el establecimiento de salud no tenga la capacidad resolutive, estabilizar e inmediatamente referir a un servicio de emergencia o sala de primera acogida más cercana para realizar la primera atención.

El profesional de la salud que identifica y atiende a la víctima deberá informar todos los casos a la autoridad o persona responsable del establecimiento de salud para la notificación inmediata a la Fiscalía General de Estado.

Se deberá notificar como nuevo caso de VBG, las atenciones que se dan de manera repetida en una víctima.

Ingreso por el servicio de emergencia (primera atención) y sala de primera acogida

La situación de emergencia se refiere a "toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables"(25), como es el caso de las VBG quienes deben recibir la primera atención de manera prioritaria y oportuna. (Ver flujo de atención anexo 3)

La primera atención es una prestación para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y ampliar la cobertura, así como el compromiso de dar respuesta inmediata a las víctimas de violencia basada en género, posibilitando la atención integral, interdisciplinaria, la privacidad y respeto a los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud.

Por tanto, en todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que cuenten con servicio de emergencia o atención de veinte y cuatro (24) horas, deben garantizar la primera atención para los casos de presunta violencia de género brindando las condiciones necesarias de oportunidad, confidencialidad y no revictimización.

El triage del servicio de emergencia realiza el proceso "de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de urgencia o emergencia".(26)

El ingreso por las salas de primera acogida, mismas que son una excepción en el Sistema Nacional de Salud, tienen la misma dinámica, pero su atención es de 8 horas. Brindan la misma prestación de primera atención en salud que se da en el servicio de emergencia, pero en estas, además se realizan exámenes periciales por parte de las y los médicos acreditados como peritos forenses, siguiendo los procedimientos de actuación indicados por la Fiscalía General del Estado y el Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Los establecimientos de salud brindarán atención integral de acuerdo a su capacidad resolutive para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención y deberán aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia que refiere al conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviando al usuario/a desde la comunidad o del establecimiento de salud de menor al mayor nivel de atención y/o complejidad y viceversa; así como enviar usuarios que requieren atención adicional, de apoyo diagnóstico, como es el caso de la derivación entre los actores que integran el SNS.(27)

El profesional de la salud que identifica y atiende a la víctima en los servicios de emergencia y las salas de primera acogida deberá informar todos los casos a la autoridad o a la persona responsable del establecimiento de salud para la notificación inmediata a la Fiscalía correspondiente según su localidad.

Tanto los servicios de emergencia como las salas de primera acogida deberán notificar como nuevo caso de VBG todas las atenciones que se dan de manera repetida en una víctima.

2. Conformación de equipos de salud y activación de código púrpura

Los establecimientos de salud deben conformar un equipo de salud para garantizar la atención integral a las víctimas de VBG, el mismo que estará formado idealmente por médica/o general o especialista, psicóloga/o, enfermera/o y/o trabajador/a social.

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “Código púrpura”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los casos de VBG.

De acuerdo a la disponibilidad de personal en el establecimiento de salud y a su capacidad resolutive, se asumirán las siguientes responsabilidades:

Enfermera/o: realizará el tamizaje de rutina durante el triage y asiste al médico/a en la atención clínica cuando es necesario.

Psicóloga/o: brindará la intervención en crisis de acuerdo al caso, asesoramiento psicológico y/o seguimiento psicoterapéutico en función de las necesidades de la persona y de su entorno.

Médica/o general o especialista: brindará la atención inmediata a la presunta víctima, realizará el tamizaje rutinario, anamnesis, examen físico correspondiente, atención clínica según las normativas establecidas.

Trabajadora/or social: valorará la situación social de la víctima y contactará a sus familiares, en caso de ser necesario, define las rutas de apoyo social en coordinación con otras instituciones públicas. Hacer el seguimiento de las condiciones sociales de la persona atendida.

En caso de no contar con todos los perfiles del equipo ideal en un establecimiento de salud, los profesionales disponibles cumplirán con las respectivas funciones bajo la delegación de la máxima autoridad del establecimiento de salud y la capacitación respectiva, considerando el procedimiento de atención según los ciclos de vida y grupos vulnerables que se detallan más adelante.

Además, de las antes mencionadas se debe tomar en cuenta que quien haga el primer contacto con la víctima en caso de que necesite deberá brindar los primeros auxilios psicológicos.

3. Valoración inicial de violencia basada en género

En la valoración inicial el profesional de la salud puede identificar signos y síntomas, que le permitan sospechar de VBG en una persona, por lo tanto, considerar los siguientes indicios generales durante la consulta e ir relacionándolos según el ciclo de vida, y condición sexo-genérica: (28)

Tabla 1. Indicios generales de sospecha de violencia basada en género

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Historia de acudir a los servicios de salud por presentar traumatismos: <ul style="list-style-type: none"> - Fracturas sin explicación - Golpes, heridas, laceraciones o quemaduras. - Lesiones en los senos, abdomen y genitales. • Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos. • Dificultad al caminar. |
|---|

- Dolor pélvico crónico.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.
- Malnutrición y anemia.
- Historia de complicaciones y abortos no especificados.
- Historia de partos prematuros y bajo peso al nacer.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Muerte fetal.
- Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas) después del parto o después de un aborto.
- Embarazo en adolescentes.
- Embarazos no deseados.
- Psicosis puerperal transitoria.
- Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia.
- Sentimientos de soledad.
- Desvalorización.
- Descuido de la salud.
- Agresividad/pasividad.
- Otras alteraciones emocionales como: temor, tristeza, apatía, depresión, intento e ideas de suicidio.
- Fugas de la casa o de la escuela.
- Bajo rendimiento escolar.
- Trastornos del sueño, apetito.
- Enuresis
- Conductas sexualizadas no acorde a su edad

Elaboración propia. DNDHGI Fuente: Norma y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de vida, MSP, 2009.(28)

Ante la sospecha confirmar o descartar esta situación para lo cual deberá realizar el tamizaje de violencia, que es una herramienta que permite identificar tempranamente casos de violencia basada en género, reconocer aspectos clínicos, emocionales o de otro tipo que requieran atención médica y/o psicológica oportuna, además, evalúa el riesgo y la necesidad de vinculación a otros servicios del sistema especializado, ya sea judicialización o protección.(13,14)

Tabla 2. Procedimiento para la valoración de sospecha de violencia

PASO 1: Tamizaje

El establecimiento de salud debe garantizar las siguientes condiciones para realizar el tamizaje:

- Espacio privado
- Personal capacitado para formular adecuadamente las preguntas (sin hacer juicios de valor, con empatía y respeto), dar respuestas adecuadas y conocer el sistema de referencia que debe hacer en cada caso.
- Explicar que se realizará algunas preguntas sobre situaciones que le pudieran estar ocurriendo.
- Evaluar su condición anímica.
- Facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones (iras, silencios, llanto).
- Mantener una actitud empática y de escucha activa, de forma tal que facilite la comunicación (permítale que hable libremente).
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas. Cuando esté preparada la usuaria/o abordar directamente el tema de violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia y que no es culpable de esa situación. Ayudarle a no sentir vergüenza.
- Registrar de forma adecuada la información obtenida con el tamizaje permite que en las siguientes atenciones no haya revictimización con repreguntas acerca de aspectos que la víctima ya explicó.

Preguntas de tamizaje universal

Los profesionales de salud podrán usar como herramienta preguntas de tamizaje universal,

deben “preguntar sistemáticamente a todas las personas que consulten en los servicios de salud, sobre situaciones de violencia; esto favorecerá, la detección de cualquier caso de violencia, lo que mejorará la atención, evitando la revictimización”: (24)

- ✓ **El primer grupo de preguntas de Tamizaje Universal** pueden ser aplicadas a las y los pacientes que van por primera vez y cuando el profesional de la salud tiene sospechas de que la/el paciente es víctima de violencia de género o intrafamiliar. Estas preguntas pueden ser aplicadas iniciando con texto introductorio donde el profesional de la salud socializa con la/el paciente sobre la gravedad del problema de violencia y como afecta a las víctimas y su entorno; en otros casos se puede aplicar sin ningún texto introductorio.
- ✓ **El segundo grupo de preguntas de Tamizaje Universal** son circulares y busca generar auto reflexión sobre las experiencias de violencia vividas por las o los pacientes y el entorno donde se han desarrollado. Estas preguntas también pueden ser dirigidas a partir del conocimiento del caso que tenga el profesional de la salud.

1. Preguntas con texto Introductorio	
“La violencia de género es un problema frecuente y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas y todos mis pacientes si han sufrido o sufren algún tipo de violencia a lo largo de su vida”. Proceda con las preguntas.	
1. ¿Hay algo que le preocupa?	
2. ¿Cómo van las cosas en su familia?	
3. ¿Tiene algún problema con su pareja, ex pareja, o alguien cercano a usted?	
4. ¿Cómo es el trato en su casa?	
5. ¿Hay alguien que le provoque miedo?	
6. ¿Hay alguien que tenga conductas agresivas y/o violentas en su entorno?	
7. ¿Le controla sus salidas?	
8. ¿Se siente segura/o?	
9. ¿Alguien le controla como gasta el dinero o le quitan el dinero?	
10. ¿Alguien le ha amenazado alguna vez?	
11. ¿Sabe si tiene armas en casa?	
12. ¿Se lo ha contado a algún amigo/a o familiar?	
2. Preguntas circulares: generan reflexión sobre la experiencia vivida y exploran el entorno.	
¿Si una amiga, familiar le comenta que está siendo víctima de violencia, usted qué le diría?	
Preguntas dirigidas	
Ante la información obtenida de sus antecedentes	➤ He revisado su historia y encuentro algunos aspectos que me gustaría comentar con usted (relatar los hallazgos) ¿A qué cree que se debe?, ¿cree que todo está relacionado?
Ante síntomas emocionales	➤ La encuentro nerviosa y triste, ¿tiene algún problema con su pareja, ex pareja u otra persona?, ¿tal vez con sus hijas/os o con su trabajo? ➤ ¿Qué opina su pareja, ex pareja u otra persona de lo que pasa?, ¿Con qué lo relaciona él/ella?

Ante lesiones físicas	➤ Tengo alguna duda sobre esta lesión. ¿Puede ser consecuencia de algún tipo de agresión sufrida? ➤ En muchos casos, el tipo de problemas que usted presenta (cicatrices, fracturas antiguas o actuales, hematomas, abortos espontáneos...) son debidos a algún tipo de violencia, ¿es ese su caso?
Modificado de: Norma Técnica de Atención integral en Violencia de género 2014.(24)	
Lo que no debe hacer la o el profesional de salud durante el desarrollo de la entrevista de tamizaje:(24)	
• Violar la confidencialidad: mencionar datos proporcionados por la víctima atendida frente a la familia, colegas, discutiendo cuestiones en confidencia sin su consentimiento.	
• Normalizar la violencia de género: ser indiferente, poco receptivo y normalizar la violencia.	
• Minimizar el abuso: no tomar en serio los sentimientos de peligro de las personas que son víctimas de VBG. Asumiendo que si ha sufrido abuso tantos años entonces no serán tan malo.	
• Ignorar la necesidad de seguridad: no reconocer la sensación de peligro. Olvidar preguntar ¿Se siente segura/o fuera de su casa?, ¿Tiene algún sitio a donde ir si su situación empeora?	
• No respetar la autonomía: recomendar el divorcio, dar medicación sedativa, recomendar que se vaya de la casa, reprochar por no seguir su consejo.	
• Culpabilizar a la víctima: preguntar que hizo para provocar la violencia de la cual fue objeto. Focalizar el problema en la víctima. ¿Por qué no se va? ¿Cómo puede soportar tanta violencia? ¿Por qué no deja a su agresor/a?	
Las preguntas deberán realizarse según la edad y condiciones de las víctimas, es importante utilizar palabras sencillas y claras, transmitir confianza e interés en la persona. Si la persona no recuerda o se niega a contar su experiencia, no se le debe presionar a responder.	
✓ Si se descarta la sospecha de violencia con el tamizaje, continúe con la consulta motivo de la demanda actual.	
✓ En caso de confirmar la sospecha y el reconocimiento de la persona de estar viviendo una situación de violencia, proceda a realizar una exploración minuciosa de lesiones y de su estado emocional. Comience informado a la persona de las exploraciones que se realizarán y de su finalidad. Continuar con el paso 2.	
Paso 2: Valoración biomédica y psicosocial	
• Examinar los signos y síntomas de lesiones físicas. • Indagar sobre la situación familiar, interacciones, vínculos, formas de resolver los conflictos, roles, etc. • Preguntar sobre la situación de sus hijas/os. • Preguntar sobre la situación económica del hogar, actividad laboral de la familia (desempleo, ingresos, manejo del presupuesto, gastos, etc.). • Preguntar sobre personas de confianza: personales, familiares o de la comunidad con que cuenta la persona afectada. • Examinar el estado emocional de la persona, grado de afectación de su salud mental, manifestaciones psicológicas y áreas comprometidas.	

- NO recomendar terapia de pareja, ni mediación familiar.
- NO prescribir fármacos con el fin de disminuir su capacidad de reacción

Paso 3: Valoración de la situación de violencia

- Determinar el tipo de violencia (violencia física, psicológica o sexual), desde cuándo está viviendo esta situación, con qué frecuencia e intensidad se dan los hechos violentos.
- Preguntar sobre el comportamiento de la persona agresora en el contexto de la familia, del trabajo, en las relaciones sociales, si existen agresiones a otras personas o miembros de la familia
- Examinar cuáles son los mecanismos de afrontamiento y adaptación que ha desarrollado la persona afectada frente a la violencia que vive.
- Explorar y analizar con la persona afectada en qué fase del ciclo de violencia se encuentra (tensión, explosión, alejamiento y separación temporal, reconciliación o luna de miel). (Ver anexo 4)

Paso 4: Valoración del nivel de riesgo de la violencia

Evaluar conjuntamente con la persona afectada la probabilidad inminente de sufrir un hecho de violencia que ponga en **peligro** su integridad y vida, la de sus hijos e hijas u otros familiares, para proceder a catalogarlo como riesgo. A continuación, se presentan algunos indicios para realizar esta evaluación:(28)

- Amenazas con armas (fuego, contundente, punzante) o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a la víctima y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la víctima.
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Aislamiento.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor/ora.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor/ora.

Valore como una situación de peligro, si la persona violentada tiene una autopercepción de riesgo inminente, tanto para la víctima como para otros miembros de la familia. Puede ayudarse preguntando:(28)

- ¿Se siente segura/o en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
- ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor/a?
- ¿Esta situación la conocen sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

Es importante que no subvalore o minimice la sensación de peligro expresada por la persona agredida. Sustente su apreciación de riesgo en los hallazgos del tamizaje y la valoración biopsicosocial.

El establecimiento de salud deberá elaborar un Plan de emergencia, de acuerdo a la realidad local y el nivel de complejidad ante situación de peligro para la integridad de la víctima, el cual deberá ser ejecutado por el equipo de salud en caso de presunta violencia basada en género.

Acciones en casos de presunta violencia basada en género

Ante la sospecha de violencia sexual, física o psicológica en una persona es el punto de partida para que el personal de salud, a partir de ese momento, desarrolle una importante labor de información, atención y seguimiento con la persona en la consulta, así como, considerar la necesidad de hacer referencia a otro servicio de mayor nivel de complejidad cuando el riesgo vital de la persona lo requiera y la notificación a la Fiscalía correspondiente de la localidad.(28)

El equipo de salud conformado en cada establecimiento para la atención de VBG deberá considerar las tres situaciones probables que pueden experimentar las personas afectadas de violencia, a fin de plantear un plan de actuación diferenciada para cada caso:

1. Personas con indicios de sospecha de violencia basada en género, que no reconocen esta situación

En el caso de que la persona no reconozca que está viviendo violencia, pese a los hallazgos encontrados (indicios), proceda de la siguiente manera:(28)

- Brindar apoyo emocional.
- Informar a la persona sobre la situación en que se encuentra.
- Ponerse a disposición para acompañarla en el proceso de aceptación y reconocimiento de la situación de violencia, y sugiérale consultas de seguimiento.
- Atender los problemas físicos y psicológicos que presenta.
- Ofrecer atención psicológica y/o de trabajo social en el mismo establecimiento de salud si cuanta con estas prestaciones, o referirla.
- Indagar en la consulta subsecuente que tenga con la víctima la evolución del problema y retomar de manera sutil el tema para conocer la actitud actual que tiene frente a la situación.
- Registrar en la historia clínica o formulario correspondiente la sospecha (anotar signos y síntomas encontrados de acuerdo con los indicios) y los procedimientos utilizados, colocar los códigos según CIE respectivos.

2. Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia basada en género, sin riesgo inminente.

En el caso de que la persona reconozca que está viviendo violencia, y no se encuentre en riesgo su integridad y vida, y la de los integrantes de su familia, proceda de la siguiente manera:(28)

- Dar atención a la víctima y/o referir con consentimiento de la persona a otros servicios o a otro establecimiento de salud de mayor complejidad según la necesidad.
- Programar consultas para el tratamiento de los problemas médicos y psicosociales encontrados.
- Orientar a la víctima para prevenir nuevas situaciones de violencia y para la toma de decisiones que favorezcan cambios en la situación de violencia que vive.
- Acompañe y apoye a la persona violentada en el afrontamiento de su situación.
- Brinde asistencia a los hijos e hijas y a otras personas dependientes si las hubiera.
- Registre en la Historia Clínica o formulario correspondiente los hallazgos encontrados, los procedimientos utilizados, así como el respectivo código del CIE

3. Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia basada en género que se encuentra en riesgo inminente.

En el caso de que la persona reconozca que está viviendo violencia, y se encuentre en riesgo su integridad y vida, y/o de otros/as miembros de la familia (hijos/as), proceda con el Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima que consta de las siguientes acciones:(24)

- Informar a la víctima sobre la situación de peligro potencial en que se encuentra.
- Entregar información detallada de los lugares en donde pueda solicitar ayuda (Policía Nacional, Tenencia política, Junta de protección de derechos, Fiscalía, etc.)
- Indicar que no está sola, que existen redes de apoyo (organizaciones, personas) y que el personal de salud está a su disposición para apoyarla y orientarla.
- Referir con consentimiento de la persona a un nivel de atención de mayor complejidad y/o a otros servicios según la necesidad.
- Investigar sobre la situación familiar para conocer quienes dependen de la víctima: hijos/as, hermanos/as, padres, etc. Adicionalmente haga con la víctima una lista de las personas que puedan apoyarla ante un plan de contingencia, que incluya sus números de teléfonos y direcciones.
- Registrar en la historia clínica o formulario correspondiente los hallazgos, los procedimientos y estrategias utilizadas, considerando que este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Articular inmediatamente con las instituciones del sistema de protección social, el sistema de justicia u otros que se requieran.

En el caso de presentar una severa crisis emocional, acompañada de potenciales riesgos relacionados con conductas autodestructivas, como en el caso de ideas o intentos autolíticos, maneje el caso como una urgencia psiquiátrica.

4. Intervención en crisis

Pretende ayudar a la persona a recuperar el equilibrio emocional que tenía antes del incidente que precipitó la crisis para superar el momento crítico. En un estado de crisis las personas pierden transitoriamente la capacidad de dar una respuesta efectiva ante situaciones impactantes, debido a que los mecanismos habituales que tienen los seres humanos para afrontar los problemas fallan y no están en capacidad de manejar las situaciones y/o dar soluciones.(14,24)

Los métodos por los cuales se auxilian a las víctimas en crisis para lograr su recuperación son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis. La intervención en crisis es un proceso corto, muchas veces se realiza una sola intervención, concluye con un plan concreto a seguir por la persona que ha sido victimizada, y tienen un par de propósitos esenciales:(24)

- Restablecer la capacidad de la víctima para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- Proveer asistencia para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

En el caso de las personas víctimas de VBG que acudan con una crisis deberán recibir los primeros auxilios psicológicos (PAP) que son un enfoque para abordar el trauma y crisis emocionales por parte de la médica/o, o de la enfermera/o o cualquier otro profesional de la salud capacitado, cuando no se disponga del/la profesional en salud mental.(24)

La primera ayuda psicológica describe una respuesta humana de apoyo a una víctima que está sufriendo y que puede necesitar ayuda, por tanto, aborda los siguientes temas:(14)

- Evaluar las necesidades y preocupaciones;
- Ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (comida, agua, información, entre otros);
- Escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen;
- Reconfortar a las personas y ayudarlas a sentirse calmadas;
- Ayudar a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales; y
- Derivar a los sistemas de protección y justicia para prevenir posteriores peligros.

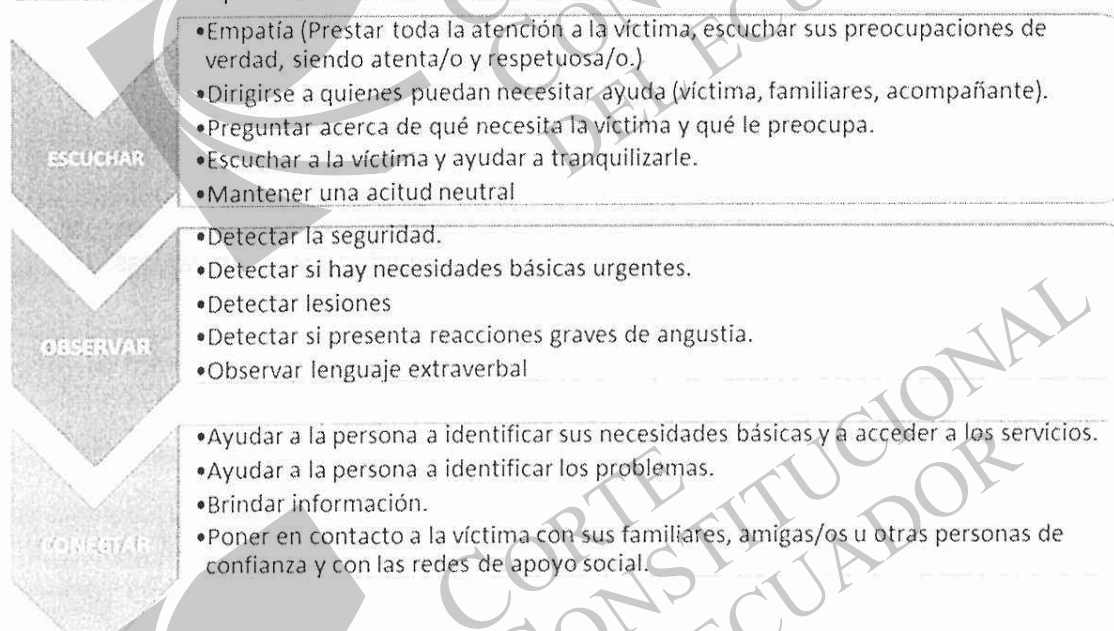
Los PAP deben proporcionarse en un lugar donde exista privacidad para garantizar la confidencialidad y el respeto a la dignidad de la persona.

Los PAP permiten estabilizar a la persona que sufre de ansiedades emergentes, presentadas recientemente por un acontecimiento crítico, que contribuya a que la persona recupere un funcionamiento mental adecuado para comprender y tomar ciertas decisiones sobre su situación inmediata. Sin embargo, a veces esto puede ocurrir días o semanas después, dependiendo de cuánto ha durado el acontecimiento o de cuán grave ha sido.(14) Pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo mucho más avanzado que tan solo PAP. Es importante conocer los propios límites y buscar la ayuda en profesionales de salud mental.(14)

Escucha activa

Para la actuación en la primera ayuda psicológica es importante la escucha activa. Consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido, así también observar y conectar, lo que permitirá la orientación a la hora de contemplar una situación de crisis y de adentrarse en ella para atender las necesidades de las y los afectados.(14)

Gráfico 1. Principios básicos de actuación de PAP



Elaboración propia. DNDHGI.

Fuente: OPS. Guía para trabajadores de campo. Primera ayuda psicológica.2012(14)

Aspectos que debe evitar el profesional de salud durante escucha activa:(24)

- Rechazar las emociones que el otro manifiesta, tener en cuenta que la víctima no puede modificar el sentimiento que tiene en ese momento.

- Juzgar (verbal o extraverbal)
- No realizar una intervención que facilite el empoderamiento de la víctima en las acciones que apuntan a solucionar el problema.
- Interrumpir.
- Contar su propia historia.
- Aconsejar innecesariamente.
- Descalificar a la víctima con opiniones.
- Minimizar la situación de la víctima.

5. Atención integral específica por tipo de violencia en personas adultas

La atención integral de salud en víctimas de violencia basada en género está orientada a contribuir en el resarcimiento de derechos de las personas, garantizando una atención oportuna que contribuya a la no discriminación y la no revictimización, así como a evitar que se repitan los hechos de violencia de género a través del acceso eficaz a los servicios de salud y al Sistema Nacional de justicia.(24)

De tal manera que es importante que los equipos de salud estén sensibilizados frente a los hechos que sufren las personas víctimas de violencia de género y brinden una atención en salud basada en métodos prácticos y científicamente respaldados, ya que en la mayoría de los casos el profesional de salud es el primer contacto de las víctimas. La atención integral en salud a víctimas de violencia de género, requiere parámetros específicos por tipo de violencia.

5.1 Procedimiento de atención integral en violencia física

Paso 1. Activar código púrpura

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “**Código púrpura**”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los caso de VBG.

Paso 2. Intervención en crisis

Una persona violentada físicamente puede acudir al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima. Es importante considerar la edad y condiciones de la víctima. (Ver intervención en crisis)

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o general o especialista responsable, brindará la atención inmediata, realizará una anamnesis orientada a obtener los datos relacionados con el episodio de violencia física. La entrevista se realizará una sola vez, a solas con la persona, sin emitir juicios de valor u opiniones sobre lo relatado.

Paso 4. Examen físico

La médica/o general o especialista, deberá describir las lesiones físicas en dirección céfalo caudal; naturaleza de la lesión (contusión, hematoma, erosión, herida, excoriación,

mordedura, quemadura); origen de las lesiones (contusas, arma blanca, arma de fuego, quemadura); descripción de la lesión (forma, color, longitud, trayectoria, tiempo, número), ubicar en que parte del cuerpo se encuentran y signos clínicos de patologías médicas, todo debe estar escrito en la historia clínica o formulario correspondiente.

Si requiere examen médico legal, este deberá ser efectuado por un perito legalmente acreditado. La persona responsable o autoridad del establecimiento de salud deberá ponerse en contacto con la autoridad competente para contar con un perito de la Fiscalía.

En casos de emergencia o riesgo vital o si la persona no está en condiciones emocionales para el examen físico, se puede optar por una valoración detallada posterior, pero registrando las dificultades percibidas en la historia clínica o formulario correspondiente.

Paso 5. Valoración de la salud mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional: angustia, bloqueo emocional, pánico u otros a partir de la orientación témporo-espacial. Si se cuenta con un profesional en salud mental, éste apoyará en la evaluación.

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

La médica/o responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y el tratamiento de acuerdo a lesiones físicas que presente la víctima y según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.

Para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención deberán aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia según la necesidad.

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de violencia física atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria con el respectivo código según CIE.

Paso 8. Valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de la violencia

El equipo de salud debe indagar sobre la situación familiar, económica, formas de resolver los conflictos, frecuencia e intensidad de los hechos de violencia y la probabilidad inminente de sufrir un evento de peligro para derivar a los sistemas de protección y justicia con el fin de prevenir nuevos hechos de violencia y brindar mayor seguridad a la víctima. (Ver tabla 2)

Si existe riesgo: Continúe con el paso 9.

Paso 9. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

Si se ha detectado que la víctima directa o indirecta (familiares) está en peligro su integridad y vida se deberá ejecutar las acciones establecidas en la página 23.

Paso 10. Notificación a la autoridad pertinente

Todos los casos de violencia basada en género deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III, Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 11. Seguimiento

El seguimiento clínico y psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. Dentro de esta gestión se debe contemplar, la programación de visitas domiciliarias de seguimiento

para valorar la situación personal, familiar y social del NNA y el estado de las lesiones, en caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

La VBG afecta durante toda la vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el NNA y víctimas indirectas, en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar autolesiones o intentos autolíticos con resultados fatales. Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron la violencia, para brindar tratamiento adecuado.

5.2 Procedimiento de atención integral en violencia psicológica

Paso 1. Activar código Púrpura

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “**Código púrpura**”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los casos de VBG.

Paso 2. Intervención en crisis

Una persona que ha vivido o vive episodios de violencia psicológica puede acudir al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima. Es importante considerar la edad y condiciones de la víctima. (Ver intervención en crisis)

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o general o especialista responsable, brindará la atención inmediata, la anamnesis se dirigirá hacia la situación familiar, interacciones, vínculos, formas de resolver conflictos, roles, etc. Además, se preguntará sobre la situación económica del hogar, actividad laboral de la familia, los apoyos personales, familiares y amistades con que cuenta la persona afectada, además de vínculos con organizaciones o grupos. Se incluirán datos del probable agresor. Se buscará signos y síntomas psicológicos y psicosomáticos a partir de los indicios de sospecha (Ver tabla 1).

La entrevista se realizará una sola vez, a solas con la persona, sin emitir juicios de valor u opiniones sobre lo relatado. Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. Cuando la persona esté preparada, aborde directamente el tema de violencia psicológica.

Paso 4. Examen físico

La médica/o responsable, realizará un examen médico general o especializado detallado, focalizado, que incluya valoración de signos vitales, previamente explicar el procedimiento a seguir. Todo debe estar escrito en la historia clínica o formulario correspondiente.

Paso 5. Valoración de la salud mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional: angustia, bloqueo emocional, pánico u otros a partir de la orientación témporo-espacial. De ser necesario, y contarse con el recurso, un profesional en salud mental apoyará en esta evaluación.

La VBG afecta durante toda vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar que la víctima se autolesione, o exista intentos autolíticos.

Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron la violencia, para brindar tratamiento adecuado.

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

El profesional de salud mental debe brindar tratamiento tanto a la persona como a su grupo familiar y elaborar un plan terapéutico, en el cual se constaten signos, síntomas y lesiones de existir, así como número de sesiones y periodicidad. La prescripción de fármacos debe realizarse únicamente bajo criterios clínicos y recetados por un médico o una médica especialista.

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de violencia psicológica atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria con el respectivo código según la CIE.

Paso 8. Valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de la violencia

El equipo de salud debe indagar sobre la situación familiar, económica, formas de resolver los conflictos, frecuencia e intensidad de los hechos de violencia y la probabilidad inminente de sufrir un evento de peligro para derivar a los sistemas de protección y justicia con el fin de prevenir nuevos hechos de violencia y brindar mayor seguridad a la víctima (Ver tabla 2).

Si existe riesgo: Continúe con el paso 9.

Paso 9. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

Si se ha detectado que la víctima directa o indirecta (familiares) está en peligro su integridad y vida se deberá ejecutar las acciones establecidas en la página 23.

Paso 10. Notificación a la autoridad pertinente.

Todos los casos de violencia basada en género deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III. Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 11. Seguimiento

El seguimiento psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. Dentro de esta gestión se debe contemplar, la programación de visitas domiciliarias de seguimiento para valorar la situación personal, familiar y social del NNA y el estado de las lesiones, en caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

La VBG afecta durante toda la vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el NNA y víctimas indirectas, en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar autolesiones o intentos autolíticos con resultados fatales.

Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron la violencia, para brindar tratamiento adecuado

5.3 Procedimiento específico de atención integral en violencia sexual

Ver flujo de atención de violencia sexual anexo 5.

Paso 1. Activar código púrpura

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “Código púrpura”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los caso de VBG.

Paso 2. Intervención en crisis

En los casos de violencia sexual la víctima puede llegar al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima, escuchar y responder a sus necesidades específicas. (Ver intervención en crisis)

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o general o especialista responsable, brindará la atención inmediata, durante la anamnesis preguntar hechos referidos en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión (aseo personal, toma de medicamentos o alimentos, entre otros) previo a la exploración. La médica/o responsable debe investigar todo lo relacionado con antecedentes de intervenciones médicas, uso de medicamentos y/o consumo de alcohol y otras drogas; indagar sobre la historia ginecológica: menarquía, fecha de la última menstruación, método anticonceptivo, última relación sexual consentida, ITS preexistentes, partos, abortos, hechos de violencia sexual pasados.

Paso 4. Examen físico

La médica/o general o especialista, realizará el examen físico e incluirá examen segmentario, ginecológico, genito urológico, proctológico, todo debe estar escrito en la historia clínica o formulario correspondiente, evitará contaminar la evidencia o tomará muestras en caso de necesidad, de acuerdo al artículo 465 del COIP.

Si la víctima es una persona adulta, se informará la necesidad de contar con otro/a profesional en su examen físico, como protocolo de protección y seguridad y se garantizará la confidencialidad. Este aspecto estará contemplado en el consentimiento informado.

En el caso de menores de edad, con el objetivo de respetar sus derechos, en el momento de la evaluación debe estar presente otra-o profesional a parte del que está realizando el examen del género de la preferencia de la víctima

Tabla 3. Examen físico de adultos víctimas de violencia sexual

Examen segmentario	Cara, cráneo y cuello
	Describir la presencia lesiones (hematomas, excoriaciones, heridas y quemaduras) a nivel de piel y/o mucosa, especial atención requiere la observación de la parte interna de la boca.
	Tórax

	- Realizar examen de mamas, describir las lesiones encontradas. Abdomen - Inspección: describir las lesiones traumáticas indicando la región anatómica, patologías médicas o quirúrgicas, tumores, cicatrices, etc. - Palpitación: buscar y describir órganos y lesiones (estómago, vesícula, útero, etc.) - En casos de sospecha de embarazo, por palpación de útero por vía abdominal, éste debe ser descartado en lo posible a través de eco o ultrasonido.
Examen ginecológico (En caso de visualizar lesiones papulares o úlceras sospechar infecciones de transmisión sexual: sífilis, condilomas acumunados, herpes genital y otros)	Genitales externos: - Inspección de la región vulvar: características del vello pubiano, labios mayores y menores, descripción de eventuales lesiones traumáticas en periné: clítoris, horquilla vulvar. - Determinar la presencia de erosiones, excoriaciones, equimosis; hematomas, heridas cortantes, desgarros. - Descripción del himen o sus restos, consignar su forma, las características de sus bordes eventuales lesiones traumáticas recientes (erosiones, desgarros, etc.) y registrados según los punteros del reloj.
Examen génito-urológico (varón) (En caso de visualizar lesiones papulares o úlceras sospechar infecciones de transmisión sexual: sífilis, condilomas acumulados, herpes genital y otros)	- Describir anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos. - Describir lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas)
Examen proctológico en ambos sexos	- Realizar una inspección cuidadosa, en lo posible con uso de colposcopio buscando erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis, hematomas o cicatrices antiguas. - Determinar la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con la salida de gases y materias fecales. - Tomar muestra del contenido ano-rectal en lo posible, con torunda estéril humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermatozoides en caso de que la denuncia sea precoz, dentro de las 24 a 48 horas. - Realizar tacto si existiera sospecha de lesión rectal, buscar posible rotura de recto o presencia de cuerpo extraño que requiera tratamiento quirúrgico de urgencia.

Paso 5. Valoración de la salud mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional: angustia, bloqueo emocional, pánico u otros signos a partir de la orientación témporo-espacial. De ser necesario, y contarse con el recurso, el personal de salud mental apoyará en esta evaluación.

La VBG afecta durante toda vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar trastornos de comportamiento, alimentación, sueño, cuadros depresivos, ideas suicidas, o intentos autolíticos, entre otros.

Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron o conocen sobre la violencia, para brindar tratamiento adecuado.

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

La médica/o responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, tratamientos, tratamientos profilácticos respectivos, en los tiempos establecidos, según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.

Para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención deberán aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia según la necesidad.

A continuación, se detalla los exámenes de laboratorio que se deben realizar y los tratamientos profilácticos a administrarse de acuerdo a la capacidad resolutoria del establecimiento de salud:(29)

- Biometría hemática, perfil hepático y química sanguínea.
- Tamizaje para VIH
- Prueba de embarazo.
- Pruebas toxicológicas en caso de sospecha de intoxicación por drogas (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc), en caso de riesgo vital o por pedido de la Fiscalía.
- Tamizaje para infecciones de transmisión sexual: VDRL o RPR, gram y fresco de secreciones, KOH, Herpes, Clamidia, Gonorrea, Hepatitis B y Hepatitis C para descartar infección/es previas.

Tabla 4. Exámenes de laboratorio inicial y de seguimiento postexposición en casos de violencia sexual

	Basal	Según síntomas	Semanas			
			2	4-6	12	24*
Serología VIH	✓	✓		✓	✓	✓
Análítica general	✓	✓	✓	✓		
CV del VIH		✓				
Serología VHB	✓			✓	✓	✓
Serología VHC	✓			✓	✓	✓
CV VHC		✓				
Despistaje ITS	✓				✓(Sífilis)	
Embarazo	✓			✓		

Tomado de: MSP. Guía de práctica clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. (29)

*Si se utiliza una prueba combinada de antígeno/anticuerpo para VIH de cuarta generación el seguimiento podría reducirse de la determinación basal, a la semana 4 – 6 y a la semana 16 postexposición.

Profilaxis postexposición en casos de violencia sexual

Las relaciones sexuales forzadas producidas por la violencia basada en género, puede incrementar el riesgo de contraer la infección por VIH y otras ITS, por lo que requieren ser evaluadas de manera inmediata y su abordaje se realizará de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH en embarazadas, niños, adolescentes y adultos vigente en el MSP.

Tabla 5. Recomendaciones para el manejo de profilaxis en casos de violencia sexual

Valorar minuciosamente la historia clínica para determinar el riesgo de exposición (ver anexo 6) y la necesidad de PEP en todas las víctimas de violencia sexual.
Indicar PEP de acuerdo a la valoración del riesgo.
Asegurar el diagnóstico serológico en menos de dos horas para VIH y siempre antes de las 72 horas. Para determinación de hepatitis B y C (Anti-HBs, Anti-HBc, AgHBs), siempre antes de las 96 horas.
Realizar test de embarazo previo al inicio de PEP.
Iniciar PEP sin esperar los resultados de laboratorio.
Iniciar PEP en un contexto de alto riesgo dentro de las dos horas y no más allá de las 72 horas, y continuar por 28 días.
Investigar el estado serológico de la fuente cuando sea factible.
Descartar otras infecciones de transmisión sexual* (gonorrea, chlamydia, trichomona, sífilis, hepatitis B, hepatitis C).
Investigar la historia de inmunizaciones del paciente frente a la hepatitis B.

Adaptado de: MSP. Guía de práctica clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. 2019. (29)

b. Tratamientos: La médica/o responsable debe administrar el tratamiento profiláctico respectivo, tomando en cuenta que la efectividad de estos tratamientos depende del tiempo transcurrido desde el evento. Para ampliar información se sugiere revisar la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niño, adolescentes y adultos, del MSP, vigente. A continuación, se detalla los tratamientos profilácticos a administrarse:

- **Asesoría:** informar sobre los efectos adversos que la medicación profiláctica puede causar, tanto los antirretrovirales como los antibióticos y hormonas a ser administradas.
- **Prevención de embarazo:** Anticoncepción oral de emergencia, dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión. Administrar de forma gratuita Levonorgestrel 1,5 mg. Dosis única a las mujeres en edad fértil.
- **Prevención de VIH y otras ITS:** la primera dosis de medicamentos antirretrovirales deberá administrarse en los establecimientos de salud que reciben el caso de violencia sexual (kit de violencia sexual), independientemente de la notificación a las autoridades correspondientes, las siguientes dosis de medicamentos antirretrovirales

serán entregadas y administradas bajo estricta supervisión del profesional de la Unidad de Atención Integral de VIH, de acuerdo al siguiente esquema:

- “La profilaxis postexposición en mujeres embarazadas víctimas de VBG frente al VIH está indicada durante cualquier momento en el embarazo siempre que haya existido exposición significativa”. (29)
- “Considerar el riesgo de teratogenicidad del ARV, especialmente durante el primer trimestre de gestación”.(29)

Tabla 6. Esquema antirretroviral en profilaxis postexposición en casos de violencia sexual

	Régimen	Medicamentos	Posología
	Preferente		
Adultos y adolescentes >13 años	2 ITIAN / INI	TDF ¹ /3TC/DTG ²	300/150/50 mg, vía oral, una vez al día.
		TDF ¹ /FTC/DTG ²	300/200 mg + 50 mg, vía oral, una vez al día.
	Alternativas		
	2 ITIAN + INI	TDF/3TC + RAL ³	300 /150 mg, vía oral una vez al día. + 400 mg vía oral dos veces al día.
		TDF/FTC + RAL ³	300/200 mg, vía oral una vez al día. + 400 mg vía oral dos veces al día.
	2 ITIAN + IP	TDF/3TC + DRV/r ⁴	300/150 mg, vía oral una vez al día. + 600 mg + 100mg, vía oral dos veces al día.
		TDF/FTC + DRV/r ⁴	300/200 mg, vía oral una vez al día. + 600 mg + 100mg, vía oral dos veces al día.
	2 ITIAN + INI	AZT ⁵ /3TC + DTG	300/150 mg, vía oral dos veces al día. + 50 mg, vía oral una vez al día.
	2 ITIAN + IP	AZT/3TC + DRV/r	300/150 mg vía oral dos veces al día + 600 mg + 100 mg, vía oral dos veces al día.

Tomado de: MSP. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niño, adolescentes y adultos, 2019. (29)

3TC: lamivudina; DRV: darunavir; DTG: dolutegravir; FTC: emtricitabina; RAL: raltegravir; TDF: tenofovir disoproxil fumarato; AZT: zidovudina.

¹ TDF: utilizar siempre y cuando se excluya la presencia de alteración renal u osteopenia y no exista riesgo de desarrollarlas.

² DTG: evitar uso en mujeres en edad fértil, sin un método anticonceptivo efectivo (método hormonal más método de barrera) o aquellas que se encuentren cursando un embarazo menor de 8 semanas. Riesgo de desarrollo de anomalías del tubo neural.

³ RAL: sugerido con INI en mujeres con sospecha de embarazo o mujeres sin un método anticonceptivo efectivo (método hormonal más método de barrera).

⁴ DRV/r: inhibidor de la proteasa de preferencia. Vigilar interacciones medicamentosas por ser inductores e inhibidores del citocromo P450.

⁵ AZT: por alto riesgo de toxicidad, recomendado únicamente cuando TDF no pueda ser utilizado como terapia inicial, asociado con 3TC.

Tabla 7. Profilaxis postexposición para otras ITS

Hepatitis B	
Condición del usuario	Conducta a seguir
Previamente vacunado con respuesta de anticuerpos	Ningún tratamiento
Previamente vacunado sin respuesta de anticuerpos (<10 mUI/ml)	Usuario dos series completas de vacunas de VHB, administrar 2 dosis de inmunoglobulina (IgHB), con intervalo de 1 mes. Usuario con una serie completa de vacunas de VHB, administrar 1 dosis de IgHB + iniciar nueva serie de vacunación.
No vacunado, vacunación incompleta o que se desconozca el estado inmunológico	Administrar 1 dosis de IgHB más serie completa de vacunación o completar esquema de vacunación según corresponda.
Hepatitis C	
Realizar medición de anticuerpos VHC de ser posible en la fuente, y en el expuesto de ser detectable repetir a los 3, 6 y 12 meses para confirmar diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno.	
Gonorrea	
Ceftriaxona 250 mg IM una sola dosis +	
Azitromicina 1 g VO una sola dosis	
Chlamydia	
Azitromicina 1 g VO una sola dosis o	
Doxiciclina 100 mg VO 2 veces al día por 7 días	
Trichomona	
Metronidazol 2 g VO en una sola dosis o	
Tinidazol 2g VO en una sola dosis	
Sífilis	
Penicilina benzatínica 2 400000 UI IM una dosis	

Fuente. Tomado de: MSP. Guía de práctica clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. 2019. (29)

• **Seguimiento de tratamiento de profilaxis:**

- Hacer seguimiento de los pacientes en tratamiento profiláctico para asegurar adherencia al tratamiento antirretroviral por 28 días en las unidades de atención de intervención de VIH para continuar con el proceso de atención, tratamiento y seguimiento por parte de los especialistas.
- Deberá brindarse asesoría, tratamiento y seguimiento en casos donde se determine que existe riesgo de transmisión vertical de VIH.
- Continuar la profilaxis de ITS de acuerdo al esquema utilizado.

Tabla 8. Recomendaciones para el seguimiento de PEP en casos de violencia sexual

Evaluar dentro de las primeras 72 horas efectos adversos por la PEP y adherencia a la misma.
Realizar test de VIH a las 4-6 semanas y a los 3 y 6 meses postexposición para descartar seroconversión.

Informar a la persona: - Signos y síntomas de infección aguda por VIH - Efectos secundarios del tratamiento - Posibles interacciones medicamentosas - Necesidad de una buena adherencia
Informar al usuario que durante el período de seguimiento (12 primeras semanas), debe evitar una posible transmisión secundaria del VIH: • Utilizar siempre el preservativo durante las relaciones sexuales • No compartir jeringuillas o material corto punzante • Evitar el embarazo • Evitar donar sangre, semen u órganos
Realizar pruebas de control de creatinina y transaminasas
Ofrecer el acompañamiento psicológico hasta culminar la profilaxis.

Adaptado de: MSP. Guía de práctica clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia (VIH) en embarazadas, niño, adolescentes y adultos. 2019. (29)

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de violencia psicológica atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria con el respectivo código según la CIE.

Paso 8. Valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de la violencia

El equipo de salud debe indagar sobre la situación familiar, económica, formas de resolver los conflictos, frecuencia e intensidad de los hechos de violencia y la probabilidad inminente de sufrir un evento de peligro para derivar a los sistemas de protección y justicia con el fin de prevenir nuevos hechos de violencia y brindar mayor seguridad a la víctima. (Ver tabla 2)

Si existe riesgo: Continúe con el paso 9.

Paso 9. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

Si se ha detectado que la víctima directa o indirecta (familiares) está en peligro su integridad y vida se deberá ejecutar las acciones establecidas en la página 23.

Paso 10. Notificación a la autoridad pertinente.

Todos los casos de violencia basada en género deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III. Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 11. Seguimiento

El seguimiento clínico y psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. Dentro de esta gestión se debe contemplar, la programación de visitas domiciliarias de seguimiento para valorar la situación personal, familiar y social del NNA y el estado de las lesiones, en caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

La VBG afecta durante toda la vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el NNA y víctimas indirectas, en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar autolesiones o intentos autolíticos con resultados fatales.

Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron la violencia, para brindar tratamiento adecuado.

6. Atención Integral específica a Mujeres embarazadas, víctimas de violencia basada en género.

Las mujeres en estado de gestación no están libres de ser víctimas de VBG, convirtiendo el embarazo en un factor de vulnerabilidad y riesgo, que afectan su estado físico y emocional, desarrollando cuadros de estrés, depresión, aislamiento o intentos de suicidio.(28)

La morbilidad materna en embarazadas víctimas de VBG se incrementa ya que sus controles prenatales por lo general son irregulares o no los tienen, lo que dificulta identificar posibles complicaciones. Las adolescentes embarazadas y que sufren algún tipo de violencia son más susceptibles al abuso de drogas provocando bajo peso al nacer.(28)

Los procedimientos de atención en caso de embarazadas víctimas de VBG es el mismo descrito en el procedimiento de adultos y NNA, los tratamiento profilácticos en caso de violencia sexual se encuentran en la tabla. Como consecuencia de la violencia se observa los siguientes efectos:(28)

- Aborto espontáneo,
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Muertes fetales
- Infección de membranas amnióticas (corioamnionitis)
- Parto prematuro y
- Recién nacidos de bajo peso.

Los golpes directos al abdomen afectan a la madre y su hija/o y pueden ocasionar:(28)

- Muerte fetal
- Fracturas fetales,
- Ruptura del útero, hígado o bazo de la madre,
- Fractura de pelvis
- Hemorragia antes del parto.

7. Atención integral específica por tipo de violencia basada en género en niños, niñas y adolescente.

La violencia VBG en contra de niñas, niños y adolescentes (NNA) puede darse por personas cercanas a su entorno padre, madre, otros familiares, maestros/as, amigas/os, compañeras/os, o extrañas/os. Tiene como consecuencia el menoscabo en su desarrollo social, así como el grave perjuicio en su salud.(30)

La violencia que ocurre a una edad temprana puede tener un impacto nocivo en el desarrollo cerebral, afectar el sistema nervioso alterando el desarrollo del NNA; y otros sistemas como: endocrino, circulatorio, osteomuscular, reproductivo, respiratorio e inmunitario, lo cual acarrea consecuencias de por vida.(31)

El desarrollo social se puede ver afectado con conductas violentas, depresión, pasividad tabaquismo, obesidad, consumo indebido de alcohol y/o drogas, prácticas sexuales de riesgo y embarazos no deseados, que abocan en enfermedades cardiovasculares, cáncer, infecciones de transmisión sexual, VIH, intentos autolíticos y en ocasiones con decisiones fatales que finalizan en suicidios.(30)

Estas consecuencias han influenciado en la toma de decisiones por parte del Estado ecuatoriano, para la generación de políticas que aporten en la erradicación de todo tipo de violencia, especialmente en grupos vulnerables como NNA.

Las etapas del ciclo de vida para este grupo de atención de acuerdo al MAIS están dividida de la siguiente manera:(20)

Recién nacidos	0 a 28 días
Lactantes	29 días a 11 meses
Niñez	1 a 4 años
Escolares	5 a 9 años
Adolescentes	10 a 19 años

Tamizaje universal en niños, niñas y adolescentes con factores de riesgo

Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de observar indicios de VBG al momento de la atención integral de salud en NNA, con el objeto captar posibles víctimas y brindar apoyo psicoterapéutico y poner en conocimiento de la autoridad competente.

Los NNA son una población potencialmente sensible a sufrir VBG, por lo cual es importante realizar tamizaje durante la consulta, que permita obtener información relevante, este se realizará de acuerdo a las etapas del ciclo de vida y desarrollo cognitivo para obtener información.

En la siguiente tabla se detalla factores de riesgo que se deberá evaluar durante el tamizaje.

Tabla 9. Factores de riesgo

Individuales: • Menores de 4 años o adolescentes • Hijo no deseado o no cumplir con las expectativas de los padres. • Tener algún tipo de discapacidad. • Enfermedades crónicas. • Trastornos del desarrollo. • Trastornos del comportamiento en los primeros años de vida. • Trastornos del sueño. • Trastornos de la alimentación.	Padre o cuidador: • Incapacidad para vincularse con su hijo. • Antecedentes de padres maltratados en su infancia. • Uso de alcohol o drogas, incluso durante el embarazo. • Condición económica baja. • Explicaciones no claras o confusas de las lesiones en el NNA. • Describe de manera displicente o usa un tono de voz alto al referirse al niño, niña; o no le permite hablar al adolescente. • Está involucrado en actividades delictivas. • Negligencia en el acompañamiento a sus procesos de desarrollo.
Familiares: • Vínculos violentos en la familia. • Depresión de cuidador primario. Aislamiento social. • Antecedentes de violencia en los adultos. • Adultos con dificultad para el manejo de estrés e impulsividad. • Naturalización de la violencia como	Factores sociales: • Desigualdad de género • La falta de servicios básicos adecuados y vivienda en mal estado. • Vive en espacios de hacinamiento. • Altos niveles de desempleo o pobreza. • Acceso fácil para consumo de alcohol y drogas. • Falta de programas de protección de

práctica de crianza. • Consumo de alcohol y drogas. • Crisis familiar, sucesos vitales estresantes.	niños para evitar la pornografía, prostitución y el trabajo infantil. • Alta tolerancia a las conductas violentas.
--	--

Fuente: Maltrato infantil en todo el mundo: un artículo de revisión. M. Abassi et.al. 2015.(32), UNICEF. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.2019. (33)

7.1. Niñas menores de 14 años embarazadas

Según datos de OPS el Ecuador es el tercer país a nivel de América latina y el Caribe con la tasa más alta de embarazos adolescentes, en un rango de edad de 10 a 19 años.(34)

De acuerdo al informe mundial de Población (2013), “los esfuerzos y los recursos para prevenir el embarazo en adolescentes, se focalizan en adolescente de 15 a 19 años. Destaca que la mayor vulnerabilidad de riesgo, complicaciones y muerte debido al embarazo y parto se presenta en niñas de 14 años o menos”. (34)

En el Ecuador, según la ENSANUT 2012:(34)

- El 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual.
- El 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años.
- El 89.9% de adolescentes menores de 15 años tuvieron su primera relación sexual con personas mayores que ellas. De éstas, el 9.1% fue con una persona mayor de 24 años.
- El 18.3% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido un/a hijo/a. Esta cifra ha aumentado en cinco puntos porcentuales (13.3) desde la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.
- El 7.8% de las mujeres que se embarazaron antes de los 15 años fue con una persona de 30 años o más.
- El 7.5% de embarazos en menores de 15 años termina en aborto.

El Ministerio de Salud Pública, como rector de la política de salud, en concordancia con la Constitución de la República y el COIP, establece en el Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, la garantía del derecho a la atención integral en salud a víctimas de violencia de género y atención especializada a niñas embarazadas, víctimas de violencia sexual, durante el periodo de embarazo, parto, pos parto y tratamientos que requiera.

De acuerdo a estas alertas en el año 2014, el Código Orgánico Integral Penal –COIP y el Código de la Niñez y adolescencia, tipifica al embarazo en menores de 14 años como delito, en su Art. 170 y 171, numeral 3. “cuando la Víctima sea menor de 14 años” debe ser notificado obligatoriamente por parte de los profesionales de la salud a la autoridad competente para el proceso de investigación respectiva.

Consideraciones:

- La edad de 14 años se debe considerar hasta el último día antes de que cumpla los 15 años (14 años, 11 meses y 29 días).

- Si la niña o la adolescente usuaria está recibiendo atención ginecológica, se deberá incluir lo dispuesto en este documento normativo, especialmente el tamizaje para identificar una posible situación de VBG y proceder en consecuencia.
- Si la niña o adolescente se encuentra en periodo de gestación, presenta doble vulnerabilidad, por lo que el sistema de salud debe acercar todos sus servicios para garantizar su vida.

7.2 Procedimientos por tipo de violencia en la atención en niñas, niños o adolescentes.

Procedimiento de atención integral en violencia física

Paso 1. Activar código púrpura

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “Código púrpura”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los casos de VBG.

Paso 2. Intervención en crisis

Un NNA violentado físicamente puede acudir al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima. Es importante considerar la edad y condiciones de la víctima.

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o responsable brindará la atención inmediata, realizará una anamnesis orientada a obtener datos relacionados con el episodio de violencia, y además debe evaluar los factores de riesgo. Se debe tener presente que la violencia física es toda acción no accidental producida por el cuidador del NNA que provoca lesión física o enfermedad. Además considerar la negligencia por parte de los padres o cuidadores, definida como la falta de cuidado de las necesidades básicas que implica un riesgo para la salud; entre estas se encuentra alimentación, vestimenta, higiene, la protección y educación.(32)

La entrevista se realizará una sola vez, al padre, madre o acompañante en el caso de recién nacidos, lactantes y niñez, no obstante, el tamizaje permitirá identificar factores de riesgo que permitan sospechar que se trata del agresor. En el caso de niñas, niños en etapa escolar o adolescentes explorar la preferencia de que su representante o cuidador permanezca o no durante la atención, ya sea para tener mayor libertad de expresarse o porque puede tratarse de la presunta persona agresora.

Los datos obtenidos en la anamnesis deben ser registrados de manera adecuada, el objetivo de entrevistar una sola vez es para evitar la revictimización. Incluir datos del presunto agresor si la madre, padre, acompañante o el NNA refiere.

Antes de iniciar cualquier procedimiento clínico, de diagnóstico y/o tratamiento se debe obtener el consentimiento informado del representante del NNA.

Paso 4. Examen físico

La médica/o general o especialista antes de iniciar la valoración, deberá explicar de manera clara sobre el procedimiento a seguir a el/la representante o acompañante del NNA, los adolescentes tienen la potestad de asentir que se les realice el examen físico.

Describir las lesiones físicas en dirección céfalo caudal, naturaleza de la lesión (contusión, hematoma, erosión, herida, excoriación, mordedura, quemadura), origen de las lesiones (contusas, arma blanca, arma de fuego, quemadura), descripción de la lesión (forma, color, longitud, trayectoria, tiempo, número), ubicar en que parte del cuerpo se encuentran las lesiones. Todo debe estar escrito en la historia clínica o formulario correspondiente.

- **Hematomas:** se sospecha de violencia cuando son numerosos, en diferentes estadios evolutivos y se localizan en zonas infrecuentes como nalgas, cara interna de muslos, espalda, tronco, genitales y orejas, además cuando tienen formas geométricas o formas de objetos.
- **Mordedura:** se debe diferenciar si es producida por un adulto, la distancia de los intercaninos es de 3 cm o superior.
- **Quemaduras:** menos frecuentes, pero se sospecha en maltrato cuando tiene forma de objetos como plancha, parrilla, cigarrillos, etc. y se encuentran en zonas de difícil acceso como nalgas, plantas de pies, etc.
- **Alopecia:** en la cabeza se puede encontrar áreas con arrancamiento de cabello.
- Además, un niño maltratado puede presentar alteraciones o daños neurológicos, óseos, oculares, metabólicas y cutáneos (90%).

Sospechar de violencia física cuando se encuentran varias lesiones o fracturas en diferentes etapas de curación, además en niños menores de 2 años se debe identificar las llamadas lesiones centinelas para realizar una detección precoz.

- 0 - 6 meses: rasguños, quemaduras, lesiones orofaríngeas.
- 6 - 12 meses: fractura de huesos largos o craneales, hemorragias intracraneales
- 24 meses: fractura de costillas, traumatismos abdominales, hemorragias subconjuntivales y lesiones genitales.

Una forma específica de maltrato es "Síndrome del niño sacudido" que lleva a hipoxia secundaria a apnea por movimientos de aceleración-desaceleración axial y rotacional del cráneo sobre el eje del tronco cerebral, con secuelas neurológicas importantes.

Paso 5. Valoración de la salud mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional tomando en cuenta las fases de desarrollo del NNA, identificar angustia, bloqueo emocional, pánico u otros a partir de la orientación témporo-espacial. De ser necesario, y contarse con el recurso, un profesional en salud mental apoyará en esta evaluación. Considerar la posibilidad de afectación de las funciones por toxicidad. Buscar signos y síntomas de afectación psicológica (Ver tabla 11). En la siguiente tabla se describe ciertos factores y conductas en NNA, con maltrato físico:

Tabla 10. Sentimientos y conductas habituales en NNA víctimas de maltrato físico

- Vergüenza: sensación de estar dañado o marcado.
- Ambivalencia: sentimientos simultáneos y contradictorios como amor-odio.
- Miedo y vigilancia constante.
- Soledad, desamparo y desesperanza.
- Impotencia aprendida: «nada de lo que haga puede modificar la situación»

- Sobreadaptación: poner toda la energía en mantener una fachada de perfección.
- Alienación sacrificial: sacrificio personal para mantener la unidad familiar a toda costa.
- Puesta en marcha de mecanismos de defensa para sobrevivir: disociación y negación.
- Dolor físico.
- Aislamiento de otras figuras que podrían ser protectoras provocado por el agresor.
- Vampirización: no poder reconocerse como víctima; sentirse causante y responsable de la situación.

Fuente: UNICEF. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2019. (33)

Realizar valoración de salud mental en los miembros de la familia que presenciaron la violencia, para brindar tratamiento adecuado.

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

La médica/o responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, y el tratamiento de acuerdo a lesiones físicas que presente la víctima y según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.

Para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención deberán aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia según la necesidad.

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de violencia física atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria con el respectivo código según CIE.

Paso 8. Valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de la violencia

El equipo de salud debe indagar sobre la situación familiar, económica, formas de resolver los conflictos, frecuencia e intensidad de los hechos de violencia que vive y la probabilidad inminente de sufrir un evento de peligro, con el objetivo para garantizar la seguridad del NNA.

No existe riesgo: continúe con el paso 9.

Paso 9. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

Si se ha detectado que el NNA víctima directa o víctimas indirecta (familiares) está en peligro su integridad y vida se deberá ejecutar las acciones establecidas en la página 23.

Paso 10. Notificación a la autoridad pertinente.

Todos los casos de violencia basada en género deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III. Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 11. Seguimiento

El seguimiento clínico y psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. Dentro de esta gestión se debe contemplar, la programación de visitas domiciliarias de seguimiento para valorar la situación personal, familiar y social del NNA y el estado de las lesiones, en caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

La VBG afecta durante toda la vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el NNA y víctimas indirectas, en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar autolesiones o intentos autolíticos con resultados fatales.

Procedimiento de atención integral en violencia psicológica

Paso 1. Activación del código púrpura

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “**Código púrpura**”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los caso de VBG.

Paso 2. Intervención en crisis

Un NNA que ha vivido o vive episodios de violencia psicológica puede acudir al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima. Es importante considerar la edad y condiciones de la víctima.

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o responsable, brindará la atención inmediata, realizará una anamnesis orientada a obtener datos relacionados con el episodio de violencia, y además debe evaluar los factores de riesgo. La violencia psicológica son acciones que causan o causarán daño cognitivo, emocional o conductual en NNA; los gritos, insultos, conductas controladoras y humillaciones son considerados como maltrato psicológico. Se pueden dar de manera aisladas o estar acompañadas de violencia física o sexual.

La anamnesis se dirigirá hacia la situación familiar, interacciones, vínculos, formas de resolver conflictos, roles, etc., identificados en la entrevista al padre, madre o acompañante de lactantes y menores de 4 años. Además, se preguntará sobre la situación económica del hogar, actividad laboral de la familia, los apoyos personales, familiares y amistades.

En el caso de mayores de 4 años o adolescente, además de la entrevista al padre, madre o acompañante, se buscará signos y síntomas de afectación psicológica (Ver tabla 11).

La entrevista se realizará una sola vez, al padre, madre o acompañante en el caso de recién nacidos, lactantes y niñez, no obstante, el tamizaje permitirá identificar factores de riesgo que permitan sospechar que se trata del agresor. En el caso de niñas, niños en etapa escolar o adolescentes explorar la preferencia de que su representante o cuidador permanezca o no durante la atención, ya sea para tener mayor libertad de expresarse o porque puede tratarse de la presunta persona agresora.

Los datos obtenidos en la anamnesis deben ser registrados de manera adecuada, el objetivo de entrevistar una sola vez es para evitar la revictimización. Incluir datos del presunto agresor si la madre, padre, acompañante o el NNA refiere.

Antes de iniciar cualquier procedimiento clínico, de diagnóstico y/o tratamiento se debe obtener el consentimiento informado del representante del NNA.

Paso 4. Examen físico

La médica/o general o especialista antes de iniciar la valoración, deberá explicar de manera clara sobre el procedimiento a seguir a el/la representante o acompañante del NNA, los adolescentes tienen la potestad de asentir que se les realice el examen físico.

Realizar un examen físico detallado, focalizado, que incluya valoración de signos vitales. Todo debe estar escrito en la historia clínica o formulario correspondiente, esta información tiene validez legal. Si se detecta violencia física o sexual ver procedimientos correspondientes.

Paso 5. Valoración de la salud mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional tomando en cuenta las fases de desarrollo del NNA, identificar: angustia, bloqueo emocional, pánico u otros a partir de la orientación témporo-espacial. De ser necesario, y contarse con el recurso, un profesional en salud mental apoyará en esta evaluación. Considerar la posibilidad de afectación de las funciones por toxicidad. En la tabla N° se describen indicios de daño psicológico que deben ser considerados.

Tabla 11. Indicios de afectación psicológica

Edad	Manifestaciones
Recién nacidos, lactantes, niñez	Los niños pequeños tempranamente violentados manifiestan el daño psíquico en todas las áreas de su desarrollo. Pueden llegar a presentar cuadros similares a los de un trastorno generalizado del desarrollo, es decir, a un trastorno del espectro autista. Es posible observar alteraciones: Del sueño: – despertares frecuentes, – dificultades para conciliar el sueño. De la alimentación: – vómitos frecuentes sin causa detectable, – pica, – selectividad. Del juego: – juego pobre, repetitivo, – imposibilidad de simbolizar (a) Del comportamiento: – balanceo y <i>head banding</i> (b), – deambulación errática, – rumiación (regurgitación repetida de alimentos). De las relaciones sociales: – miedos extraños ante personas o situaciones, – apego indiscriminado o muy selectivo.
Escolares	El cuadro de niños y niñas en edad escolar que han sufrido violencia desde temprana edad da cuenta del daño en el cerebro en desarrollo, producto del estrés tóxico crónico.

	En los casos más severos y crónicos, los NNA pueden llegar a presentar multiplicidad de síntomas que comprometen varias áreas del desarrollo y escapan a toda nosografía o intento diagnóstico. Se trata de niños que muestran una desregulación masiva y presentan lo que Van der Kolk y su equipo describen como trastorno traumático del desarrollo: Desregulación afectiva y fisiológica: – baja tolerancia a la frustración, – humor cambiante, – no control de esfínteres, – vómitos frecuentes. Desregulación atencional y conductual: – inquietud, hiperactividad, – imposibilidad de sostener la atención, – agresividad, – descontrol de impulsos. Desregulación de sí mismo y relacional: – imposibilidad de aprender, aun con buen nivel intelectual, – episodios disociativos. Síntomas postraumáticos: – reexperimentación (recordar sintiendo todo lo que se vivió como si estuviera sucediendo en ese momento), – evitación (evitar inconscientemente todos los estímulos que se asocien con el trauma vivido), – hiperactivación/hiperactivación (saltar ante el menor estímulo o mostrarse como con las emociones congeladas).
Adolescencia	El daño psíquico en el adolescente puede manifestarse por cualquiera de las alteraciones descritas para etapas anteriores. Una de las características propias de esta etapa son las lesiones autoinfligidas, las conductas suicidas y los trastornos de la alimentación. Es posible observar una sobreadaptación o pseudomadurez (indefensión aprendida).

Tomado de: UNICEF. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2019. (33)

a En la niñez se suele jugar al *como si*: hacer que se toma de una taza invisible, que un palito es un avión, etc. A eso se le llama *juego simbólico*. Quienes han sufrido un trauma se vuelven concretos, no pueden jugar así.

b Cuando se produce violencia pueden presentar síntomas similares al autismo: se balancean de atrás hacia adelante y golpean la cabeza contra la pared (*head banding*).

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

El profesional de salud mental debe brindar tratamiento tanto al NNA como a su grupo familiar, y elaborar un plan terapéutico, en el cual se constaten signos, síntomas y lesiones de existir, así como número de sesiones y periodicidad. La prescripción de fármacos debe realizarse únicamente bajo criterios clínicos, y recetados por un médico o una médica especialista.

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de violencia psicológica atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria con el respectivo código según la CIE.

Paso 8. Valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de la violencia

El equipo de salud debe indagar sobre la situación familiar, económica, formas de resolver los conflictos, frecuencia e intensidad de los hechos de violencia que vive y la probabilidad inminente de sufrir un evento de peligro, con el objetivo para garantizar la seguridad del NNA.

Si existe riesgo: Continúe con el paso 9.

Paso 9. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

Si se ha detectado que la víctima directa o indirecta (familiares) está en peligro su integridad y vida se deberá ejecutar las acciones establecidas en la página 23

Paso 10. Notificación a la autoridad pertinente.

Todos los casos de violencia basada en género deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III. Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 11. Seguimiento

El seguimiento psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. Dentro de esta gestión se debe contemplar, la programación de visitas domiciliarias de seguimiento para valorar la situación personal, familiar y social del NNA, en caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

La VBG afecta durante toda la vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el NNA y víctimas indirectas, en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar autolesiones o intentos autolíticos con resultados fatales.

Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron o han presenciado los hechos de violencia, para brindar tratamiento adecuado.

Procedimiento específico de atención integral en violencia sexual

Ver flujo de atención de violencia sexual anexo 5

Paso 1. Activar código púrpura

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de VBG, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el “Código púrpura”, esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los caso de VBG.

Paso 2. Intervención en crisis

Un NNA violentado sexualmente puede acudir al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima. Es importante considerar la edad y condiciones de la víctima. (Ver Intervención en crisis página.

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o responsable brindará la atención inmediata, realizará una anamnesis orientada a obtener datos relacionados con el episodio de violencia, y además debe evaluar los factores de riesgo. Se debe tener presente que la violencia sexual es el contacto sexual o interacción entre un NNA y un adulto, adulta, además se puede producir abuso por un menor de 18 años cuando este es mayor que la víctima. El agresor/ra la mayoría de ocasiones es una persona allegada/o a la familia o a la víctima, sospechar de abuso sexual cuando el NNA presenta miedos, fugas, agresividad, fracaso escolar auto agresiones y hasta intentos autolíticos.(35)

Durante la anamnesis preguntar a la madre, padre o acompañante fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual y los actos realizados después de la agresión (aseo personal, toma de medicamentos o alimentos, entre otros); en casos que sea posible de acuerdo a la edad preguntar directamente a la víctima.

Investigar en adolescentes todo lo relacionado con antecedentes de intervenciones médicas, uso de medicamentos y/o consumo de alcohol y otras drogas, última relación sexual, ITS preexistentes, hechos de violencia sexual pasados; en mujeres adolescentes preguntar menarquía, fecha de la última menstruación, método anticonceptivo, partos, abortos.

La entrevista se realizará una sola vez, al padre, madre o acompañante en el caso de recién nacidos, lactantes y niñez, no obstante, el tamizaje permitirá identificar factores de riesgo que permitan sospechar que se trata del agresor. En el caso de niñas, niños en etapa escolar o adolescentes explorar la preferencia de que su representante o cuidador permanezca o no durante la atención, ya sea para tener mayor libertad de expresarse o porque puede tratarse de la presunta persona agresora.

Los datos obtenidos en la anamnesis deben ser registrados de manera adecuada, el objetivo de entrevistar una sola vez es para evitar la revictimización. Incluir datos del presunto agresor si la madre, padre, acompañante o el NNA refiere.

Antes de iniciar cualquier procedimiento clínico, de diagnóstico y/o tratamiento se debe obtener el consentimiento informado del representante del NNA.

Paso 4. Examen físico

La médica/o general o especialista antes de iniciar la valoración, deberá explicar de manera clara sobre el procedimiento a seguir a el/la representante o acompañante del NNA, los adolescentes tienen la potestad de asentir que se les realice el examen físico.

En casos de violencia sexual en niñas, niños o adolescentes, bajo ningún concepto se realizará el examen médico dos veces para evitar la revictimización. El profesional de la salud realizará el examen físico e incluirá examen segmentario, ginecológico, ginecoulológico, proctológico y tomará muestras médicas (fluidos biológicos, hisopados, sangre y orina) asegurando y respetando la cadena de custodia hasta el retiro por parte de la Fiscalía General del Estado.(6) Todo debe estar escrito en la historia clínica o formulario correspondiente. La historia clínica tiene validez legal.

Independientemente de la edad y del sexo de la víctima, con el objetivo de respetar los derechos de paciente, debe estar presente otra persona profesional a parte del profesional que está realizando el examen:

- Si la víctima es hombre debe estar presente otro hombre.
- Si la víctima es mujer debe estar presente otra mujer.

En presuntos casos de violencia sexual observe las siguientes manifestaciones:(28)

- Dificultad para caminar o sentarse
- Infección a las vías urinarias
- En la atención detecta alguna ITS
- Muchos tipos de abuso no dejan evidencia física, y las lesiones mucosas sanan rápida y completamente, por lo que la ausencia de signos físicos no invalida el relato del niño, niña o adolescente.
- Ante un embarazo en niñas menores de 14 años, siempre sospeche que puede ser víctima de violencia sexual y debe ser notificado a la autoridad competente, conforme lo determina el Código Integral Penal para su investigación.
- En adolescentes de 15 a 19 años preguntar si el embarazo es producto de violencia sexual, si es así seguir el procedimiento de atención y notificar.

Tabla 12. Examen físico en casos de violencia sexual en NNA

Examen céfalo-caudal en NNA	- El examen físico será realizado de manera ordenada, por zonas: cabeza, cavidad oral, faringe, cuello, tórax, abdomen y extremidades superiores e inferiores. - Describir lesiones según su naturaleza (contusión, hematoma, erosión, herida, excoriación, mordedura, quemadura); origen de las lesiones (contusas, arma blanca, arma de fuego, quemadura); descripción de la lesión (forma, color, longitud, trayectoria, tiempo, número); ubicar en que parte del cuerpo se encuentran las lesiones
Valoración anogenital en niñas	- Actuar con precaución, es frecuente no encontrar alteraciones, pero si se encuentra la sospecha de violencia sexual es alta. - Si se evidencia algún sangrado vaginal con sospecha de trauma, es aconsejable realizar la exploración y la eventual reparación bajo anestesia general en el quirófano. - Los hallazgos observados durante el examen de la región anogenital deberán ser claramente descritos y será preciso detallar su localización siguiendo las manecillas del reloj. - Identificar cicatrices y desgarros del himen, heridas, laceraciones y equimosis en genitales y muslos; así como dilatación anal, fisuras y lesiones perianales, sangrado anal o vaginal - Identificar lesiones de infecciones de transmisión sexual. - Posiciones y procedimientos para la exploración anogenital de la niña:

	• Posición de decúbito lateral. • Posición fetal. • Posición supino lateral. • Tracción labial. • Separación labial.
Valoración anogenital en niños	- Actuar con precaución, es frecuente no encontrar alteraciones, pero si se encuentra la sospecha de violencia sexual es alta. - Inspeccionar la cara interna de los muslos y el periné, identificando las características del pene, escroto y testículos, identificando lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas). - Colocar al niño en posición de decúbito lateral, con la rodilla hacia el pecho para realizar el examen de la región anal. - Investigar la presencia de dilatación anal, borramiento de los pliegues, fisuras, lesiones perianales y sangrado anal. - Buscar lesiones que sugieran infecciones de transmisión sexual.
Valoración anogenital en las adolescentes	- Determinar el desarrollo sexual de la adolescente, posteriormente, será realizará el examen genital completo, en posición ginecológica. - Inspeccionar de manera visual, utilizar un espéculo solo en caso de sangrado con sospecha de trauma vaginal o de cuello uterino, dolor abdominal o fiebre; o si ha sido utilizado con anterioridad en la adolescente. - Evaluar las áreas perineales y el himen, detallando sus características desgarras, laceraciones, engrosamientos o irregularidades, ubicándolos en sentido del reloj. - Realizar la inspección de la zona perianal, la adolescente será colocada en posición genupectoral, valorar el tono del esfínter anal y, si hay dilatación, será verificada la presencia de lesiones traumáticas, condilomas perianales o congestión de la zona perianal.
Valoración anogenital en los adolescentes	- Colocar al adolescente en posición supina (acostado boca arriba) y proceder a examinar el pene, los testículos, el escroto y el periné identificando lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas). - Colocar al adolescente en posición de decúbito lateral, colocando la rodilla hacia el pecho para evaluar la región anal. - Buscar la presencia de dilatación anal, borramiento de los pliegues, fisuras, lesiones perianales y sangrado anal. - Buscar lesiones que sugieran infecciones de transmisión sexual. - Los hallazgos observados durante el examen de la región anogenital deben ser claramente descritos, identificado su localización siguiendo las manecillas del reloj.

Paso 5. Valoración del estado mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional tomando en cuenta las fases de desarrollo del NNA, identificar angustia, bloqueo emocional, pánico u otros a partir de la orientación témporo-espacial. De ser necesario, y contarse con el recurso, un profesional en salud mental apoyará en esta evaluación. Considerar la posibilidad de afectación de las funciones por toxicidad. Buscar indicios de sospecha de afectación psicológica (Ver tabla 11).

La siguiente tabla contiene aspectos conductuales que pueden guiar la sospecha de violencia sexual.

Tabla 13. Hallazgos conductuales que pueden orientar el diagnóstico de violencia sexual

- Rechazo del contacto físico de carácter social; en particular de caricias, abrazos y besos.
- Conductas precoces o conocimientos sexuales frecuentes inadecuados para su edad, que pueden estar acompañados de intimidación y son repetidos a escondidas de padres o cuidadores.
- Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.
- Conducta seductora en niñas, niños o adolescentes.
- Conducta de fuga en adolescentes.
- Cambios bruscos de conducta.
- Resistencia a desnudarse o a bañarse.
- Conductas regresivas como succión del pulgar o enuresis.
- Masturbación compulsiva.
- Conducta exhibicionista.
- Cambios en hábitos alimenticios, sueño.
- Involucramiento en actividades de explotación sexual comercial.
- Cambios en el rendimiento académico.

Tomado de: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia. 2017.(30)

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

La médica/o responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, y los tratamientos según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.

Para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención deberán aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia según la necesidad.

a) **Exámenes de laboratorio:** de acuerdo a la capacidad resolutoria el establecimiento de salud realizará los siguientes exámenes, tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde la agresión:

- Biometría hemática, perfil hepático y química sanguínea.
- Tamizaje para VIH
- En adolescentes prueba de embarazo
- Realizar pruebas toxicológicas en caso de sospecha de intoxicación por drogas (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.), en caso de riesgo vital o por pedido de la Fiscalía.
- Tamizaje para infecciones de transmisión sexual: VDRL o RPR, gram y fresco de secreciones, KOH, Herpes, Clamidia, Gonorrea, Hepatitis B y Hepatitis C para descartar infección/es previas.
- Muestra de residuos en uñas en busca de piel o sangre por pedido de Fiscalía.

Profilaxis postexposición en casos de violencia sexual

La violencia sexual en NNA acarrea graves consecuencias en su salud, exponiéndolas a contraer infecciones por VIH u otras ITS, en esta normativa se incluye recomendaciones,

para el abordaje de diagnóstico y tratamiento por parte de los profesionales de salud de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH en embarazadas, niños, adolescentes y adultos vigente en el MSP. Para ampliar información se sugiere su revisión.

b. Tratamientos: La médica/o responsable debe administrar el tratamiento profiláctico respectivo considerando la edad del NNA, además tomar en cuenta que la efectividad de estos tratamientos depende del tiempo transcurrido desde el evento. A continuación, se detalla los tratamientos profilácticos a administrarse:

- **Asesoría:** informar a la madre, padre o acompañante del NNA sobre los efectos adversos que la medicación profiláctica puede causar tanto los antirretrovirales como los antibióticos y hormonas a ser administradas.
- **Prevención de embarazo:** en adolescentes dar anticoncepción oral de emergencia, dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión. Administrar de forma gratuita levonorgestrel 1,5 mg en dosis única.
- **Prevención de VIH y otras ITS:** la primera dosis de medicamentos antirretrovirales deberá administrarse en los establecimientos de salud que recibe el caso de violencia sexual (kit de violencia sexual), las siguientes dosis de medicamentos antirretrovirales serán entregadas y administradas bajo estricta supervisión del profesional de la Unidad de Atención Integral de VIH, de acuerdo al siguiente esquema:

Tabla 14. Profilaxis de antirretrovirales en expuestos perinatales de madre gestante víctima de violencia sexual

Recién nacido (28 días de vida) de madre que recibió TARV ante parto / intraparto con carga viral no detectable (riesgo < 1)
- Administrar AZT preferentemente dentro de las 6 primeras horas de vida y mantener durante 4 semanas (ver tabla 27). - Suspender obligatoriamente lactancia materna.
Recién nacidos de madre con diagnóstico de VIH con o sin TARV, CV detectable o desconocida
- Administrar triple terapia (AZT + 3TC + NVP) con inicio preferente dentro de las primeras 6 horas de vida, y mantener por un máximo de 6 semanas, sin esperar pruebas complementarias de la madre (ver tabla 27). - Administrar nevirapina únicamente tres dosis en la primera semana de vida. - Suspender lactancia materna ante la sospecha de infección por VIH en la madre.

Tomado de: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de práctica clínica: MSP, 2019.(29)

Tabla 15. Esquemas de tratamiento antirretroviral para profilaxis postexposición en casos de violencia sexual

Régimen	Medicamentos	Dosificación
Hasta los 6 años de edad o peso < 25 kg		

2 ITIAN + IP	AZT+ FTC ¹ + LPV/r	AZT: 4 a 9 kg: 24mg/kg/día, vía oral cada 8-12 horas. ≥9 a < 30kg: 18mg/kg/día, vía oral cada 8-12 horas. FTC: Lactantes menores de 3 meses: 3mg/kg vía oral diario. 3 meses a 6 años: solución oral (10mg/ml): 6 mg/kg vía oral diario. LPV/r: 4-12 meses: 300/75mg x m ² , vía oral cada 12 horas.
7-13 años con peso ≥ 25 kg		
2 ITIAN + INI	AZT+ FTC o 3TC + RAL ²	AZT: ≥9 a < 30kg: 18mg/kg/día, vía oral cada 8-12 horas. >30 kg: 600mg/día, vía oral cada 8-12 horas. FTC: Peso menor a 33kg: solución oral (10mg/ml): 6 mg/kg vía oral diario. Peso >33kg: 200mg vía oral diario. 3TC: Peso <30 kg: 4mg/kg vía oral cada 12 horas. Peso >30 kg: 150mg vía oral cada 12 horas. RAL: Peso >25kg: 400mg vía oral cada 12 horas.
≥ 13 años		
Mismas pautas que las recomendadas en adulto		

Fuente. Tomado de: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de práctica clínica. MSP.(29)

1 FTC: por la disponibilidad de presentaciones pediátricas, experiencia de utilización y potencia, se prefiere FTC a 3TC por su administración simple cada 24 horas. No administrar en presencia de enfermedad renal.

2 RAL: ARV preferente por su buena tolerancia y sus escasas interacciones.

Tabla 16. Esquema antirretroviral en profilaxis postexposición en casos de violencia sexual

	Régimen	Medicamentos	Posología
Adolescentes >13 años	2 ITIAN / INI	TDF ¹ /3TC/DTG ²	300/150/50 mg, vía oral, una vez al día.
		TDF ¹ /FTC/DTG ²	300/200 mg + 50 mg, vía oral, una vez al día.

Fuente. Tomado de: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de práctica clínica. MSP.2019.(29)

¹ TDF: utilizar siempre y cuando se excluya la presencia de alteración renal u osteopenia y no exista riesgo de desarrollarlas.

² DTG: evitar uso en mujeres en edad fértil, sin un método anticonceptivo efectivo (método hormonal más método de barrera) o aquellas que se encuentren cursando un embarazo menor de 8 semanas. Riesgo de desarrollo de anomalías del tubo neural.

• Seguimiento de profilaxis:

- Hacer seguimiento de los NNA que recibieron tratamiento profiláctico para asegurar adherencia al tratamiento antirretroviral por 28 días en las unidades de atención de intervención de VIH para continuar con el proceso de atención, tratamiento y seguimiento por parte de los especialistas.
- Deberá brindarse asesoría, tratamiento y seguimiento en casos donde se determine que existe riesgo de transmisión vertical de VIH.
- Continuar la profilaxis de ITS de acuerdo al esquema utilizado.

Tabla 17. Recomendaciones para el seguimiento de PEP en niños y adolescentes menores de 13 años.

Evaluar dentro de las primeras 72 horas efectos adversos por la PEP y adherencia a la

misma.
Realizar test de VIH a las 4-6 semanas, a los 3 y 6 meses postexposición para descartar seroconversión.
Informar a la persona que ha sufrido una exposición accidental o al representante legal: - Signos y síntomas de infección aguda por VIH - Efectos secundarios del tratamiento - Posibles interacciones medicamentosas - Necesidad de una buena adherencia
Informar al usuario o representante legal, que durante el período de seguimiento (12 primeras semanas), debe evitar una posible transmisión secundaria del VIH: • Utilizar siempre el preservativo durante las relaciones sexuales en adolescentes sexualmente activos • No compartir jeringuillas o material corto-punzante • Evitar el embarazo en adolescentes sexualmente activas
Realizar pruebas de control de creatinina y transaminasas (Ver tabla).
Procurar el abordaje y acompañamiento psicológico desde la valoración inicial hasta culminar con PEP.
Ofrecer apoyo integral a las personas víctimas de violencia sexual (asesoría legal, psicología, y trabajo social).
Notificar inmediatamente a la entidad correspondiente.

Fuente. Tomado de: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de práctica clínica. MSP.(29)

Recomendaciones de seguimiento de profilaxis post exposición para adolescentes mayores de 13 años, revisar capítulo de atención integral en violencia sexual de adultos.

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de violencia psicológica atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria con el respectivo código según la CIE.

Paso 8. Valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de la violencia

El equipo de salud debe indagar sobre la situación familiar, económica, formas de resolver los conflictos, frecuencia e intensidad de los hechos de violencia que vive y la probabilidad inminente de sufrir un evento de peligro, con el objetivo para garantizar la seguridad del NNA.

No existe riesgo: continúe con el paso 9.

Paso 9. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

Si se ha detectado que la víctima directa o indirecta (familiares) está en peligro su integridad y vida se deberá ejecutar las acciones establecidas en la página 23.

Paso 10. Notificación a la autoridad pertinente.

Todos los casos de violencia basada en género deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III. Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 11. Seguimiento

El seguimiento clínico y psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. Dentro de esta gestión se debe contemplar la programación de visitas domiciliarias de seguimiento para valorar la situación personal, familiar y social del NNA, en caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

La VBG afecta durante toda la vida por lo que es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados por el evento sucedido en el NNA y víctimas indirectas, en el transcurso del tratamiento ya que muchos de ellos pueden ocasionar autolesiones o intentos autolíticos con resultados fatales.

Realizar valoración de salud mental en los miembros cercanos de la familia que presenciaron o han presenciado los hechos de violencia, para brindar tratamiento adecuado.

8. Atención integral específica a personas adultas mayores, víctimas de violencia basada en género

La violencia a las personas adultas mayores se define como la acción o acciones, que se realizan de manera única o habitual y como consecuencia producen daño físico o psicológico y son una amenaza para la salud de las personas mayores de 60 años quienes son susceptibles a sufrir violencia física, sexual o psicológica.

Por lo general ocurren dentro de una relación de confianza, en un ciclo de violencia intrafamiliar, por parte de cuidadores en el domicilio o en centros gerontológicos, o por parte de personal sanitario en los establecimientos de salud.(36,37)

Factores de riesgo

Según lo establecido en el Protocolo de atención integral de salud de las y los adultos mayores vigente, los factores de riesgo son los siguientes:

Tabla 18. Factores de riesgo en adultos

En la familia o cuidadores	En centros gerontológicos de larga estancia o establecimiento de salud
▪ Estrés del cuidador. ▪ Nivel de dependencia de la persona adulta mayor. ▪ Historia de violencia en la familia ▪ Dificultades personales y financieras del cuidador. ▪ Alcoholismo u otras adicciones ▪ Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad. ▪ Aislamiento social del cuidador ▪ Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona con discapacidad las 24 horas, 7 días a la semana.	▪ La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad. ▪ No tiene un registro oficial o le falta la acreditación apropiada. No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios. ▪ Contrata cuidadores sin capacitación para la atención a adultos mayores frágiles y con discapacidad. ▪ Mantiene una razón de cuidadores por número de personas con discapacidad y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable. ▪ No ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento. ▪ No hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución. ▪ La estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades.

Tomado de: MSP. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores.2012. (37)

El procedimiento de atención de violencia basada en género en adultos mayores es el mismo que el de adultos, sin embargo, es importante considerar los siguientes puntos:(37)

Indicios de violencia física o sexual

- Identifique lesiones especialmente múltiples en diferentes grados de resolución.

- Deshidratación o desnutrición.
- Fracturas que no tienen causa determinada.
- Evidencia de lesiones no atendidas.
- Señales de estar amarrado, atado, golpeado.
- Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo.
- Lesiones en los senos, abdomen y genitales.
- Dolor pélvico crónico.

Indicios de violencia psicológica

Es importante valorar ampliamente las circunstancias personales, familiares y sociales, considerando que los efectos de este tipo de violencia son más duraderos que los físicos volviendo más vulnerable a las personas adultas mayores.

- Abandono
- Sentimientos de soledad
- Indiferencia dentro del hogar
- Falta de afecto
- Desvalorización
- Descuido de su salud
- Agresividad/pasividad
- Despojo de sus propiedades
- Temor a las relaciones sexuales
- Disminución de la libido o apetito sexual como: frigidez, dispareunia, repulsión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa
- Intentos autolíticos

9. Atención integral específica a personas con discapacidad, víctimas de violencia basada en género

Las personas con discapacidad son vulnerables a la discriminación en base a su edad, su género, y su discapacidad, entre otros factores. Múltiples formas de discriminación se entrecruzan y agravan las desventajas existentes, aumentando la vulnerabilidad de las personas con discapacidades a ser denegados de sus derechos humanos.(38)

Las mujeres jóvenes y niñas con discapacidades, son más vulnerables y se enfrentan a diferentes formas de violencia. Las personas con discapacidad tienen 3 veces más probabilidades de sufrir violencia física, psicológica y sexual, las mujeres con discapacidad tienen 10 veces más posibilidad de sufrir violencia sexual.(38)

El procedimiento de atención en caso personas víctimas de VBG con discapacidad es el mismo descrito en el procedimiento de adultos y NNA, sin embargo, es importante considerar los siguientes indicios según lo indica el Manual de Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad vigente del MSP:(39)

Indicios de violencia indirectos

- Dificultad para caminar o sentarse, para la micción, defecación, disuria, dolor o prurito génito-anal.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.

- Dolor o escozor en genitales, contusión, hinchazón o sangrado en genitales externos; vagina o ano.
- Infecciones de transmisión sexual;
- Semen en boca, genitales o ropa.
- Cuerpo extraño en vejiga, uretra, vagina o ano; mal control de esfínteres (enuresis, encopresis).
- Infección urinaria a repetición.
- Enfermedades psicosomáticas.
-

Indicios de violencia directos

- Traumatismos, hematomas, heridas en área genital, anal, uretral, o en área perineal.
- Desfloración, desgarramiento de himen reciente o antiguo, reborde posterior himeneal, con desgarramientos y adherencias o fusión irregular de labios en traumatismos sexuales antiguos (en caso de himen complaciente o elástico en adolescentes no queda lesiones evidentes).
- Hemorragias o inflamación en áreas genital, anal, uretral.
- Lesiones tipo chancro en boca o papilomatosis o hematomas en paladar.
- Dilatación anormal en vagina, ano o uretra.
- Signo de la dilatación anal refleja: en posición genupectoral se puede apreciar el recto a través de la apertura anal, ya que el esfínter externo voluntario no puede ser mantenido contraído más de 5 - 9 segundos (tenga presente que el coito por vía anal sin violencia puede no dejar lesiones).

Indicios de comportamiento que sugieren violencia sexual en las personas con Discapacidad

- Excesivamente dóciles o agresivos/as y/o rebeldes.
- Con conducta pseudo-madura o provocativa.
- Con comportamiento regresivo.
- Depresión.
- Trastornos del sueño.
- Conductas de evitación.
- Sentimientos o intentos suicidas.
- Abuso de sustancias psicoactivas.
- Enfermedades psicosomáticas.

10. Atención integral específica a personas LGBTI, víctimas de violencia basada en género

Los índices de violencia y discriminación en este grupo son altos, el estudio Condiciones de vida de la Población LGBTI realizado en el Ecuador (2013), determinó que del total de entrevistadas/os, el 70,9% de personas, vivieron alguna experiencia en su entorno familiar de los cuales el 72,1% sufrió algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió algún tipo de rechazo y el 61,4% de violencia, y el 65,6% de la población manifestó haber vivido violencia en el espacio público.(40)

Los profesionales de salud que atienden pacientes LGBTI en sus consultas deben indagar sobre violencia sexual, psicológica y/o física. En casos de identificar violencia de género, se debe brindar atención en salud a la población LGBTI como en todos los casos de violencia a personas heterosexuales, ya que, las dinámicas de violencia son iguales que en el resto de la población.(17)

El procedimiento de atención en casos de violencia basada en género en la población LGBTI es el mismo descrito en adultos y NNA, sin embargo, es importante considerar lo siguiente:(17)

- Dirijase a las personas LGTBI con el nombre y género que desee utilizar el usuario/a.
- Respete la auto-descripción o la autoidentificación de género preferida.
- Investigar sobre prácticas sexuales no consentidas y luego asesorar acerca de relaciones abusivas y/o violentas a una persona que ha sido herida durante la actividad sexual.
- Consultar si ha sido forzado a realizar alguna terapia para cambiar su identidad de género u opción sexual.
- Consultar si ha estado encerrado en algún lugar en contra de su voluntad.

Al realizar el examen físico tomar en cuenta los siguientes puntos:(17)

- Evaluar en personas transmasculinas lesiones vaginales y/o anales producto de la violencia, y en el caso de transfemeninas evaluar la zona perianal.
- Considerar los procesos de hormonización e implantes que podrían tener el usuario/a.
- Algunas personas trans pueden tener características físicas modificadas por tratamiento hormonal o cirugía anterior, preguntar las características de estos tratamientos de ser necesario.
- Valorar el riesgo de infecciones localizadas o sistémicas, formación de émbolos en caderas, nalgas, muslos, mamas, labios o cara que pueden agravarse por los golpes y contusiones sufridas en zonas localizadas donde hay presencias de implantes con inyecciones de aceite de silicona de grado médico o industrial, aceites lubricantes, selladores de masilla, aceite de bebé y/o de otras sustancias.

Capítulo II

Atención integral en salud en contexto de graves violaciones a los Derechos Humanos

Los derechos humanos permiten desarrollar una vida digna y están consagrados en normas legales para exigir su cumplimiento. Su respeto, protección y realización constituye el más alto deber del Estado. Por tanto, las violaciones a los derechos humanos son los delitos que atentan contra los derechos fundamentales de las personas

El Estado tiene que cumplir con cuatro obligaciones generales que son las de proteger, respetar, garantizar y promover. Cuando el Estado abusa de su poder o incumple con estas obligaciones, entonces está cometiendo una violación de derechos humanos.

Son consideradas como graves violaciones de derechos humanos: agresión, apartheid, delitos de lesa humanidad, deportación o traslado forzoso de población, desaparición forzada, ejecución extrajudicial, esclavitud, etnocidio, exterminio, genocidio y persecución, conforme lo establece el Artículo 89 del COIP.

Para fines de esta norma técnica se tomarán en cuenta los casos referidos a delitos de lesa humanidad, de manera específica los relacionados a: tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, trata de personas y tráfico ilícito de migrantes.

1. Personas que están en situación de trata y tráfico ilícito de migrantes

La trata de personas es un delito, considerado en la actualidad como una forma de esclavitud moderna que convierte a los seres humanos en mercancía, vulnerando sus derechos humanos y generalmente afectos su libertad, dignidad e igualdad, la finalidad es la explotación de seres humanos. (41)

El tráfico ilícito de migrantes es un delito contra la legislación migratoria de un Estado, los traficantes captan personas que necesitan por diversos motivos entrar de manera irregular a un país al que no pertenecen, facilitando el ingreso mediante la evasión de los controles migratorios, con el fin de obtener beneficio económico o de otro orden material. (42)

La atención de salud en estas personas, debe basarse en el buen trato, sin discriminación, considerando que en su situación de trata o tráfico ilícito de migrantes existen riesgos que afectan su salud, antes, durante y hasta después del periodo de explotación o tráfico, considerar que además pueden haber sufrido violencia física, psicológica, sexual o las tres. Durante la atención es necesario mantener la confidencialidad debido a las condiciones de vida complejas a las que han estado expuestas.

Al identificar a una posible víctima de trata de personas o tráfico ilícito de migrantes se debe considerar las siguientes circunstancias por las que puede estar pasando: (41)

- No entender que es la trata de personas o tráfico ilícito de migrantes.
- No considerarse víctimas de estos delitos.
- Tiene limitada su libertad personal y movilidad.
- Trabajar bajo presión para pagar sus supuestas deudas a el/la tratante o traficante.
- Trabajar en un sector informal o industria ilícita, o bajo condiciones insalubres, peligrosas y de riesgo.
- Ser trasladadas con regularidad de un lugar a otro.
- Teme represalias de los/as tratantes o "empleadores".
- Ser susceptibles a multas y castigos de los/as tratantes o traficantes.
- Estar preocupado por su estado legal.
- Mentir sobre su estado legal, edad, país de origen, familia o relación con el/la tratante o traficante.
- Tener preocupación por la seguridad y el bienestar de su familia, especialmente si los tratantes conocen su ubicación.
- Sufrir reacciones traumáticas que afecten su habilidad de recordar, confiar en otras personas y reaccionar de manera apropiada, calcular riesgos, buscar y aceptar asistencia de otros.
- Ver la situación como temporal y se imaginan un futuro en el cual van a tener un salario acorde a sus necesidades.
- Desconfiar de funcionarios que puedan estar involucrados en el delito de trata o tráfico.
- Buscar confirmación de que ellos/ellas no son culpables de lo que les ha sucedido.

2. Tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Son parte de los delitos de lesa humanidad, una de las más graves violaciones de los derechos humanos, se realizan haciendo uso inapropiado del poder a través de la estructura estatal que genera las condiciones para su cometimiento con la aprobación incluso de otros actores representantes del Estado, o abuso de poder afectando la integridad física y la dignidad de las víctimas; son acciones que dañan, anulan, humillan y degradan a las personas, producen graves daños psicológicos y físicos representando un gran riesgo para la salud. (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (43))

Los delitos de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes por lo general pueden ocurrir en establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, centro ambulatorio para tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, centros especializados para tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, establecimientos de salud mental que cuentan con residencia e internación y centros de privación de la libertad en donde el MSP cuenta con centros de salud para brindar atención médica a PPL, entre otros.

El Estado debe garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral, por lo tanto, hay una prohibición absoluta de cometer actos de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, incluso en el contexto de privación de libertad. En muchos casos, este tipo de vulneraciones pueden estar motivadas por la orientación sexual, condición jurídica (pasado judicial) o identidad de género, por lo tanto, es importante que el personal de salud esté alerta frente a este tipo de hechos. (44) El personal de salud que identifique casos de tortura u otros malos tratos, deberán notificar a la autoridad competente.

En el caso específico de los centros de privación de la libertad, ninguna PPL podrá ser incomunicada, aislada o sometida a tortura, ni siquiera con fines disciplinarios, según lo establece el Artículo 6 del Código Orgánico Integral Penal. (6,45)

Es importante, también considerar el artículo 683 del Código Integral Penal, que establece que toda persona antes de ingresar a un centro de privación de libertad se someterá a un examen médico obligatorio, mismo que se realizará en un establecimiento de salud para identificar si la persona ha sufrido signos de tortura u otros malos tratos. De existir, el profesional de salud que realiza el examen informará del hecho a la máxima autoridad del establecimiento de salud, quien presentará la denuncia, acompañada del examen médico, a la Fiscalía. Este procedimiento es de cumplimiento obligatorio.

3. Procedimiento de atención integral en salud para graves violaciones a derechos humanos

Los profesionales de salud que durante la atención sospechen que se trata de una víctima de GVDH (Ver flujo de atención anexo 7), deberán realizar un tamizaje que les permita confirmar el hecho. (Ver tabla 19 y 20).

En el caso de identificar que también son víctimas de VBG se seguirán los procedimientos descritos en el capítulo anterior.

Tabla 19. Personas víctimas de trata y tráfico ilícito de migrantes

- ¿Tiene usted en su poder su documento de identidad, de extranjería o pasaporte?
- ¿Se siente en libertad de hablar?
- ¿Previamente buscó atención de salud para las infecciones, lesiones, heridas que tiene?
- ¿Puede acudir a sus citas médicas con libertad?
- ¿Puede trasladarse a cualquier lugar sin permiso o autorización?
- ¿Cuáles son sus días de descanso?
- ¿En qué condiciones vive o trabaja?
- ¿Su espacio o lugar de trabajo es amigable?
- ¿Conoce la dirección exacta de su lugar de trabajo?
- ¿Recibe algún tipo de remuneración y tiene sus beneficios de ley?
- ¿Convive con algún familiar o persona conocida?
- ¿Ha tenido contacto con familiares y amigos?
- ¿Ha consentido para la realización de procedimientos o tratamientos médicos?

Elaboración propia. DNDHGI

Fuente: OIM. Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes. 2017.(46)

Tabla 20. Personas víctimas de tortura y otros malos tratos

- ¿Le realizaron un examen médico previo al ingreso de este establecimiento o centro?
- ¿Ha recibido algún tipo de amenaza por parte de alguna autoridad del centro o establecimiento, u otra persona?
- ¿Cómo sufrió estas lesiones, fueron atendidas previamente?
- ¿Ha sufrido de aislamiento como, por ejemplo, ingreso a un lugar oscuro sin servicios, en espacios reducidos, por cuánto tiempo, no tiene contacto con familiares?
- ¿En qué condiciones fue aislado?
- ¿Ha tenido acceso a alimentación, acceso a agua potable, actividades, etc.?
- ¿Ha recibido algún tratamiento que intente cambiar su identidad como persona?
- ¿Ha consentido para la realización de procedimientos o tratamientos médicos?

Elaboración propia. DNDHGI

Fuente: OIM. Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes. 2017. (46)

Paso 1. Activar código gris

El personal de salud que realiza el triage al recibir una presunta víctima de GVDH, deberá alertar inmediatamente al jefe de guardia. El jefe de guardia activa el **“Código gris** esto significa activar al equipo de salud conformado para la valoración y atención inmediata de los caso de GVDH.

Paso 2. Intervención en crisis

Una persona víctima de trata, tráfico ilícito de migrantes, tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes puede acudir al establecimiento de salud en estado de crisis emocional, si es así se debe brindar los PAP antes o durante la atención, con el propósito de estabilizar a la víctima. Es importante considerar la edad y condiciones de la persona.

Cuando la crisis no se solucione con los PAP, solicitar ayuda de un profesional de salud mental para solventar esta situación. De no ser el caso, continúe con el paso 3.

Paso 3. Anamnesis

La médica/o responsable realizará una anamnesis orientada a obtener los datos que le permitan identificar signos, síntomas que afecten la salud de la víctima, considerar las enfermedades crónicas o genéticas pre-existentes que pudieron haberse exacerbado por las condiciones medio ambientales a las que son expuestos. Identificar signos de violencia física, sexual o psicológica.

El profesional de la salud debe ser prudente de manera especial si sospecha que él o la acompañante son parte de la red de tratantes o de tráfico ilícito de migrantes. De la misma manera en el caso de tortura y tratos crueles, por ejemplo, en el caso de PPL sus agresores pueden ser los/las guías penitenciarios y en clínicas de recuperación de adicciones, establecimientos de salud mental, u otros pueden ser los cuidadores o el personal de salud.

En estos casos se deberá realizar la entrevista a solas con la víctima, para evaluar la probabilidad inminente de riesgo con el fin de precautelar su integridad personal y crear las condiciones de seguridad necesarias.

Si se sospecha que la persona es víctima de GVDH, notificar inmediatamente a la Fiscalía General del Estado y realizar una sola vez la entrevista sin emitir juicios de valor u opiniones sobre lo relatado.

Paso 4. Examen físico

La médica/o general o especialista responsable realizará un examen médico detallado, focalizado, que incluya valoración de signos que permitan identificar violencia física, sexual, psicológica o las tres. Si se confirma que la persona ha sufrido VBG, seguir los procedimientos descritos en esta norma técnica.

Si requiere examen médico legal, este deberá ser efectuado por un perito legalmente acreditado. La persona responsable o autoridad del establecimiento de salud deberá ponerse en contacto con la autoridad competente para contar con un perito de la Fiscalía.

En casos de emergencia o riesgo vital o si la persona no está en condiciones emocionales para el examen físico, se puede optar por una valoración detallada posterior, pero registrando las dificultades percibidas en la historia clínica.

A continuación, se detallan signos específicos que pueden presentar las víctimas de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes:

- Desnutrición
- Deshidratación
- Infecciones bacterianas
- Sobreexposición a calor o frío
- Lesiones que sugieran tortura por posición como: suspensión, estiramiento de los miembros, limitación prolongada de movimientos, posturas forzadas.
- Heridas o extremidades amputadas
- Quemaduras: con cigarrillos, instrumentos calientes, líquidos hirvientes o sustancias cáusticas.
- Traumatismos causados por golpes o caídas.
- Violencia basada en género.
- Choques eléctricos
- Signos de asfixia con métodos húmedos y secos, ahogamiento, sofocación, estrangulamiento o uso de sustancias químicas.
- Lesiones por aplastamiento en dedos, muslos o espalda
- Lesiones penetrantes, como puñaladas o heridas de bala, introducción de alambres bajo las uñas
- Amputación traumática de dedos y miembros
- Signos de tortura farmacológica con dosis tóxicas de sedantes, neurolépticos, paralizantes

Paso 5. Valoración de la salud mental

La médica/o responsable realizará una apreciación del estado emocional: angustia, bloqueo emocional, pánico u otros a partir de la orientación témporo-espacial. Si se cuenta con un profesional en salud mental, éste apoyará en la evaluación.

Evaluar condiciones psiquiátricas agudas que pueda ser un riesgo para la seguridad personal del paciente o del personal de salud como por ejemplo suicidio, psicosis y/o abstinencia a drogas.

Identificar pensamientos de intento autolítico, depresión, ansiedad, hostilidad, recuerdos repentinos de su experiencia, shock traumático, furia, irritabilidad, tendencia a autolesionarse, retraimiento, estados de impavidez y estar fuera de la realidad.

Paso 6. Diagnóstico y tratamiento

La médica/o responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y el tratamiento según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud.

Para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención deberán aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia según la necesidad.

Paso 7. Registro de casos

Todos los casos de GVDH atendidos deberán ser registrados en los formularios y sistemas tecnológicos vigentes, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria.

Paso 8. Plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima.

El establecimiento de salud deberá elaborar un Plan de emergencia, de acuerdo a la realidad local y el nivel de complejidad ante situación de peligro para la integridad de la víctima, el cual deberá ser ejecutado por el equipo de salud en caso de presunta violencia basada en género.

Paso 9. Notificación a la autoridad pertinente

Todos los casos de GVDH deben ser notificados a la autoridad competente. Ver Notificación en Capítulo III. Derivación al Sistema Nacional de Justicia.

Paso 10. Seguimiento

El seguimiento clínico y psicológico, deberá realizarlo el equipo de salud que atendió el caso o a quien corresponda de acuerdo a la gestión interna del establecimiento de salud. En el caso de trata y tráfico ilícito de migrantes se debe contemplar la programación de visitas al domicilio o el lugar de acogimiento, para valorar la situación personal, familiar y social de ser el caso. En caso de necesitar otra especialidad gestionar referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia según la necesidad, garantizando la atención integral.

Es importante que en las atenciones subsecuentes el profesional de salud mental verifique los posibles traumas ocasionados en la víctima y víctimas indirectas ya que muchos de ellos pueden autolesionarse o tener intentos autolíticos con resultados fatales.

Capítulo III

Derivación del Sistema de Salud al Sistema de Justicia

1. Derivación del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Justicia

1.1 Notificación

Todos los casos de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos deben ser notificados en el plazo máximo de 24 horas a la Fiscalía correspondiente de la localidad, conforme lo determina el artículo 423 del Código Orgánico Integral Penal y el Artículo 72 del Código Orgánico de Niños, Niñas y Adolescentes. En los casos de sospecha, que el presunto agresor acompañe a la víctima, se deberá notificar inmediatamente a la Fiscalía.

Al tratarse de delitos tipificados por la ley penal, los profesionales de salud deben notificar a la Fiscalía, Policía Nacional u otra entidad del Sistema Integral de Investigación. En caso de requerir, además, apoyo por parte del sistema de protección especial, se debe comunicar del hecho a las instituciones como las juntas cantonales de protección de derechos, institución encargada del bienestar social, institución encargada en materia de derechos humanos, etc.

La notificación será firmada por el/la profesional de salud que atendió el caso y la máxima autoridad responsable que se encuentre en el establecimiento de salud, esta última autoridad además notificará a las instancias antes citada acerca de los casos atendidos mediante "código púrpura o código gris".

El documento de notificación original se entregará a la Fiscalía General del Estado, la primera copia se entrega a la usuaria/o, en casos de NNA a su representante o acompañante (si sospecha que es el agresor/a, no entregar la copia de la notificación) y la tercera copia, se entregará a Gestión de Admisiones para adjuntarse a la Historia Clínica.

Es importante informar a la usuaria/o que el establecimiento de salud tiene la obligación de notificar a las autoridades, como un proceso independiente a la denuncia que realice la víctima o sus familiares.

En caso que la autoridad o el usuario soliciten su historia clínica, se deberá entregar en un plazo no mayor de 48 horas.

En el documento de notificación se recoge la información referente al presunto delito que se está comunicando a la Fiscalía General del Estado, bajo el principio de confidencialidad, en donde se establecerá si hubo daño, enfermedad o incapacidad y/o tipo de violencia o grave violación a derechos humanos, conforme lo establece el Acuerdo Ministerial 267-2018, publicado en el Registro Oficial 598 de 26 de octubre de 2018.

1. 2 Toma de muestras y cadena de custodia

Para la toma de muestras, se realizará conforme a lo siguiente:

Paso 1: se deberá tomar contacto con la Fiscalía, para que realice el peritaje correspondiente, el cual se procurará se realice en el mismo establecimiento de salud, para evitar la revictimización.

Paso 2: de manera excepcional, en caso de que la Fiscalía General de Estado no pueda acudir a la toma de muestras, el médico responsable las tomará según lo determina el Código Orgánico Integral Penal en el artículo 465, que dispone lo siguiente:

“Podrán efectuarse exámenes médicos o corporales de la persona procesada o de la víctima en caso de necesidad para constatar circunstancias relevantes para la investigación, de acuerdo con las siguientes reglas”:

1. En los casos de delitos contra la integridad sexual y reproductiva, trata de personas e infracciones de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cuando una persona ponga en conocimiento que ha sido víctima de una de tales infracciones penales y exista peligro de destrucción de huellas o rastros de cualquier naturaleza en su persona, los establecimientos de salud públicos o privados acreditados a los que se acuda, deberán practicar, previo consentimiento escrito de la víctima o de su representante, los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas correspondientes, acorde a lo establecido en los manuales, protocolos, instructivos y formatos del sistema especializado integral de investigación medicina legal y ciencias forenses. De manera particular, el apartado de kit de peritajes forenses en delitos sexuales.

2. Realizados los exámenes, se levantará un acta en duplicado de los mismos, la que será suscrita por la o el jefe del establecimiento o de la respectiva Sección y por los profesionales que lo practicaron.

3. Una copia será entregada a la persona que ha sido sometida al reconocimiento o quien la tenga bajo su cuidado y la otra copia, así como las muestras obtenidas y los resultados de los análisis practicados, serán remitidos dentro de las siguientes veinticuatro horas al personal del Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses, el que informará inmediatamente a la o al fiscal, o la o al juzgador.

4. Si se trata de exámenes corporales, la mujer, niño, niña o adolescentes, personas LGBTI, etc., a quien deba practicárselos podrá exigir la atención de personal de su mismo sexo.

5. Se podrá solicitar un peritaje psicológico en los casos de violencia sexual, contra la mujer o miembros del núcleo familiar u otros delitos, especialmente cuando la víctima sea niña, niño, adolescente, adulto mayor o mujer embarazada. Estos se realizarán en centros especializados acreditados en esta temática.

Por su parte la toma de muestras y fluidos corporales en el caso de niñez y adolescencia se regirá según expresa el artículo 80 del Código Orgánico de Niños, Niñas y Adolescentes.

En los establecimientos donde existan salas de primera acogida, se deberá derivar a las mismas para la realización del respectivo peritaje, considerando los horarios de atención de las mismas.

Es importante considerar, que esta disposición se establece con la finalidad de apoyar al Sistema Nacional de Investigación y evitar la revictimización a las personas que han sufrido violencia basada en género y graves violaciones a derechos humanos.

En ambos casos, se guardará la cadena de custodia, conforme lo establece el Artículo 456 y 458 del COIP, es decir el debido cuidado, identificación, recolección, embalaje y rotulación de las muestras; recuerde que las prendas de vestir forman parte de este proceso que debe ser entregado a la Fiscalía General del Estado para su análisis y aporte al proceso legal de los casos.

Recomendaciones generales para presentación a una audiencia

Los y las profesionales de la salud que deban participar en las audiencias dentro de los procesos legales sobre los casos de VBG o GVDH, contarán de manera obligatoria con el respaldo jurídico según la desconcentración territorial al que pertenece el establecimiento de salud. Si conoce que va a ser llamado a un proceso legal, se recomienda:

- Conozca las leyes que regula su profesión y su función.
- Revisar sus archivos y buscar un orden, así como la información completa con precisión.
- Prepárese psicológicamente y esté calmado para la audiencia.
- De respuestas claras, concisas y cortas.
- Evite términos técnicos, explique esos términos en lenguaje simple y comprensible.

Capítulo IV

Autocuidado del equipo de salud que atiende casos de violencia basada en género y graves violaciones de derechos humanos

El personal de salud, que constantemente atiende casos de VBG y GVDH puede afectar su estado de salud físico y/o emocional por la relación permanente con situaciones de sufrimiento, angustia y riesgo de la vida de las víctimas, lo cual puede tener efectos en su desempeño profesional, si no existen medidas protectoras para identificar factores de riesgos.(47)

Es importante reconocer riesgos psicosociales que pueden estar afectando su desempeño laboral y su vida emocional, como, por ejemplo:

- Desgaste profesional o síndrome de Burnout.
- Revivir experiencias propias de violencia.
- Mala calidad en la atención que brinda.
- Baja participación en la toma de decisiones.
- Baja participación e integración en los equipos.
- Malas relaciones personales (familia, pareja, hijas/os, amigas/os, compañeras/os de trabajo, entre otros).
- Cambio en los estados de ánimo: desmotivación, enojo, incomodidad, tristeza, depresión, llanto fácil.

Medidas de autocuidado para los profesionales de salud

Es importante generar alternativas de autocuidado para manejar y resolver el impacto de las experiencias laborales en el ámbito de trabajo y en la vida personal, en la siguiente tabla a continuación se describen acciones que deben ser aplicadas en los establecimientos de salud:(47)

Tabla 21. Medidas de autocuidado

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Dar apoyo psicológico constantemente a los profesionales de salud, que permita abordar las experiencias tanto en el ámbito laboral como en el personal, y reparar situaciones.▪ Exponer los casos y analizarlos en las reuniones de su área de trabajo.▪ Mantener actividades sociales, recreativas o formativas con otras personas.▪ Mantener rutinas de ejercicio regular y una alimentación saludable y en los horarios adecuados.▪ Indicar que es importante dormir las horas necesarias y descansar cuando necesite hacerlo.▪ Indicar que no es recomendable automedicarse.▪ Indicar que no es recomendable el consumo excesivo de alcohol y otras drogas. Hacerlo no ayudará a calmar la ansiedad o manejar el estrés.▪ Mantener horarios que limiten la actividad laboral de la persona. |
|--|

Los profesionales de salud después de realizado una atención de VBG o GVDH, debe tomar un tiempo para reflexionar sobre cómo le ha afectado la experiencia y para descansar. Para facilitar su propia recuperación considerar las siguientes sugerencias que pueden ser de su ayuda: (14)

- Comparta su experiencia ofreciendo ayuda en una situación de crisis con su jefe inmediato, un colega, u otras personas en las que confíe.
- Valore la ayuda que logró proporcionar, incluidos los pequeños gestos.
- Acepte y reflexione sobre lo que hizo bien, lo que no salió demasiado bien, y las limitaciones de lo que pudo hacer dadas las circunstancias.
- Descanse y relájese antes de retomar su trabajo y los deberes de su vida normal, tómese en tiempo necesario.

Abreviaturas:

COIP	Código integral Penal
CONA	Código de la Niñez y Adolescencia
GVDH	Graves violaciones de derechos humanos
LOS	Ley Orgánica de Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAP	Primeros auxilios psicológicos
PPL	Personas privadas de la libertad
SPA	Sala de Primera Acogida
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
ITS	Infecciones de transmisión sexual
PEP	Profilaxis postexposición

Bibliografía

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS. 2003;(588).
2. Harvey P, Krug E, Meddings D, Peden M, Moreno CG, Ogawa H, et al. Prevención de lesiones y violencia. Guías para los ministerios de salud. 2007;36. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/Prevencion_lesiones_violencia.pdf?ua=1
3. Senplades. Plan Nacional de desarrollo 2017-2021. Proc IEEE Conf Decis Control. 2014;2015-Febru(February):3757–64.
4. Defensoria del Pueblo Ecuador. Soporte teórico de mecanismo Nacional de prevención de la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes del Ecuador. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 1689–1699 p.
5. OMS. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Man res [Internet]. 1996;III(1.11):1–2. Available from: http://who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf?ua=1&ua=1
6. Asamblea Nacional del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal. 2014. 1–144 p.
7. Espinel I, Ocles M, Peral A, Vergara L, Valladares M. Violencia Basada en género en Emergencias. 2017;50. Available from: https://www.undp.org/content/dam/ecuador/docs/Emergencia/R1.2_Manual_VBG.pdf %0Ahttps://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/R1.2_Manual_VBG.pdf
8. Sistema especializado integral de investigación medicina legal y ciencias forenses. Manual de cadena de custodia. Vol. 112. 2017. 211–212 p.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. 2015. Art. 2, pag.2.
10. ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1996;1–238. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf
11. Consejo Nacional para la Igualdad de Género. Glosario feminista para la igualdad de género [Internet]. Vol. 112, The British Journal of Psychiatry. 2017. 211–212 p. Available from: www.igualdadgenero.gob.ec
12. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres. In 2018.
13. Cortés P, Figueroa R. Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. 2018; Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-ABCDE-para-la-aplicacion-de-Primeros-Auxilios-Psicologicos.pdf>
14. Organización Panamericana de la Salud OPS. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Prim Ayud psicológica guía para Trab campo. 2012;68.
15. Corporación de Estudios DECIDE Proyecto. Guía de aplicación para la Junta Cantonal de Protección de Derechos. 2008.
16. MSP. Modelo de gestión de la información del formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos. 2018.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). 2016;52. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf
18. Berg A. Detección para la familia y el compañero íntimo Violencia: Declaración de recomendación. Ann Intern Med [Internet]. 2004;2(2):156–60. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106732037&site=ehost-live>
19. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Diálogos sobre la reparación. Vol.

- 111, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. 2009. 1009–1010 p.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Journal of Experimental Psychology: General. 2012. p. 210.
21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. Minist Salud Pública del Ecuador. 2017;
22. Alarcón M AM, Vidal H A, Rozas JN. Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. 2003;131(9):1061–5.
23. La Barbera M. Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. Interdisciplina. 2016;4(8):105–22.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma técnica de Atención Integral en Violencia de Género. 2014. 1–128 p.
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Msp [Internet]. 2014;4. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
26. MSP. Sistema de clasificación de emergencias “Triage” en los servicios de emergencia de establecimientos de salud tipo C del Primer Nivel de atención en salud. 2017.
27. MSP. Norma Técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. 2013. 1–35 p.
28. Ministerio De Salud Publica Del Ecuador. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. 2009;118. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas_y_protocolos_de_atencion.pdf
29. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niño, adolescentes y adultos. 2019;
30. Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana. 2017.
31. Organización Panamericana de la Salud. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas [Internet]. INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children. 2016. 1–112 p. Available from: www.paho.org/permissions
32. Abbasi MA, Saeidi M, Khademi G, Hoseini BL, Moghadam ZE. Maltrato infantil en todo el mundo: un artículo de revisión. Int J Pediatr. 2015;3(1.1):353–65.
33. Ministerio de Salud de Uruguay. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Br J Psychiatry. 2019;112(483):211–2.
34. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Dir Normatización del Sist Nac Salud [Internet]. 2017;85. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=54&Itemid=%0Ahttps://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf%0A
35. Leyton B, Arriet F. Estado actual de la implementación de derechos de infancia en el sector público de salud. Cuaderno de Pediatría Social. 2012.
36. Pérez C. Análisis del fenómeno de la violencia contra los ancianos. Vol. 52, Revista Criminalidad. 2010. p. 55–75.
37. Cossio MLT, Giesen LF, Araya G, Pérez-Cotapos MLS, Vergara RL, Manca M, et al. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Una ética para quantos? [Internet]. 2012;XXXIII(2):81–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://cid.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/cid/cir991%5Cnhttp://www.scielo.cl/pdf/udecada/v15n26/art06.pdf%5Cnhttp://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84861150233&partnerID=tZOTx3y1>
38. AECID. Jóvenes con discapacidad: Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia

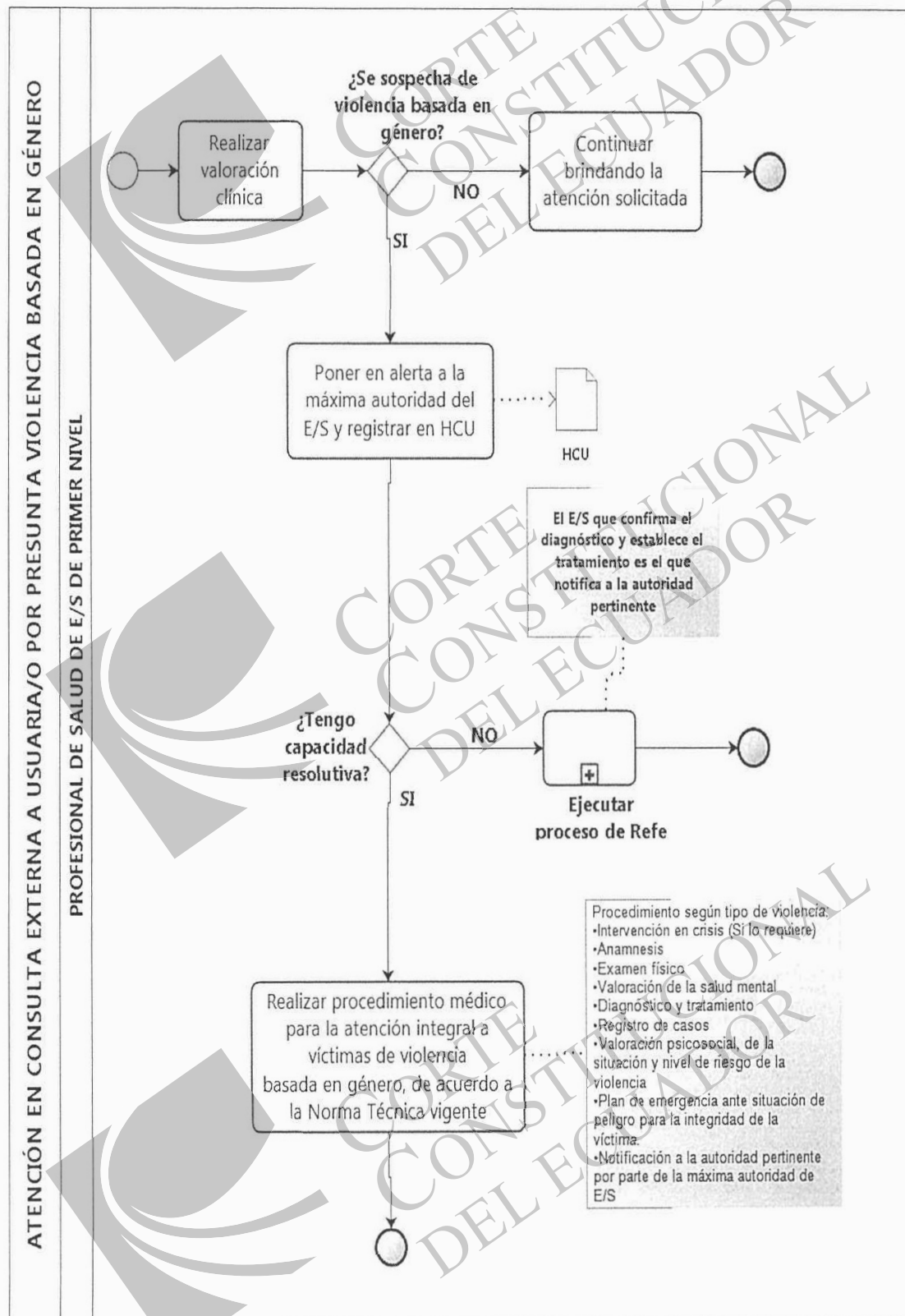
- de género y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos. UNFPA [Internet]. 2018; Available from: Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional
39. Ministerio de salud pública del Ecuador. Manual De Atención En Salud a Personas Con Discapacidad. 2017.
40. Instituto nacional de estadísticas y Censos Ecuador. Primera Investigación (estudio de caso) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador. 2016;50. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Presentacion-LGBTI.pdf
41. Organización Internacional para las Migraciones. Guía de Intervención Psicosocial para la asistencia directa con Personas Víctimas de Trata. 2007; Available from: www.oim.or.cr/Documentos
42. Organización de las Naciones Unidas. Convención de las naciones unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos. ONU. 2004. 96 p.
43. Valle PB. Graves violaciones a los derechos humanos ¿ es adecuado revivir a los muertos ? 2004;37–45.
44. MSP. Atención de salud en contextos de privación de libertad. 2018;
45. ONU. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (Reglas Nelson Mandela). ONU. 2016;4(1):1–36.
46. Organización Internacional para las Migraciones. Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata , tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños , niñas y adolescentes ". 2017.
47. Duque V, Gomez N. Lineamientos para el cuidado de los equipos, promoción del autocuidado y atención en crisis. 2014.

Anexos**Anexo 1.** Ayuda memoria del Marco legal Nacional e Internacional

Marco Legal Nacional	
Constitución de la República del Ecuador (2008)	Artículos: 11 numeral 2; 32; 35; 38 numeral 4; 46 numeral 4; 66; 341; 361.
Ley Orgánica de Salud (2006)	Artículos: 6 numeral 7; 31; 32; 33.
Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2018)	Artículos: 26 literales b, c, i, j, r; 43.
Código Orgánico Integral Penal (2014)	Artículos: 11 numeral 5; 171 numeral 3; 276; 277; 422 numeral 2; 463 numerales 1, 2; 465 numerales 1,2,3,4.
Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia (2014)	Artículos: 11; 17; 27 numeral 4; 30 numeral 1; 72; 80.
Marco Legal Internacional	
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).	
Convención Americana sobre los Derechos Humanos (1969).	
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer–CEDAW (1979).	
La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará 1994).	
Convención de los Derechos Del Niño (1989).	
Convención contra la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes (1984).	
Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Palermo, 2000).	
Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente de mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Palermo, 2000).	
Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).	

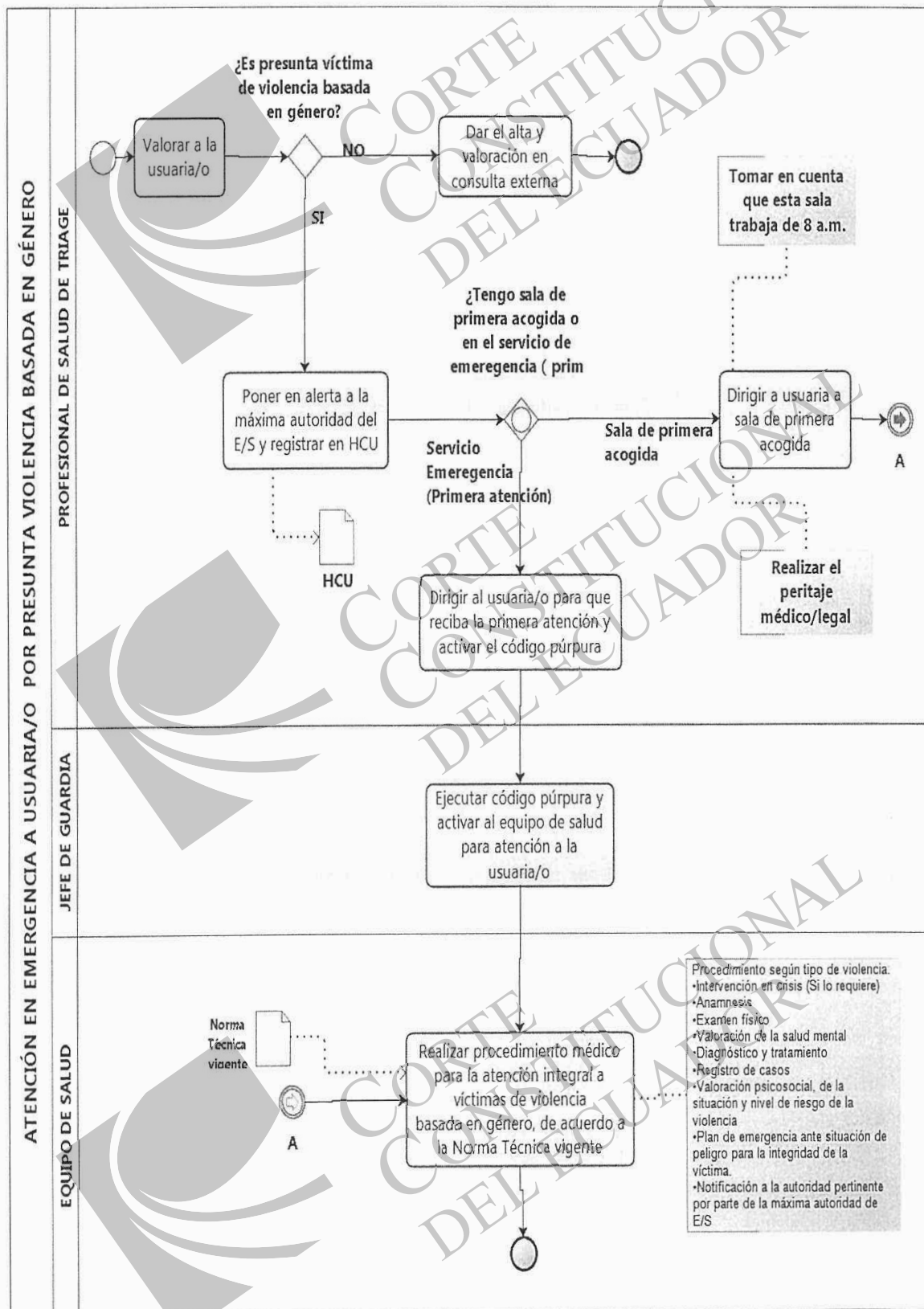
Anexo 2. Flujo de atención en consulta externa

Elaboración propia. Diseño Dirección Nacional de Procesos



Anexo 3. Flujo de atención en emergencia

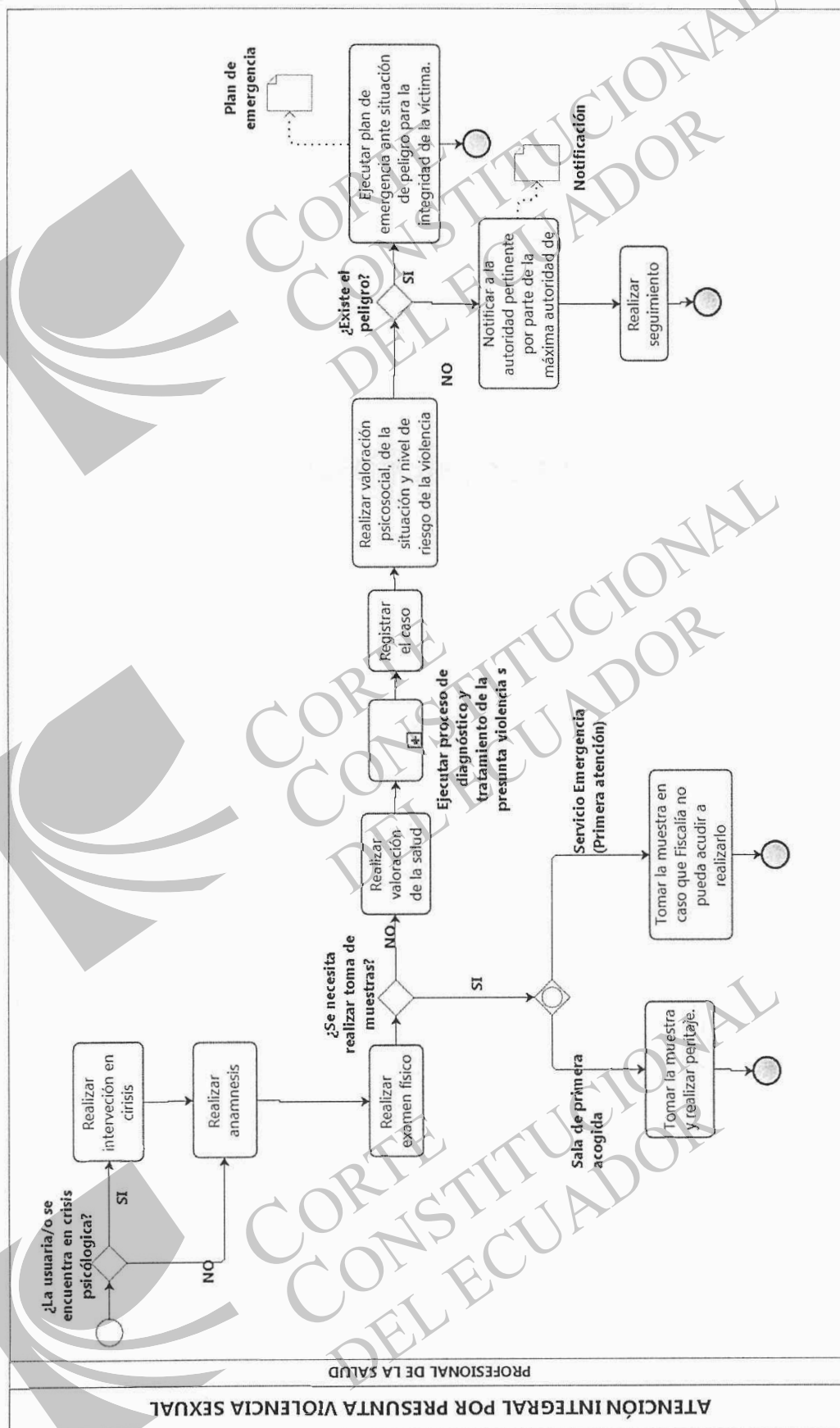
Elaboración propia. Diseño Dirección Nacional de Procesos



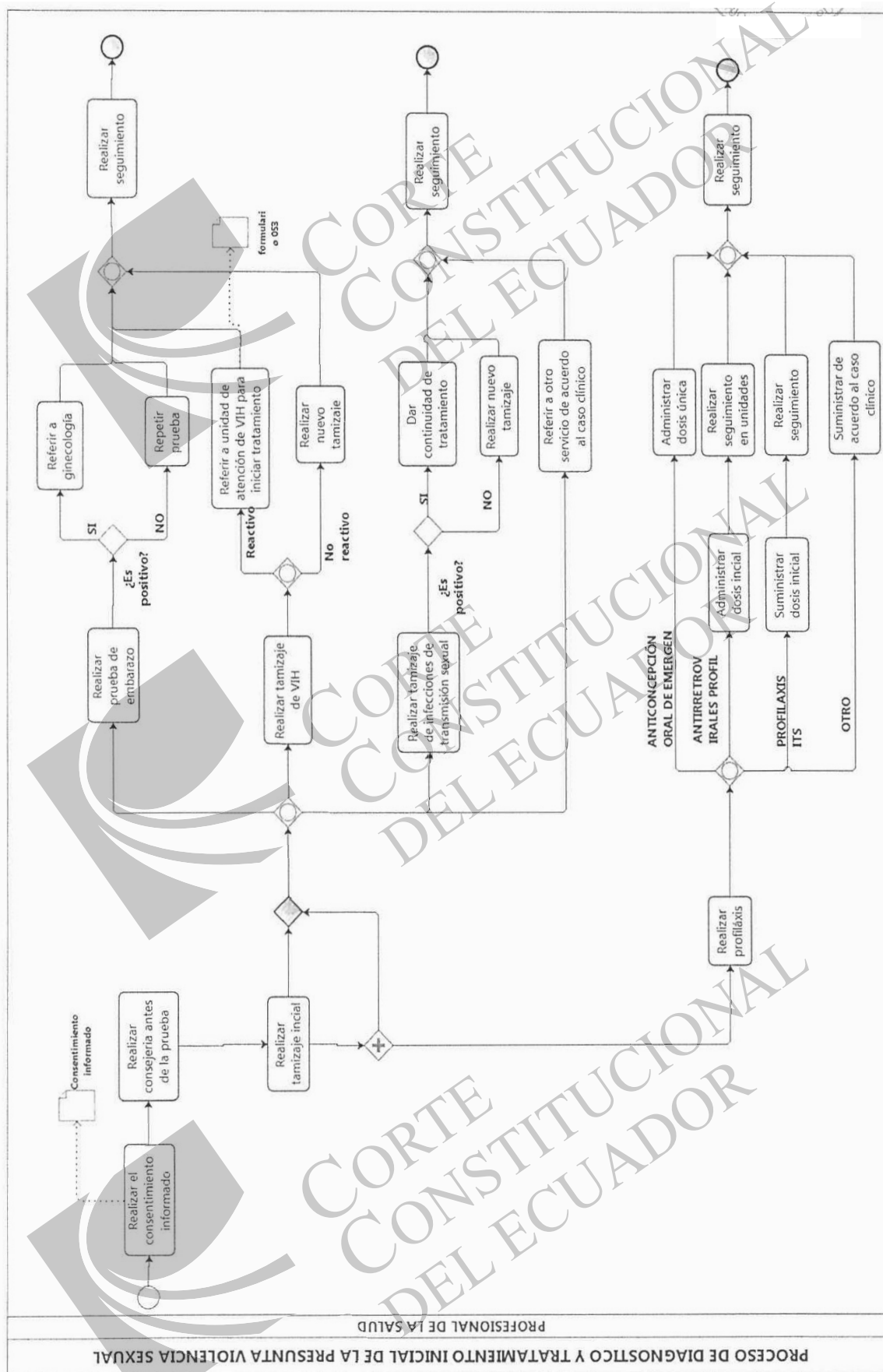
Anexo 4. Ciclos de la violencia



Anexo. 5 Flujo de atención integral, diagnóstico y tratamiento en violencia sexual
Elaboración propia. Diseño Dirección Nacional de Procesos



Elaboración propia. Diseño Dirección Nacional de Procesos



Anexo 6. Recomendaciones generales de PEP

Tipo de exposición	Tipo de material	Recomendación
Percutánea	Sangre*	
	Riesgo muy alto	Recomendar PEP
	Riesgo alto	Recomendar PEP
	Riesgo no alto	Recomendar PEP¶
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos potencialmente infectantes** o tejidos.	Recomendar PEP¶
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PEP
Mucosa	Sangre	Valorar individualmente¶¶
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos potencialmente infectantes** o tejidos	Valorar individualmente¶¶
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PEP
Piel alto riesgo#	Sangre	Valor individualmente¶¶
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	Valor individualmente¶¶
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PEP

*Riesgo muy alto: se define como accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja utilizada en acceso vascular del usuario) y con carga viral VIH elevada. Riesgo alto se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral VIH elevada. Riesgo no alto: aquel accidente en el que no se da exposición a gran volumen de sangre ni a sangre con carga viral VIH elevada (pinchazo con aguja de sutura de usuario con carga viral baja o indetectable).

**Incluye semen, secreciones vaginales, LCR y líquidos sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y amniótico.

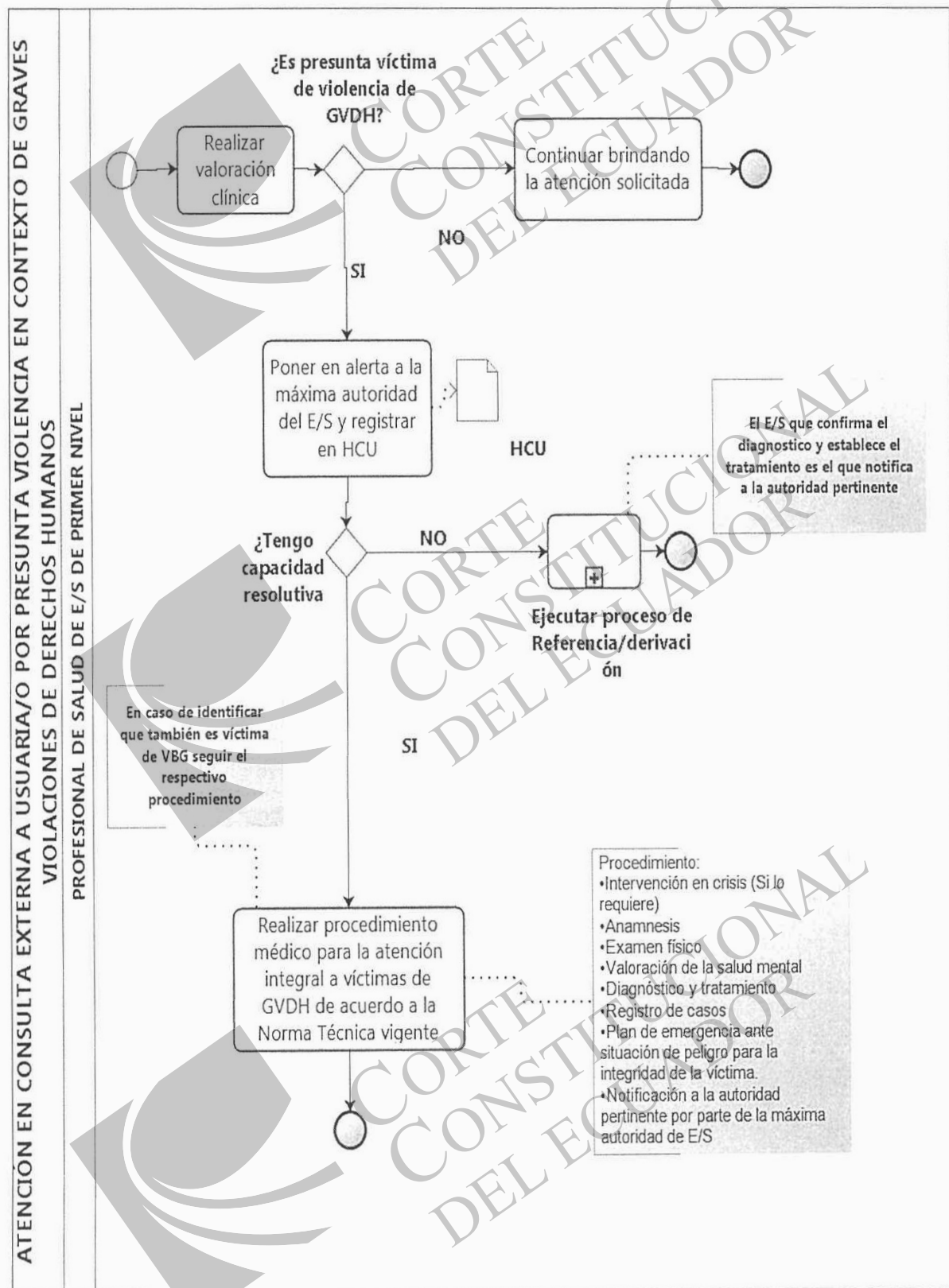
¶Cuando la carga viral es indetectable se puede considerar no realizar PEP porque el riesgo de transmisión es muy bajo.

¶¶ Valorar individualmente cada caso. En general recomendar PEP. Cuando la carga viral es indetectable se puede considerar no realizar PEP porque el riesgo de transmisión es muy bajo.

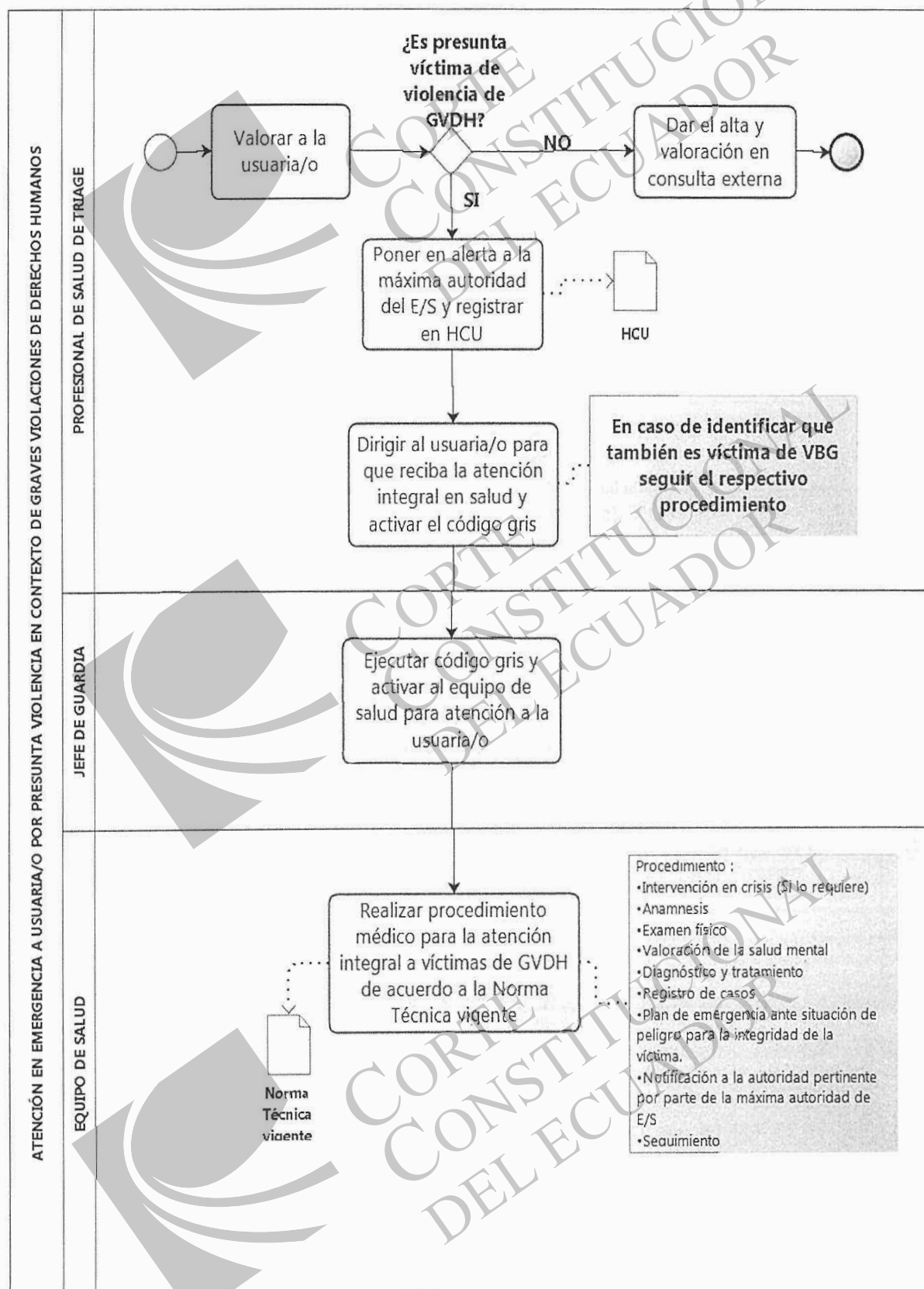
#Contacto cutáneo de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral elevada, el contacto es muy prolongado y el área es extensa o hay zonas de piel no íntegra.

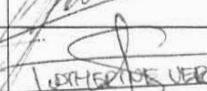
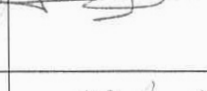
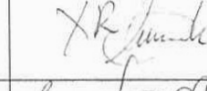
Anexo 7. Flujo de atención en consulta externa y emergencia a presuntas víctimas graves violaciones a los derechos humanos

Elaboración propia. Diseño Dirección Nacional de Procesos



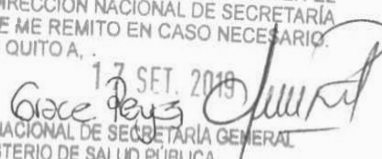
Elaboración propia. Diseño Dirección Nacional de Procesos



	Nombre	Área	Cargo	Firma
Aprobado:	Mgs. Sara Aucancela	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretaria	
Revisado:	Md. Esteban Avilés	Dirección Nacional de Normatización	Director(S)	
	Psic. Katherine Vergara	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión	Directora(S)	
	MPh. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización	Coordinadora	
Elaborado:	Lcda. Verónica Simbaña	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión	Especialista	

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL, AL QUE ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN QUITO A,

17 SET. 2019


DIRECTOR(A) NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA