



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año II - Nº 321-B

**Quito, miércoles 20 de
mayo de 2015**

Valor: US\$ 2.50 + IVA

**ING. HUGO ENRIQUE DEL POZO
BARREZUETA
DIRECTOR**

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson

Edificio 12 de Octubre
Segundo Piso
Telf. 2901 – 629

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 2234 - 540
3941-800 Ext. 2301

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 2430 - 110

Sucursal Guayaquil:
Malecón Nº 1606 y Av. 10 de Agosto
Telf. 2527 - 107

Suscripción semestral: US\$ 200 + IVA
para la ciudad de Quito
US\$ 225 + IVA para el resto del país
Impreso en Editora Nacional

84 páginas

www.registroficial.gob.ec

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



ACUERDO

No. 00005198

**Norma Técnica de
Atención Integral en
Violencia de Género**

No. 00005198

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador manda: “Art. 32. 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, el artículo 341 de la citada Constitución de la República dispone que el Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular, la igualdad en la diversidad y la no discriminación y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad;

Que, la Constitución de la República del Ecuador prescribe: “Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;

Que, la Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4. 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; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;

Que, la Ley Ibídem en el artículo 6 establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud”;

Que, el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial 118 de 31 de marzo de 2014, establece como misión de la Dirección Nacional de Normalización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión; y,

Que, considerando que la violencia de género es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, es necesario contar con una norma que sirva para proporcionar a los profesionales de la salud las herramientas para la atención integral a las víctimas de violencia de género.

En ejercicio de las atribuciones legales conferidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del estatuto del Régimen Jurídico y administrativo de la Función Ejecutiva.

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la “**Norma Técnica de ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO**”, elaborada por la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, en coordinación con la Dirección Nacional de Normatización, con la participación de profesionales especialistas en el tema, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, a la Red Pública Integral de Salud y a la Red Complementaria.

Art. 2.- Disponer que la “**Norma Técnica de ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO**”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

Art. 3.- Publicar la citada “Norma Técnica” en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICION FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Dirección Nacional de Hospitales y Dirección Nacional de Centros Especializados.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a 28 de noviembre de 2014.

f.) Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la D. N., Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico.- Quito, a 20 enero del 2015.- f.) Secretaría General, Ministerio de Salud Pública.



2014

**Norma Técnica de Atención Integral en
Violencia de Género**

Código 613 E 19 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género: Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2014—130p;

ISBN978-9942-07-621-2

1. Norma	3. Ecuador
2. Salud Pública	4. Norma Técnica

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud
Dirección Nacional de Normatización
Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión

Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito - Ecuador
Teléfono: 593-2 381-4400

www.somossalud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
Dirección Nacional de Normatización – MSP

Publicado en Diciembre 2014
ISBN 978-9942-07-621-2



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. Quito: MSP; 2014. Disponible en: http://somossalud.msp.gob.ec/
--

Autoridades

Mgs. Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública

Dr. David Acurio Paéz
Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dra. Marysol Ruilova Maldonado
Viceministra de Atención Integral en Salud

Dra. Ana Lucía Torres Castillo
Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad

Dra. Patricia Granja Hernández
Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Dr. Patricio Costa Paladines
Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Mgs. Patricio Aguirre Arauz
Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión

Dr. Roberto Carlos Ponce Pérez
Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Andrés Corral Aguilar
Director Nacional de Hospitales

Dra. Paula Cisneros Onitchenko
Directora Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud

Dra. Gabriela Aguinaga Romero
Directora Nacional de Normatización

Grupo de redacción

Ana Jácome	<u>Consultora</u>
Juan Villalobos	Universidad Politécnica Salesiana
Gabriel Tenorio	Universidad de Loja
Edison Martínez	Universidad Salesiana
Sofía Cañadas	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y control MSP
Myriam Pérez	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
Fabrizio González	Consultor Universidad Central del Ecuador
Ariadna Reyes	Fiscalía General del Estado

Grupo de Validación:

Alejandra Guerrón	ONU Mujeres
Ana Saltos	Dirección de Género del Ministerio del Interior del Ecuador
Ana Vera	Asesora Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Augusta Valencia	Dirección Jurídica de la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres e Igualdad de Género del Ecuador
Carlos Villavicencio	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia del Ecuador
Carolina Zevallos	Asesora Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Christian Paula	Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos del Ecuador
David Hidrovo	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. MSP

Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normatización
Helena Carrión	Fiscalía General del Estado del Ecuador
Ibeth Orellana	Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres e Igualdad de Género del Ecuador
Javier Cárdenas	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.
Johanna Barragán	Agencia Española de Cooperación internacional (AECID)
José Ignacio Almeida	Consejo de la Judicatura del Ecuador
José Tupac Yupanqui	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia del Ecuador
Lorena Castellanos	Pasante Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Marcia Elena Álvarez	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
María Sol Espinoza	Consejo Nacional de Igual de Discapacidades del Ecuador
Marisa Romero	Ministerio de Educación del Ecuador
Nidia Rodríguez	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control
Rocío Nasimba	Defensoría del Pueblo del Ecuador
Sandra Barral	Unidad de Salud Mental en la Dirección Nacional de Promoción de la Salud MSP
Sandra Duque	Hospital Baca Ortiz

Revisado:

Patricio Aguirre Arauz	Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión – MSP
Adita Jácome Villalva	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión- MSP
Ana Luz Ávila Ávila	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión- MSP
Tatiana Medina Villacreses	Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión- MSP
Dra. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización
Dra. Martha Gordón	Dirección Nacional de Normatización

No.	Contenido
	Acuerdo ministerial
I	Presentación
II	Introducción
III	Antecedentes y justificación
IV	Marco Legal
V	Propósito
VI	Objetivos específicos
VII	Alcance
VIII	Definiciones

IX	Disposiciones Generales
X	Procedimiento de Atención integral en violencia de género
XI	Anexos
XII	Referencias

I. Presentación

La violencia de género es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente mujeres y niñas, repercutiendo en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. Ocho de las quince causas de la muerte en personas de 15 a 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia de género en la Región de las Américas.

En el Ecuador, los problemas asociados a la violencia de género aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte: una de cada tres mujeres y uno de cada dos niños o niñas y adolescentes refieren haber vivido algún tipo de violencia de género e intrafamiliar. La violencia de género en el país afecta a diversos sectores de la población y se constituye en un grave problema de salud pública, en la medida de que tiene efectos devastadores en la vida y en el desarrollo integral de quienes la sufren.

Considerando esta realidad el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en su calidad de rector de la política de salud, y consciente de la importancia que tiene la prevención y la atención integral a las personas que sufren violencia de género, pone a disposición de las y los profesionales del Sistema Integral de Salud, esta Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (NTAIVG).

La NTAIVG es una respuesta al complejo fenómeno social de la violencia de género y una herramienta de obligatorio cumplimiento para la prestación de servicios integrales, en el marco de las competencias del ámbito de la salud. Así, la Norma parte de evidenciar que son múltiples los factores que acompañan las prácticas de la violencia y reconoce las necesidades que enfrentan tanto las víctimas o sobrevivientes, como quienes les brindan atención en salud.

Las variaciones observadas en la prevalencia de la violencia en las diversas comunidades y regiones del país, pone de manifiesto que la violencia de género se puede prevenir y disminuir. La atención integral a víctimas o posibles víctimas de la violencia de género en todo el ciclo de vida es un deber, un derecho y un bien social y se incorpora en el Sistema Integral de Atención en Salud mediante la aplicación de procedimientos y la utilización de instrumentos para la restitución de los derechos a la salud y a una vida libre de violencia.

La NTAIVG incorpora los principios básicos de respeto a los derechos humanos, con una perspectiva de género, interculturalidad e intergeneracionalidad, en concordancia con los lineamientos de trabajo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

La elaboración de la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (NTAIVG), fue posible gracias al apoyo del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS) y la Agencia Española de Cooperación

Internacional al Desarrollo (AGECID), lo que pone en evidencia que la acción interinstitucional es fundamental para generar acciones frente a esta compleja problemática.

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.

Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública
del Ecuador

Cecilia Vaca Jones
Ministra Coordinadora de
Desarrollo Social del
Ecuador

II. Introducción

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador respondiendo al Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural ha creado mecanismos para la atención integral a víctimas de violencia de género.

Para alcanzar esta meta uno de los objetivos del Ministerio de Salud Pública es la actualización de las normas y la optimización de procesos que permitan a los y las servidoras de la Institución realizar estándares clínicos de gestión y calidad en la prestación de servicios de atención a víctimas de violencia de género y de servicios forenses que involucran al trabajo coordinado entre el MSP y la Fiscalía General del Estado, siempre que guarden concordancia con las leyes establecidas y las competencias del MSP.

El presente trabajo es una “Norma Técnica de Atención Integral de Salud en Violencia de Género”, actualiza la “Norma y Protocolo de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida” y responde a la Integralidad del servicio.

Esta norma asesora a las y los profesionales de salud en el uso de herramientas estandarizadas para la realización de la valoración del estado y necesidades de las personas afectadas por la violencia de género.

III. Justificación

Esta norma está orientada al resarcimiento de derechos, a evitar la revictimización y a asegurar una debida atención a las personas víctimas de violencia de género y su acceso oportuno a la justicia, y, por tanto, contribuir a la erradicación de la violencia de género. Rige específicamente la atención integral en violencia de género, y excluye violencia colectiva y auto infligida.

La Constitución ecuatoriana aprobada en el 2008 incluye como mandato la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a vivir una vida libre de violencia desde una perspectiva integral de prevención, protección, garantía, restitución y reparación del derecho, en todos los ámbitos.

Estas medidas normativas se sustentan en la repetida incidencia de la violencia de género en la integridad de las personas. La Encuesta de Relaciones Familiares y Violencia contra la Mujer elaborada en el 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, en colaboración con la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género y el Ministerio del Interior

nos muestra que en Ecuador, 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género y 1 de cada 4 ha sido víctima de violencia sexual. El 53,9% del total de estas mujeres, han vivido violencia psicológica, el 30% violencia física (el 87,3% en sus relaciones de pareja), y el 35,3% violencia patrimonial.

Si bien los datos no indican que haya una relación directa entre la experiencia de la violencia y la identidad étnica o la edad, si se presenta un mayor porcentaje de violencia contra mujeres indígenas y afro ecuatorianas, así como en niñas y jóvenes, además la violencia que se ejerce contra mujeres con menos niveles de instrucción llega al 70% según los datos de la misma encuesta.

Con estos antecedentes el Ministerio de Salud Pública evidencia la necesidad de trabajar con procedimientos específicos que permitan atender con calidad y calidez a las personas víctimas de violencia en el marco de una estrategia interinstitucional que asegure una atención debida y oportuna a las presuntas víctimas de delitos sexuales tanto en el ámbito clínico como en el ámbito forense evitando su revictimización para ello la Fiscalía General del Estado ha colaborado proporcionando los protocolos, formatos y manuales que se utilizaron en la elaboración de este documento.

IV Marco Legal

El Ecuador en ejercicio de su soberanía, ha suscrito varios tratados internacionales, que tienen como fin erradicar la violencia de género en todas sus expresiones, y con los que el Estado guarda absoluta concordancia el momento de elaborar leyes y normas a favor de precautelar estos derechos.

Además, la Ley Orgánica de Salud (LOS) determina que el Ministerio de Salud tiene como responsabilidad la prevención y atención a las víctimas de violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables (Art. 6)

Así mismo la LOS establece en el Art. 31 que *el Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública. Es 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.*¹

En el Art. 32 estipula que *En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas.*¹

Por otro lado, el Código Orgánico Integral Penal dispone que el MSP realice las siguientes actividades:

Art. 450.- Informes o exámenes de las entidades públicas y privadas.- En el caso de localidades donde no se dispone de personal del Sistema especializado integral de la investigación, de medicina legal y ciencias forenses, con el fin de asegurar los vestigios, objetos e instrumentos, podrán intervenir, a solicitud de la o el fiscal, profesionales de centros de salud, clínicas u hospitales públicos acreditados

por el Consejo de la Judicatura. En caso de no existir unidades de salud pública se podrá recurrir al sector privado acreditado por el Consejo de la Judicatura. ²

Esta norma tiene concordancia con los Decretos Ejecutivos: Decreto Ejecutivo No. 179 de 13 de junio de 2005, que garantiza los Derechos Humanos de los Niñas, Niños y Adolescentes; Decreto Ejecutivo No. 620 del 10 de septiembre del 2007 que declara como política de Estado la Erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres; y Decreto Ejecutivo No. 1109 que incluye al Ministerio de Justicia en el Plan de erradicación de la violencia hacia la niñez, adolescencia y mujeres.

Los siguientes Acuerdos Ministeriales sustentan la presente norma: Acuerdo Ministerial del MSP sobre VIF. 1998; y el Acuerdo Ministerial N° 3393 reformativo al 4708 (Registro Oficial 431 del 29 de septiembre del 2004) para elaborar e implementar una política de prevención de los delitos sexuales en el espacio educativo.

V. **Propósito**

Normar la atención integral en salud en casos de violencia de género, mediante la prevención, identificación, atención oportuna, derivación, 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.

VI. **Objetivos**

- a) Implementar herramientas técnicas para facilitar la atención integral de violencia basada en género.
- b) Implementar acciones básicas que requieren coordinación, articulación y la mejor utilización de los recursos interinstitucionales y del Sistema Nacional de Salud.
- c) Adoptar medidas tendientes a evitar la violencia de género y su réplica.
- d) Facilitar el acceso al Sistema Nacional de Justicia de las víctimas de violencia de género.
- e) Articular y coordinar con los sistemas de protección del país.

VII. **Alcance**

La presente Norma es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), de la Red Complementaria, y otros prestadores del Sistema Nacional de Salud (SNS), y comprende todos los niveles de atención establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

VIII. **Definiciones**

Para efectos de esta norma se utilizarán las siguientes definiciones:

Atención clínica: implica la atención en salud desde la especialidad médica. Cualquier profesional de salud

capacitado/a puede constituirse en testigo/a experto/a en función de la atención brindada a una presunta víctima y los hallazgos encontrados, desde una perspectiva de testigo de hecho. ³

Atención sensible: el cuidado sensible se identifica con la solidaridad, empatía y afectividad de los contactos profesionales; en la disponibilidad, en la entrega, en la escucha atenta; en el diálogo objetivo e interesado, en la conversación dedicada, en la conversación terapéutica. Es todo aquello que implica la práctica humanizada del cuidado desde una perspectiva que considera la subjetividad en la atención. ⁴

Asistencia forense: la asistencia forense implica un conocimiento relevante especializado, y tiene el fin de asistir al sistema legal en el logro de una decisión justa. El forense no debe solamente conocer los hechos encontrados en la atención, sino que debe conocer parámetros forenses que le permitan clasificar y analizar lo encontrado desde una perspectiva legal. ⁵

Cadena de Custodia: la cadena inicia en el lugar donde se obtiene, encuentra o recauda el elemento de prueba y finaliza por orden de la autoridad competente. Son responsables de su aplicación, el personal del Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses, el personal competente en materia de tránsito y todos los servidores públicos y particulares que tengan relación con estos elementos, incluyendo el personal de servicios de salud que tengan contacto con elementos físicos que puedan ser de utilidad en la investigación. ²

Confidencialidad: el término significa “lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Así se denomina al derecho de los/as usuarios/as de que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto profesional. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos. ⁶

Consejo de la Judicatura: es el órgano de gobierno, administración, vigilancia y disciplina de la Función Judicial. ⁷

Consentimiento informado: derecho exigible que contempla la autonomía para tomar decisiones de parte de una persona o de su familia en caso de no ser competente en lo que concierne a su salud y, en casos de violencia sexual, violencia intrafamiliar o lesiones, respecto al procedimiento de examinación pericial y administración de antirretrovirales y anticoncepción de emergencia. ⁵

Contención emocional: procedimiento terapéutico que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional. ⁸

Delito: es la infracción penal, es la conducta típica, antijurídica y culpable, sancionada con pena privativa de libertad mayor a treinta días. ²

Discriminación: denota toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en cualquier condición biológica, relacional o cultural que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública de cualquier persona.¹⁰

Enfoque de Género: categoría de análisis que nos permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos y la construcción sociocultural de las identidades de género, y como las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales, creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación de tipo socio-económico, étnico, sexo-genérico y generacional.¹¹

Enfoque de género en salud pública: parte del reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres y sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias, riesgos sanitarios y factores sociales, culturales y biológicos entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia mejorando la eficiencia, cobertura y equidad en la gestión en salud. En la mayoría de las sociedades existen entre hombres y mujeres relaciones de poder desiguales. El enfoque de género en salud pública ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de las mujeres durante su ciclo de vida y determinar formas de abordarlos.¹²

Fiscalía General del Estado: es un órgano autónomo de la Función Judicial, único e indivisible, funcionará de forma desconcentrada y tiene autonomía administrativa, económica y financiera.

Género: es una construcción social que hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, por lo tanto, se convierte en una categoría de análisis desde el punto de vista social.¹¹

Género Sensible: variable que determina la inclusión del enfoque de género en todas las políticas y/o acciones institucionales.¹¹

Identidad de género: de conformidad con los Principios de Yogyakarta, la identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.¹³

Igualdad: es un principio transversal en el derecho internacional de derechos humanos. Refiere a la situación real en la que todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder al bienestar, de manera potencial, teniendo para ello los mismos derechos y obligaciones. El principio se aplica a toda persona en relación con los derechos humanos y las libertades, y prohíbe la discriminación sobre la base de una lista no exhaustiva de

categorías tales como etnia, pertinencia a un pueblo o nacionalidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política, orientación sexual, identidad de género, o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.¹¹

Intervención en Crisis: es un procedimiento estructurado de intervención diseñado para restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra; implica proveer asistencia a la persona para reordenar y reorganizar su mundo social destruido en una crisis psicológica. El procedimiento no requiere formación en psicología pero sí conocimientos específicos de intervención en crisis.¹⁴

Junta Cantonal de Protección de Derechos: son órganos de nivel operativo, con autonomía administrativa y funcional, que tienen como función pública la protección de los derechos individuales y colectivos de los niños, niñas y adolescentes, en el respectivo cantón.¹⁵

Lesiones graves: las lesiones, son todo acto que causa perjuicio o deterioro en el cuerpo o en la salud de una persona; concurriendo siempre la intención de causar daño, sin llegar lógicamente a provocar la muerte, pues de concurrir dicho acto estaríamos frente a un caso de homicidio preterintencional.¹⁶

Medicina forense: llámase medicina legal o forense a la medicina científica que está al servicio de la justicia y de la ley, e interviene en todos los casos en que se requiere un peritaje médico para dilucidar interrogantes de carácter médico para deslindar responsabilidades. Se utilizan como sinónimos: jurisprudencia médica, medicina del derecho o medicina jurídica.

Es el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes, como en su perfeccionamiento y evolución.¹⁷

Orientación Sexual: es la atracción física, emocional y sexual que una persona mantiene hacia otra. Las orientaciones sexuales pueden ser:

Heterosexual – atracción hacia el sexo opuesto

Homosexual – atracción hacia el mismo sexo

Bisexual – atracción hacia ambos sexos.¹³

Negligencia: falta de cuidado o interés al desempeñar una obligación.¹⁸

Personas con Discapacidad: toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria¹⁹

Evidencia: todo aquello dejado por el autor del delito. Son los vestigios que constituyen señal, muestra o indicación de los hechos investigados.⁹

Prueba en el derecho penal: la prueba constituye una fase esencial del proceso en la que el órgano jurisdiccional debe formar su convicción sobre la veracidad de las alegaciones vertidas por las partes en el proceso. La prueba es la demostración de la existencia de un hecho o de la verdad de una afirmación, tratando de obtener la convicción psicológica del juzgador respecto a un dato procesal determinado.²⁰

Es todo dato que proviene de la realidad y que se incorpora al proceso investigativo. La prueba tiene por finalidad llevar a conocimiento del o la juzgadora más allá de toda duda razonable, los hechos y circunstancias materia de la infracción y los de la responsabilidad de la persona procesada o, a su vez, desestimarlos.

Revictimización: “son repetidas situaciones por las que tienen que pasar las víctimas después de haber sido afectada por algún tipo de violencia interpersonal en dos o más momentos de la vida (especialmente el abuso sexual), ante los organismos judiciales, viéndose obligadas a testificar un número infinito de veces, perjudicándose psicológica y emocionalmente de manera más profunda y traumática a la víctima”.²¹

La revictimización o victimización secundaria se define como aquellos sufrimientos que a las víctimas, a los testigos y mayormente a los sujetos pasivos de un delito, les infieren las instituciones más o menos directamente encargadas de hacer justicia: policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, etc.²¹

Salas de Primera Acogida: son espacios diseñados en los hospitales y centros de salud para dar atención integral y especializada, con servicios médico, psicológico, social, y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar.¹²

Seguimiento: “periodo de tiempo que transcurre, en el ámbito de los estudios clínicos, desde que el paciente recibe el tratamiento en estudio hasta la fecha de último control”.⁵

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.²²

Violencia contra la mujer: cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.¹¹

Violencia de Género: la violencia de género es aquella que se ejerce contra las personas en distintos ámbitos de forma sistemática; es una manifestación extrema de la desigualdad entre los géneros que someten a las mujeres, a las niñas y todas aquellas personas que no reproducen los patrones dominantes de masculinidad, como por ejemplo las personas transgéneros, transexuales y los hombres gays entre otras.¹¹

Las consecuencias de la violencia de género a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física de las

personas y de la sociedad en general. Sus manifestaciones son muy variadas: malos tratos físicos y psicológicos dentro del ámbito de la salud; agresiones sexuales, acoso sexual, violación. Una de las manifestaciones más sofisticadas es la publicidad sexista.

Violencia Física: todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias.¹¹

Violencia Psicológica: constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o familiar agredido.¹¹

Violencia Sexual: se considera violencia sexual la imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona a la que se le obligue a tener relaciones o prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso del engaño, de fuerza física, intimidación, amenazas, la generación de dependencia emocional, o material, el abuso de poder, o cualquier otro medio coercitivo.¹¹

Violencia Intrafamiliar: se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico, sexual o patrimonial, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.²³

IX. Disposiciones Generales

1. Naturaleza

Esta norma está orientada a contribuir en el resarcimiento de derechos, en la prevención, atención en violencia de género y contribuir a la no discriminación y la no revictimización así como a evitar que se repitan los hechos de violencia de género a través de una efectiva familiarización con el acceso a la justicia y a los servicios integrales de salud. Rige específicamente la atención integral en violencia de género, y excluye violencia colectiva y autoinfligida.

La presente norma regula la atención integral de salud en violencia de género, entendiéndose que es una parte de la atención multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial que se requiere en casos de violencia.

La norma enlaza la atención en salud con la protección y con el sistema judicial, para garantizar los derechos de las personas. Esta norma está encaminada a que la atención integral en casos de violencia de género sea de calidad, con un alto sentido ético de responsabilidad y compromiso social.

2. Principios de la atención integral en violencia de género

- a) **Respeto a los derechos de los y las usuarias:** la atención integral en violencia de género se desarrollará asegurando el respeto de los derechos humanos de los y las usuarias de las instituciones y servicios involucrados.

- b) **Respeto a los principios de la Bioética:** en todos los aspectos relacionados a la asistencia en violencia de género se deben respetar los cuatro principios de la bioética como son autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.
 - c) **Calidad y calidez:** la atención en violencia de género se desarrollará asegurando la calidad técnica en las actividades que se realizan en el ámbito de la prestación del servicio. Y la calidez expresada en el respeto a los derechos y las expectativas de los y las usuarias considerando sus particularidades.
 - d) **Participación interinstitucional:** en casos de violencia de género, sexual, o violencia intrafamiliar se debe trabajar de manera interinstitucional con conocimiento claro de los roles de cada institución. El proceso de examinación pericial debe realizarse por orden de autoridad judicial competente. De igual manera, el personal de salud debe conocer e informar a los y las usuarias sobre las acciones de protección desde diversas instituciones.
 - e) **En caso de duda (In dubio pro hominem):** en caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección del o la usuaria.
 - f) **No Revictimización:** si bien, la elaboración de esta norma implica evitar la revictimización, esta se puede dar en cualquier momento de la atención. Por ende, quienes participen en los procesos de atención deben de conocer cómo evitarla.
 - g) **Acción sin daño:** al momento de atender a un paciente, haya sido víctima o no de violencia basada en género, se debe de propender a realizar la acción que conlleve el mayor bien para este, evitando siempre la posibilidad de dañar a estos.
- discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos.⁷
 - c) **Derecho a la confidencialidad:** Los y las pacientes tienen derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.⁶
 - d) **Derecho al consentimiento informado:** Es la aceptación de una intervención médica por el o la paciente en forma libre, voluntaria y consiente; después que el o la profesional de salud le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles y de también con sus riesgos y beneficios respectivos.⁶
 - e) **Derecho a la información:** El objetivo de la información es procurar que el paciente adquiera una información realista sobre su propio estado de salud y una valoración adecuada de las alternativas que se ofrecen. El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quién es el médico responsable de su tratamiento.⁶
 - f) **Derecho a decidir:** Los y las pacientes tienen derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.⁶
 - g) **Derecho a la no revictimización:** Los y las pacientes víctimas de violencia de género tienen derecho a recibir una atención institucional que no genere maltrato físico y/o psicológico y que propenda a evitar la violación a sus derechos a la integridad personal.²⁴

3. De los derechos de los y las usuarias

En todo momento de la atención en violencia de género se respetarán los derechos de los y las pacientes como están establecidos en la normativa nacional:

- a) **Derecho a una atención digna:** Los y las paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.⁶
- b) **Derecho a no ser discriminado:** Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH,

4. Responsables de la aplicación de esta Norma

Los y las profesionales de la Salud, así como el personal administrativo que trabaja en los establecimientos de salud, están obligados a atender a las víctimas de violencia de género basados en los principios que anteceden en este documento.

5. Equipo de atención integral a víctimas de violencia de género

Para garantizar la atención integral a víctimas de violencia de género, cada establecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) debe conformar un equipo de atención integral a víctimas de violencia de género constituido por: médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajador/a social, de acuerdo a la disponibilidad existente en la unidad operativa de salud. Además de las funciones inherentes a su formación profesional, los miembros del equipo tendrán las siguientes funciones:

Funciones del o la médica: El o la médica responsable será el coordinador del equipo de trabajo. Realizará tamizaje rutinario en la anamnesis. Brindará la atención clínica siguiendo los parámetros establecidos. Será el contacto con la Dirección del establecimiento de Salud en temas relacionados a la atención en violencia de género y a la puesta en conocimiento de la autoridad competente de los casos que lo requieran.

Funciones del o la psicóloga: El o la psicóloga del equipo se encargará de la contención emocional y del proceso psicoterapéutico de ser necesario. Coordinará el establecimiento de grupos de apoyo para víctimas de violencia de género.

Funciones del o la enfermera: El o la enfermera será responsable del triaje inicial, así como del tamizaje rutinario inicial de violencia de género. Asistirá al o la médica en la atención clínica cuando sea necesario.

Funciones del o la trabajadora social: El o la trabajadora social tendrá la función de valorar la situación social de la víctima. Será el encargado de realizar las visitas domiciliarias en los casos que lo requieran y definirá las rutas de apoyo social en coordinación con otras instituciones públicas.

En caso de no contar con todos los perfiles del equipo en un establecimiento de salud, los profesionales disponibles cumplirán con las respectivas funciones bajo la delegación del o la médica responsable, o del o la jefa de la unidad de servicios del establecimiento de salud; en los casos de establecimientos muy pequeños y de difícil acceso, los y las profesionales cumplirán con las respectivas funciones bajo la delegación del o la responsable del establecimiento de salud.

6. De la atención

El médico o la médica del equipo de atención integral en violencia de género será responsable de atender a la o el paciente. En los establecimientos de salud que tengan un o una médica acreditada en Violencia Sexual por el Consejo de la Judicatura, será responsable de realizar el peritaje, pero no podrá ser el o la médica tratante de este paciente, porque tendrá que dar su testimonio en el proceso, en el caso de ser requerido por las autoridades competentes. En los establecimientos que no cuenten con un equipo de atención el o la primera médica en dar la atención será responsable del o la paciente.

En casos de procesos psicoterapéuticos relacionados con violencia de género, el o la psicóloga del equipo de atención integral será responsable del proceso psicoterapéutico; de no existir psicólogo o psicóloga, se derivará a un establecimiento de mayor complejidad en el que quien realiza la atención inicial en psicología es el o la responsable del proceso.

Es responsabilidad del o la trabajadora social el seguimiento en cuanto al servicio de protección y valoración de riesgos

de la víctima. De no haber trabajador o trabajadora social, se remitirá a un establecimiento de mayor complejidad en casos que lo requieran.

Es responsabilidad del o la enfermera el triaje y el tamizaje inicial de violencia de género garantizando el respeto y la no revictimización al inicio, durante y después del proceso.

7. Del Seguimiento

El seguimiento se realizará en el establecimiento de salud que refirió inicialmente el caso. En casos de atención en violencia sexual en los que se realizó un examen pericial, el médico responsable referirá el caso a otro profesional de la salud para el seguimiento. En los casos de procesos psicoterapéuticos, el seguimiento quedará a cargo del o la psicóloga que atiende el caso cuando estuviera disponible en el establecimiento de salud.

Los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) realizarán el seguimiento de los casos a través de visitas domiciliarias garantizando la confidencialidad de los mismos.

8. Salas de primera acogida (SPA)

Las salas de primera acogida son espacios específicos que se han creado para atención especializada en situaciones de emergencia por violencia de género y peritajes en casos de violencia sexual. Las salas posibilitan la atención integral, interdisciplinaria, la privacidad y respeto a los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud.

En establecimientos de salud que cuenten con salas de primera acogida, todos los casos de violencia de género serán remitidos a las mismas. Dichas salas brindarán atención integral y multidisciplinaria y deberán estar licenciadas bajo los estándares del Ministerio de Salud Pública. Estas salas deberán contar con una sala de espera y con un o una médica perito acreditada por el Consejo de la Judicatura quien ha sido capacitado y habilitado como parte del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - SNMLCF por la Fiscalía General del Estado.

Las SPA, además, tienen un espacio para entrevista en la que la persona atendida recibe apoyo emocional inmediato, en forma tranquila y sin interrupciones; en caso de ser necesario, en este espacio la autoridad competente puede tomar la declaración a la víctima, quien recibe información de sus derechos y del proceso legal.

Además, cuenta con un consultorio médico, o ginecológico. Aquí la persona recibe atención clínica general, ginecológica y/o proctológica; se realizan los exámenes periciales por parte de los y las médicas acreditadas como peritos forenses por el Consejo de la Judicatura siguiendo el protocolo de actuación, kit y demás procedimientos

indicados para el Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - SNMLCF organizado por la Fiscalía General del Estado.

Las SPA en relación a la atención a víctimas de violencia sexual deberán cumplir con lo estipulado en el Código Orgánico Integral Penal - COIP:

“Artículo 463: Obtención de muestras.- Para la atención de muestras de los fluidos corporales, componentes orgánicos y genéricos-moleculares se asegurarán las siguientes reglas:

1.- No se podrá realizar pruebas de carácter biológico, extracciones de sangre, de objetos situados en el cuerpo u otras análogas, si se teme menoscabo en la salud y dignidad de la persona objeto de examen.

2.- Cuando el examen deba realizarse en víctimas de infracción contra la integridad sexual o en una niña, niño o adolescente, se tomarán las medidas necesarias en función de su edad y género para precautelar su dignidad e integridad física y psicológica.

Los exámenes se practicarán con estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad. Salvo que sea imprescindible, se prohibirá someterle a la persona nuevamente a un mismo examen o reconocimiento médico legal.

Los profesionales de la salud que realicen estos exámenes estarán obligados a conservar los elementos de prueba encontrados en condiciones de seguridad, que serán entregados inmediatamente al personal del Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses, y deberán rendir testimonio anticipado o podrán ser receptados mediante video conferencia de acuerdo con las reglas del presente Código”.²

Los médicos o las médicas que están a cargo de las SPA, realizarán el peritaje solo en caso de delito sexual y no realizarán otras actividades periciales fuera de las competencias establecidas en esta Norma con el fin de garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y delito sexual.

Además, para garantizar la custodia de la cadena de evidencia en casos de delito sexual, estas evidencias tienen que ser retiradas de las Salas de Primera Acogida por personal del Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses de la Fiscalía General del Estado.

9. Atención integral de la víctima

El o la responsable de la atención está obligado a cumplir con los Procedimientos de Atención de Integral a Víctimas de Violencia de Género especificada en esta Norma. Además:

- a) Mantener una atención sensible y no discriminatoria
- b) Garantizar la confidencialidad

- c) Garantizar la no revictimización
- d) Cumplir con las especificaciones del consentimiento informado
- e) Realizar contención emocional e intervención en crisis
- f) No abandonar al paciente hasta que se complete todo el procedimiento
- g) En casos de violencia sexual, el responsable debe garantizar el seguimiento de los casos, que incluye tamizaje, tratamiento profiláctico, y seguimiento en los tiempos respectivos
- h) Informar a la autoridad competente.

10. Tamizaje de violencia de género

Todos los pacientes deberán ser tamizados para violencia de género como parte de la historia clínica. Aquí se valorarán los indicadores de sospecha de violencia de género: El tamizaje rápido será realizado por la enfermera con el uso de Preguntas de Tamizaje Universal. El médico o la médica responsable realizará el tamizaje en la anamnesis siguiendo lo descrito en esta Norma.

El o la Directora del establecimiento de salud está obligado a garantizar que se realice este tamizaje.

11. Sobre el procedimiento

El o la médica responsable debe identificar el problema, documentar y tratar las lesiones o enfermedades encontradas, y coordinar las acciones del equipo. En caso de detectar indicadores de sospecha de violencia de género, deberá informar a la persona víctima de violencia sobre sus derechos con el fin de desnaturalizar la violencia conforme a lo estipulado en los Procedimientos e indicarle los pasos que debe seguirse para garantizar sus derechos y la no impunidad.

En todos los casos se debe priorizar la atención clínica, especialmente en aquellos que implican riesgo vital.

El establecimiento de salud garantizará la atención en violencia de género siguiendo los procedimientos específicos para cada tipo de violencia descritos en los procedimientos de atención integral en violencia de género.

12. Identificación de casos sospechosos de violencia de género

La identificación de los casos de violencia de género puede darse por tres vías distintas:

- a) Demanda manifiesta de atención en violencia de género por parte del usuario del Servicio de Salud.
- b) Transferencia del caso desde el Sistema de Justicia u otras Instituciones.

- c) Detección de caso de violencia de género desde el tamizaje por indicadores de sospecha.

Una vez identificado el caso, el médico responsable debe referirse, en todo el proceso, a los Procedimientos de Atención en Violencia de Género para la atención específica.

13. Responsabilidades del médico

El o la médica está obligada a priorizar la atención clínica de la víctima. El o la médica deberá realizar el examen físico en función del caso o tipo de violencia de género que afecta a la o el paciente.

En ningún caso el médico podrá oponerse a la entrega de anticoncepción oral de emergencia a una víctima de violencia sexual dentro de las 72 horas siguientes a la agresión.

a) Para atención de violencia sexual.

En los lugares donde la demanda de pacientes en la Sala de Primera Acogida no permita la atención oportuna, o en los lugares donde no exista una sala de primera acogida, el o la médica deberá referir, para la atención de salud de los y las usuarias, a las salas de emergencia y coordinar con la Fiscalía del territorio, a fin de asegurar la investigación oportuna del supuesto delito sexual.

b) En la actuación pericial

El o la médica deberá ser capacitado y obtener la acreditación correspondiente por el Consejo de la Judicatura, previo a ejercer como perito en la Sala de Primera Acogida definida por el MSP.

Una vez acreditado, la o el médico puede realizar el procedimiento de examen pericial en violencia sexual siguiendo los lineamientos de la Fiscalía General del Estado.

En el caso de peritajes de violencia sexual manejados en las Salas de Primera Acogida, el o la médica guardará las pruebas cuidando la cadena de custodia, hasta que sean retiradas mediante trámite correspondiente según se establece en el presente documento. Para ello se referirá a los lineamientos especificados en el protocolo para peritajes forenses VIF-delitos sexuales de la Fiscalía General del Estado (anexo 13).¹⁷

Para que el o la médica pueda realizar un informe pericial, no solo debe estar acreditado en el Consejo de la Judicatura, sino que debe ser habilitado para interactuar con el proceso penal mediante un acta de posesión de autoridad competente.

En casos de contra pericia, el médico o la médica deberá excusarse si él o ella misma realizó la pericia del caso; los y las profesionales de la salud no están obligados a realizar un segundo examen pericial de la víctima.

El o la médica podrá entrar al Sistema de Protección de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Estado en caso de que sea necesario.

En los casos excepcionales de peritaje, calificados como tal de acuerdo a las disposiciones de la normativa vigente y que sean solicitados por la autoridad competente, el o la médica deberá coordinar con la Fiscalía, quien es la entidad responsable de la judicialización de los casos. En este sentido, a fin de cumplir con las disposiciones, el médico deberá solicitar a la Fiscalía el formato de informe, protocolos de actuación y la capacitación respectiva.

El o la médica debe guardar una copia de los informes presentados y de los formularios del caso para su archivo personal. Entregará una copia de cada informe al o la Directora del establecimiento de salud.

En casos de violencia de género contra la niñez y la adolescencia, los médicos pueden realizar informes periciales sin haber sido acreditados como peritos, sin embargo deberán contar con la delegación de la autoridad competente, de acuerdo como lo dispone el artículo 80 del Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia.

14. Procedimiento General de Atención

1. Durante todo el procedimiento se seguirán las indicaciones de los Procedimientos de Atención Integral a víctimas de Violencia de Género
2. Todos los casos de Violencia de Género deberán ser priorizados como emergencia independientemente del riesgo vital del/la paciente.
3. El personal administrativo y de recepción direccionarán al o la paciente sin hacer preguntas sobre el detalle de lo ocurrido y garantizando un trato respetuoso.
4. El enfermero/a o médico/a que recepta el caso durante el triaje realizará el tamizaje de violencia inicial.
5. Si detecta violencia sexual o la demanda es manifiesta en atención por violencia sexual, debe remitir a la sala de primera acogida o emergencias donde exista un médico acreditado como perito. De no existir una persona acreditada en el territorio de influencia, se pondrá en conocimiento de la Fiscalía General del Estado para la asignación de un perito forense o del proceso indicado en coordinación con el Sistema de Atención Integral (SAI) de Fiscalía.
6. Si el paciente llega por consulta externa o no presenta riesgo vital, en casos detectados de violencia de género el médico responsable procederá a la anamnesis.
7. El caso puede darse en tres escenarios diferentes. El médico responsable se orientará en las acciones correspondientes a cada escenario:

- a) Escenario 1: Personas con indicadores de sospecha de violencia, que no reconocen esta situación y que pueda o no estar en riesgo eminente.
 - b) Escenario 2: Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia, sin riesgo extremo
 - c) Escenario 3: Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia que se encuentran en riesgo extremo
8. El o la médica responsable realizará el examen físico en función del caso.
 9. El o la médica responsable realizará una valoración del estado mental y referirá el tratamiento psicológico al psicólogo/a del establecimiento de salud o a un mayor nivel de complejidad de ser necesario. De no existir un profesional de la salud mental, el médico responsable realizará contención emocional e intervención en crisis.
 10. El o la médica responsable garantizará el tratamiento de lesiones o condiciones médicas específicas de acuerdo con la capacidad resolutoria del establecimiento de salud y en función de la especificidad del caso.
 11. El o la médica responsable debe realizar el registro del caso en todos los formularios y formatos especificados en el Manual de Procedimientos.
 12. Los y las médicas están obligadas a poner en conocimiento de la autoridad del establecimiento los casos en los cuales se ha identificado un caso de violencia de género; para los casos donde se realiza peritajes de violencia sexual deben usar el formulario de referencia al sistema judicial que consta en el Protocolo para peritajes forenses de VIF y violencia sexual de la Fiscalía General del Estado (anexo 13). Cuando la vida o la integridad de la persona está en peligro debido a la situación de violencia, debe comunicar a la policía nacional inmediatamente.
 13. Las autoridades de los establecimientos están en la obligación de poner de inmediato la noticia del presunto delito a conocimiento de la policía nacional, la fiscalía o los jueces o juezas especializados contra la violencia de la mujer y la familia.
 14. El seguimiento clínico debe ser garantizado por el Jefe de Servicio del establecimiento de salud. El seguimiento incluirá la programación de consultas periódicas y/o visitas domiciliarias por el equipo de atención a víctimas de violencia de género.
 15. En casos de violencia sexual en niños, niñas o adolescentes, el niño, niña o adolescente no volverá a ser sometido a un examen forense por violencia sexual. Por esto es fundamental que dichos procedimientos se realicen con orden de autoridad competente.

16. En casos de violencia sexual es obligatorio garantizar la administración de anti concepción oral de emergencia, anti retrovirales y profilaxis para Infecciones de Transmisión Sexual.

15. Sobre la anticoncepción oral de emergencia y profilaxis en VIH y en Infecciones de Transmisión Sexual

El o la Directora o Gerente del establecimiento de salud deberá garantizar la disponibilidad permanente de anticoncepción oral de emergencia, antirretrovirales y antibióticos para la atención de estos casos.

Se debe garantizar la administración de estos medicamentos al usuario dentro de las 72 horas siguientes en casos de violencia sexual.

Para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, el ministerio será el responsable de proveer de estos medicamentos a los establecimientos de salud a través de los mecanismos institucionales vigentes. Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS deberán asegurar el abastecimiento de estos medicamentos a sus respectivos establecimientos en todo el país.

16. Vigilancia epidemiológica

La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica deberá establecer los procedimientos adecuados para el registro y control de estos casos, usando el formulario RDACAA.

17. De la puesta en conocimiento a las autoridades

De conocer algún caso de violencia de género que podría ser considerado como delito, o que ponga en riesgo la integridad o la vida de la persona o sus familiares, el o la médica responsable de la atención deberá comunicar a la autoridad del establecimiento de Salud. A su vez ella deberá reportar a la policía nacional, a la Fiscalía General de la Nación o jueces y juezas de Violencia contra la Mujer y la Familia

En casos de violencia sexual, el o la médica responsable llenará el formulario de referencia al sistema judicial que consta en el Protocolo para peritajes forenses de VIF y violencia sexual de la Fiscalía General del Estado (Anexo 13) y lo entregará al o la directora del establecimiento de salud, guardando una copia para su archivo personal. El o la Directora garantizará la entrega del formulario de referencia al sistema judicial, a la autoridad competente y archivará una copia de los documentos enviados.

Los tiempos establecidos en la ley para la puesta en conocimiento de la autoridad competente son: hasta 48 horas en caso de adultos y hasta 24 horas en caso de niños, niñas o adolescentes. Estos tiempos aplican todos los días del año.

Sin embargo de ello y en caso de presuntas víctimas que pueden estar en riesgo inminente el o la médica del equipo y la autoridad del establecimiento deberán responsabilizarse de la inmediata coordinación con el sistema judicial.

18. Sobre el procedimiento judicial

El personal de salud puede ser llamado a declarar, ser citado hasta tres ocasiones por el mismo caso. Esto no implica que el o la médica deba esperar al tercer llamado, por el contrario, tratándose de violencia de género debe acudir al primer llamado garantizando con ello la respuesta judicial debida a la víctima. El Código Orgánico Integral Penal, en los artículos 463 y 502 establece la opción de la videoconferencia para rendir testimonio. El o la Directora del establecimiento de salud garantizará la salida de los y las funcionarias, sin perjuicio de sus vacaciones o permisos y sin que esto sea descontado.

19. Sobre las evidencias obtenidas durante la atención

El o la médica acreditada como perito forense debe responder a los lineamientos del SNMLCF de la FGE. Todas las evidencias deberán ser remitidas a la Policía Judicial para su custodia de acuerdo al protocolo formulado por la FGE.

20. Sobre el tiempo para la elaboración de la pericia forense

El tiempo promedio para realizar una pericia forense es de aproximadamente 1 hora y 30 minutos. Esto incluye el examen físico, la digitalización del protocolo forense, la impresión del mismo.

21. Sobre la seguridad de las víctimas y sus familiares

En los casos en que la integridad o la vida de la víctima o de su familia estén en riesgo social, el médico responsable deberá solicitar participación de la Policía Nacional y garantizar la seguridad de las personas involucradas. De ser necesario, se puede hospitalizar como medida de seguridad.

Cuando exista un/a trabajadora social en el establecimiento de salud, esta deberá hacer la evaluación del riesgo social y solicitar las medidas de protección pertinentes a las autoridades competentes. Para ello, se deberá establecer rutas de cooperación interinstitucional e intervención locales.

22. En caso de lesiones graves

De encontrarse con lesiones graves y si es una unidad que no tiene el nivel resolutivo adecuado, el médico o la médica responsable deberá referir el caso a un establecimiento de

salud de mayor complejidad con el formulario de referencia y contra referencia del Ministerio de Salud Pública. De ser necesario, se solicitará resguardo policial para la persona. En todos los casos deberá ponerse en conocimiento de la FGE la noticia del presunto delito.

23. Insumos y materiales

Todo establecimiento de salud deberá contar con los siguientes insumos, adicional a los formularios y suministros permanentes:

Fiscalía General del Estado

1. Todos los formularios provistos por la Fiscalía General del Estado: Protocolo para peritajes forenses VIF-delitos sexuales y lesiones cuando la vida de la víctima no corre riesgo por lesiones (anexo 13 de este documento).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

1. Instrumentos de Tamizaje –Preguntas de Tamizaje universal provistos por el Ministerio de Salud Pública.
2. Matriz de consolidación de datos provista por el Ministerio de Salud Pública.
3. Formulario de transferencia al sistema de justicia provisto por el Ministerio de Salud Pública.

24. Prevención y Promoción de Salud

El Ministerio de Salud Pública está obligado a realizar actividades de prevención y promoción de salud en relación a la Violencia de Género.

25. Indicadores de aplicación de esta Norma

Los indicadores para poder medir la norma son los siguientes:

1. Número de personas atendidas por violencia de género a partir de los registros a nivel nacional y en salas de primera acogida.
2. Número de personas a las que se aplicó el tamizaje de violencia de género.
3. Número de informes clínicos emitidos.
4. Número de informes periciales de violencia sexual enviados al sistema judicial desde la unidad de salud por médicos acreditados y posesionados para el efecto.
5. Tiempo de resolución de casos en establecimientos de salud en base al seguimiento en todos los tipos de violencia de género.

6. Número y porcentaje de embarazos tras la violencia sexual.
7. Número de víctimas de violencia sexual que reciben tamizaje y profilaxis adecuada de VIH y de Infecciones de Transmisión Sexual y anticoncepción oral de emergencia dentro de las 72 horas post evento.

26. Monitoreo, control y seguimiento de la Norma

El responsable del monitoreo, vigilancia y seguimiento de la Norma es la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión del MSP. A nivel zonal, los responsables serán los directores del distrito.

27. Ejecución de esta Norma

El o la Directora/a del establecimiento de salud deberá ejecutar la presente norma en un lapso no mayor a seis meses a partir de su publicación. Para ello deberá generar un plan de implementación.

X. Procedimientos de Atención integral en violencia de género

Se detallan los procedimientos específicos de atención integral en violencia de género

1. Procedimiento de ingreso al Sistema de Salud

Todo el personal que trabaje en un establecimiento de salud debe priorizar la vida y la salud del paciente. El procedimiento general está graficado en el flujograma de Atención Integral en Violencia de Género.

Personal de recepción:

Paso 1: Demanda de atención en salud por consulta externa o emergencia. Cuando la demanda de atención en salud por consulta externa no es específica de violencia, el personal de recepción debe direccionar al paciente a la atención solicitada, donde se continúa con el paso 3 de tamizaje rutinario si el paciente está estable, pero si llega inestable debe continuarse con el paso 4.

Paso 2: Demanda manifiesta de atención en violencia de género o referencia del sistema judicial. El personal administrativo receptorá los casos que asistan derivados del Sistema Judicial o de la Policía Nacional por Violencia de Género, y los casos en que la persona solicita atención específica por Violencia de Género.

El recibimiento debe ser respetuoso, sin hacer más preguntas innecesarias, debe evitarse la re-victimización y los juicios de valor.

En caso de que exista riesgo vital, continúe con el paso 4.

Cuando la demanda de atención en violencia es manifiesta, o cuando las personas son referidas desde el sistema judicial, siempre y cuando no exista riesgo vital, el tamizaje rutinario ya no es necesario por lo que debe pasar al paso 5.

Recordar: Toda atención en violencia sexual de menos de 72 horas deberá considerarse como una emergencia y deberá direccionarse inmediatamente a la atención en Sala de Primera Acogida o Servicio de Emergencia.

Personal de salud:

Paso 3: Tamizaje Rutinario. La enfermera/o realizará el tamizaje rutinario en violencia de género en todas las personas que ingresan al sistema de salud, siguiendo el procedimiento de tamizaje descrito en el subproceso 1. De ser un caso de violencia, continúa con el paso 5. De no ser un caso, continúa con el paso 6.

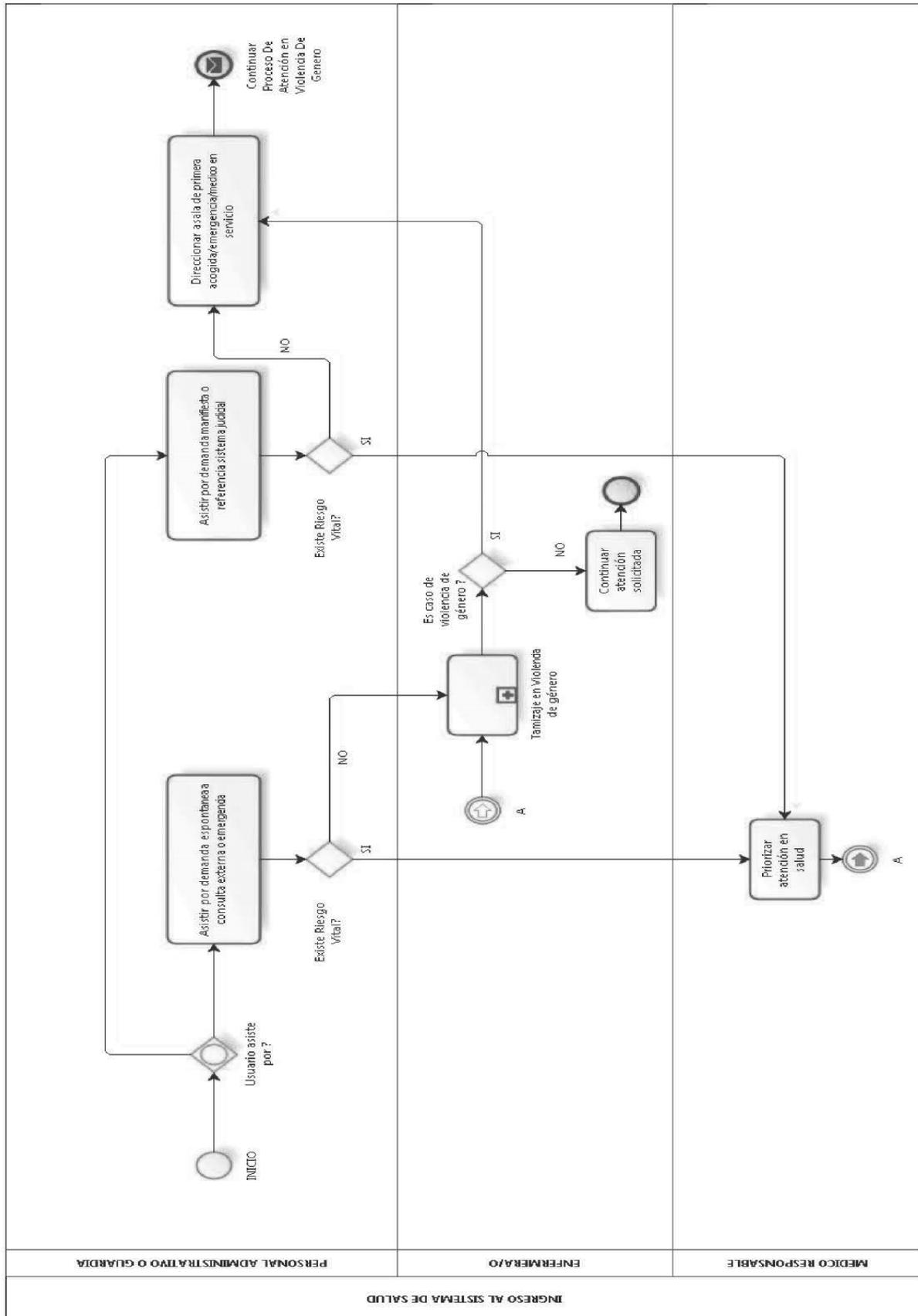
Paso 4: Emergencia o riesgo vital. En todos los casos de riesgo vital deberá priorizarse la atención en salud, por lo que el o la médica responsable debe seguir los protocolos establecidos de acuerdo al caso.

Paso 5: Direccionamiento. Una vez que se ha confirmado un caso de violencia de género, el o la médica responsable, la enfermera/o o el personal administrativo debe direccionar inmediatamente a la persona a las Salas de Primera Acogida o emergencias que cuenten con un médico/a acreditado. Si el establecimiento de salud no cuenta con dichas salas, el o la médica responsable de la atención seguirá el procedimiento de atención específico según el tipo de violencia y ciclo de vida correspondiente al caso.

Paso 6: Continuar con la atención solicitada. En función de la demanda inicial, y de no detectarse violencia de género, se continúa con la atención en salud inicialmente demandada.

Recordar: a fin de evitar la revictimización de las personas, se referirá los casos inmediatamente a la atención médica.

FLUJOGRAMA DE INGRESO AL SISTEMA DE SALUD



2. Subproceso 1: Tamizaje en Violencia de Género

Todo el personal de salud debe conocer los indicadores de sospecha de violencia. Cuando no se pregunta específicamente por violencia, se observa que transcurre un intervalo medio de 10 sesiones (16 meses) hasta que la paciente lo relata. Este resultado pone de manifiesto la necesidad de contar con algún sistema de detección de la violencia.

Paso 1: Respetará la confidencialidad y la no revictimización.

De detectar violencia con el tamizaje rápido, la enfermera/o dará contención emocional y no hará más preguntas.

Paso 2: La enfermera/o realizará un tamizaje rápido al momento del triaje. Para esto, utilizará preguntas de tamizaje universal encontrada en el Anexo 1.

Paso 3: El enfermero/a informará al médico/a que la persona presenta sospecha de violencia de género.

Paso 4: El médico que recepte el caso identificado como violencia de género deberá seguir el procedimiento de atención correspondiente al tipo de violencia y ciclo de vida.

Recordar: un tamizaje y un procedimiento de atención en casos de violencia de género debe abstenerse de sugerir al paciente lo que puede haber sucedido. No ponga palabras en la boca del paciente, no induzca respuestas, mantenga una actitud de escucha y de contención emocional.

3. Procedimientos Generales de la Atención integral en violencia de género

La atención integral en violencia de género tiene especificidades en función del tipo de violencia sufrida, el ciclo de vida de la persona, y características específicas que deben considerarse. El procedimiento de atención debe darse en un ambiente cálido y con privacidad, respetando la confidencialidad. Sin embargo, existen algunos puntos generales que deberán seguirse en todos los casos, como se especifica en el Flujograma de atención integral en violencia de género, en el que se especifican los siguientes pasos:

En relación a este procedimiento es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Adultos/as mayores y personas con discapacidad:

- a) Los / las adultas mayores y las personas con discapacidad requieren de una atención especial en función de sus derechos y necesidades.
- b) Las personas con discapacidad son todas aquellas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ven restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el reglamento.
- c) Entre los tipos de abuso que sufren los adultos mayores y personas con discapacidad se encuentran: físico, sexual, emocional, psicológico, negligencia, abandono, explotación financiera o material, y auto-negligencia.
- d) El abuso a ancianos tiene una prevalencia del 2% al 10%.
- e) Los peligros potenciales de la evaluación de abuso y negligencia de ancianos incluyen la vergüenza, la culpa, miedo de venganza o abandono de los agresores y la repercusión de falsos positivos.

Población Gays, Lesbianas, Bisexuales, Transgénero, Transexuales, Travestis e Intersex, GLBTI

- a) La atención en violencia de género a población GLBTI debe ser de calidad y calidez como en todos los casos de violencia.
- b) La dinámica de violencia intrafamiliar en población GLBTI tiene los mismos parámetros que se consideran en la valoración de violencia intrafamiliar y de violencia de la pareja íntima por lo que el triaje inicial debe aplicarse por la enfermero/a.

Tomando en cuenta los aspectos presentados, siga el proceso de consideraciones generales de atención integral en violencia de género.

Paso 1: Intervención en crisis. En caso de que la persona se encuentre en estado de crisis psicológica, deberá realizarse la contención emocional por parte del o la médica y del enfermero/a. Referirse al procedimiento de intervención en crisis descrito más adelante. De no requerirse, continúe con el paso 2.

Paso 2: Anamnesis. El o la médica responsable debe realizar un recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar y responder a la demanda de ayuda.

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.

Paso 3: Examen físico. El o la médica responsable realizará un examen médico/a general detallado, focalizado, que incluya valoración de signos vitales, previa explicación del procedimiento a seguir con el consentimiento de la persona.

Paso 4: Valoración del estado mental. El o la médica responsable realizará una evaluación del estado emocional: angustia, bloqueo emocional, pánico, otros y de funciones psíquicas a partir de la orientación témporo-espacial. De ser necesario y contarse con el recurso, un profesional de la salud mental apoyará en esta evaluación.

Paso 5: Diagnóstico y Tratamiento. En todos los casos el o la médica responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función del caso. El tratamiento deberá realizarse en todos los casos atendidos, ya sea que se realice un peritaje o no.

Paso 6: Registro del caso. Todos los casos de violencia de género atendidos deberán ser registrados en el formulario 008 o Historia Clínica y formulario 005 y consolidados en el Parte Diario por el o la médica responsable, utilizando códigos CIE-10. Registrar el formulario EPI 2 y en el RDACAA, o en el formato que defina la Autoridad Sanitaria, a través de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Paso 7: Valoración de nivel de riesgo social. El o la médica responsable debe garantizar la seguridad de la persona partiendo de la evaluación conjunta con la persona afectada sobre la probabilidad inminente de sufrir un evento con peligro para su integridad y vida, o la de sus dependientes.

No existe riesgo: continúe con el paso 9.

Si existe riesgo: Continúe con el paso 8.

Paso 8: Plan de emergencia. Si se ha detectado que la persona está en peligro o en riesgo, debe informar sobre alternativas de protección, derivando a Fiscalía General del Estado o considerando la remisión a algún albergue de la localidad, tratando de precautelar la integridad de la persona.

El o la médica informará al Director del establecimiento de Salud para que ponga en conocimiento de la autoridad competente para conocer, juzgar y sancionar los posibles delitos de violencia de género (Policía, Fiscalía o Jueces de Violencia contra la Mujer y La Familia).

El o la trabajadora social debe construir una estrategia de seguridad ante el riesgo social solicitando acompañamiento de la Policía Nacional, y Fiscalía General del Estado.

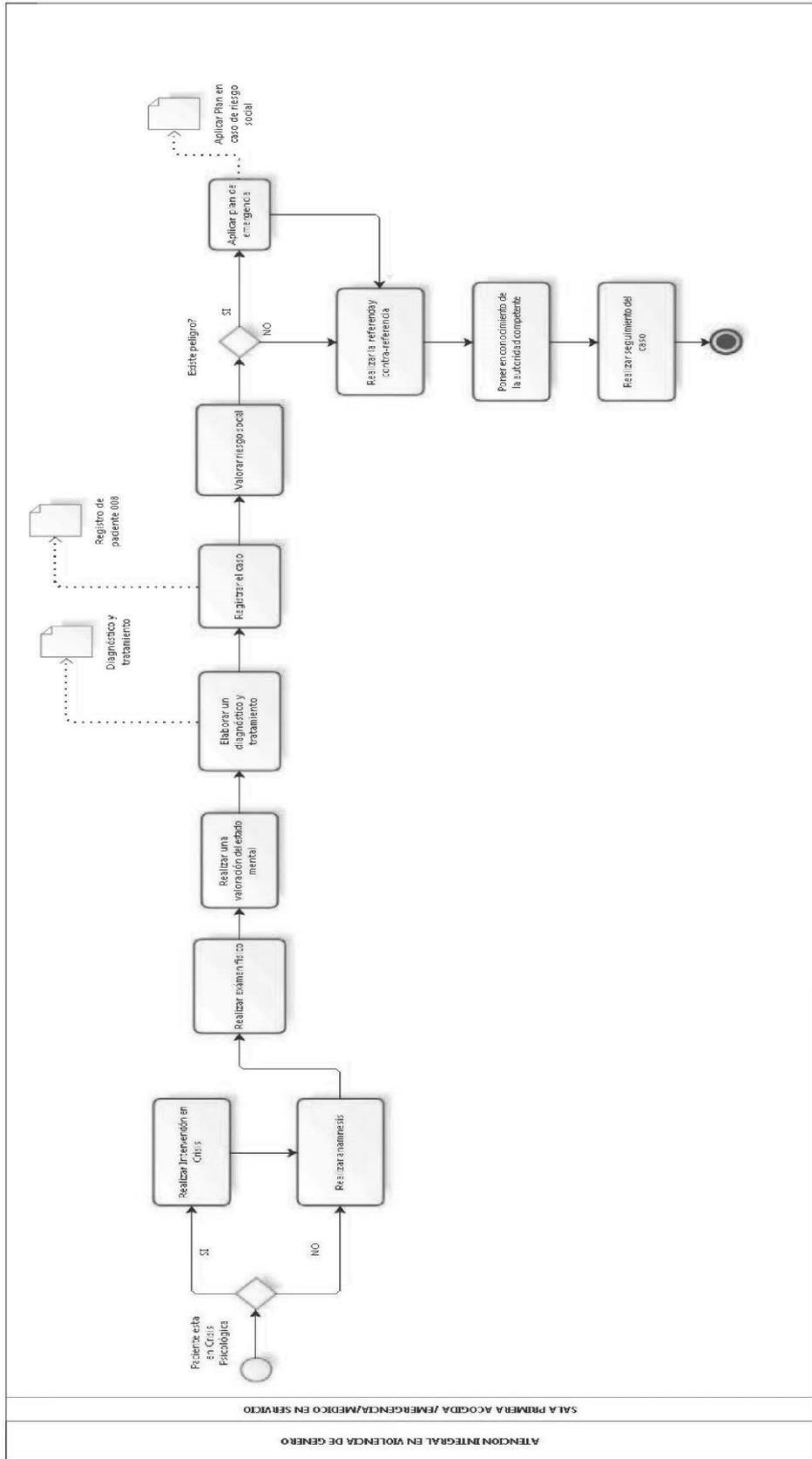
Paso 9: Referencia y Contrareferencia. Está orientada a los servicios de salud. El o la médica responsable garantizará que todos los casos que requieran atención especializada, en caso de que su capacidad resolutive no lo permita, serán referidos al establecimiento de salud que cuente con la misma.

Todos los casos serán contrareferidos para el seguimiento al establecimiento de salud en el cual esté adscrita la persona, excepto en el caso que se encuentre en riesgo la seguridad de la persona. Este procedimiento debe realizarse en el formulario 053.

Paso 10: Puesta en conocimiento de la autoridad competente. El o la Directora del establecimiento de salud es responsable de poner en conocimiento de la Fiscalía o del personal del Sistema especializado integral de investigación, de medicina legal y ciencias forenses. El o la médica o la persona responsable entregará al o la directora los formularios de registro correspondientes que detallen la atención realizada

Paso 11: Seguimiento. El médico que hizo la atención inicial es el responsable del seguimiento del caso El o la psicóloga que atendió el caso deberá realizar el seguimiento psicoterapéutico. El o la trabajadora social realizará el seguimiento de las condiciones sociales de la persona atendida. Deberá programar visitas domiciliarias de seguimiento para valorar la situación de la persona. De no contar con este personal, el o la médica responsable realizará el seguimiento clínico del caso.

FLUJOGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN VIOLENCIA DE GENERO



4. Procedimiento de atención integral en violencia física.

Paso 1: Intervención en crisis. Referirse al procedimiento No. 8. Una persona violentada físicamente puede acudir al servicio en estado de crisis, por lo que se requiere hacer la intervención y adecuar la situación antes de realizar la anamnesis.

Paso 2: Anamnesis. El o la médica responsable realizará una anamnesis orientada a obtener los datos relacionados con el episodio de violencia física. El informe debe incluir fecha en que ocurrieron las lesiones (para facilitar el seguimiento y la evolución) y descripción de lo sucedido.

Paso 3: Examen físico. El o la médica 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, fecha, número); y signos clínicos de patologías médicas. Cuando la violencia física se acompaña de violencia sexual, se deberá aplicar el proceso específico para estos casos.

Paso 4: Valoración de estado mental. Remitirse a las consideraciones generales de la atención integral en violencia de género. Siga el procedimiento específico de violencia psicológica para orientarse en el abordaje.

Paso 5: Diagnóstico y tratamiento. Se tratará las lesiones físicas según la capacidad resolutive de la unidad operativa. Además, deberá poner en conocimiento del o la Directora de la Unidad de Salud.

Paso 6: Registro del caso. Historia Clínica y formularios correspondientes.

Paso 7: Valoración del riesgo social. Siga las indicaciones de procedimientos generales

Paso 8: Plan de Emergencia. Siga las indicaciones de procedimientos generales.

Paso 9: Referencia y Contrareferencia. Realice el informe de referencia cuando el caso clínico lo amerita, según la capacidad resolutive, utilizando el formulario correspondiente.

Paso 10: Puesta en conocimiento de la autoridad competente. El o la responsable de la atención referirá el caso a la autoridad competente.

Si requiere examen médico legal, la realización de este deberá ser efectuado por un perito acreditado por el Consejo de la Judicatura. El o la Directora de la Unidad de Salud deberá ponerse en contacto con la autoridad competente para contar con un perito.

Paso 11: Seguimiento. El seguimiento estará enfocado en ver la evolución de las lesiones atendidas, así como detectar el apareamiento de nuevas lesiones. Todo el equipo de atención en violencia de género es responsable del seguimiento.

5. Procedimiento de Atención integral en violencia psicológica.

Paso 1: Intervención en crisis. Siga el proceso establecido anteriormente.

Paso 2: Anamnesis. 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 psicósomáticos a partir de los indicadores de sospecha de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género.

Paso 3: Examen Físico. Enfatique la sintomatología que la persona afectada refiere. Se valorarán los signos vitales y se realizará el examen médico general detallado.

Paso 4: Valoración del estado mental. Se evaluará el estado emocional de la persona, grado de afectación de su salud mental, manifestaciones psicológicas y áreas comprometidas.

Paso 5: Diagnóstico y Tratamiento. El o la psicóloga debe brindar tratamiento tanto a la persona como a su grupo familiar. El o la psicóloga debe 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 ansiolíticos o antidepresivos debe realizarse únicamente bajo criterios clínicos, y recetados por un médico o una médica calificada.

Paso 6: Registro de Casos. Deben ser registrados en el parte diario y en los formularios correspondientes.

Paso 7: Valoración de nivel de Riesgo social. El o la trabajadora social, el o la psicóloga debe evaluar si la vida de la persona o de su familia se encuentra en riesgo.

Si existe riesgo: pase al paso 8.

No existe riesgo: pase al paso 9.

Se debe poner en conocimiento de esta situación al o la Directora de la Unidad de Salud.

Paso 8: Plan de Emergencia. Si se ha detectado que la persona o su familia se encuentran en factor de riesgo o a la integridad, debe informar sobre alternativas de protección, derivando a Fiscalía General del Estado o considerando la remisión a algún albergue de la localidad.

Paso 9: Referencia y Contrareferencia. Realice el informe de referencia cuando el caso clínico lo amerita, según la capacidad resolutive, utilizando el formulario correspondiente.

Paso 10: Puesta en conocimiento de la autoridad competente. En caso de ser necesario remitase a las indicaciones generales.

Paso 11: Seguimiento de los casos. El seguimiento deberá realizar el equipo que atendió el caso, en función de procedimientos establecidos, y de la gravedad de la violencia psicológica diagnosticada.

6. Procedimiento de atención integral en negligencia a niños, niñas y adolescentes (NNA)

En relación a este procedimiento es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Considere los tipos de negligencia a los que pueden estar expuestos los niños, niñas y adolescentes.
- b) El principio básico que rige la negligencia es el de un conocimiento previo por parte del cuidador de una situación de peligro y la posibilidad de tomar una medida de protección o prevención oportuna que mitigue o elimine el riesgo al que está expuesto el niño, niña o adolescente.
- c) Un segundo elemento está constituido por la intencionalidad en no tomar la medida o precipitar los eventos, a pesar de conocer los riesgos a los que está expuesto el NNA.
- d) Las diferentes situaciones de negligencia o descuido se pueden presentar por:
 - ambientes físicos inadecuados,
 - presencia de situaciones de riesgo ambiental,
 - cuidado inapropiado de las niñas, niños y adolescentes,
 - negligencia en el acompañamiento a sus procesos de desarrollo.
- e) Recuerde que los indicadores de sospecha de negligencia alertan de la posibilidad de otras formas de violencia.

Paso 1: Intervención en Crisis. No se considera necesario a menos que se detecte crisis psicológica.

Paso 2: Anamnesis. El o la médica o el enfermero/a realizarán preguntas orientadas a buscar negligencia de acuerdo a los siguientes indicadores:

- Descuido dental
- Necesidad de lentes no cubierta
- Problemas en el aseo o el cuidado personal
- Presencia de situaciones de riesgo ambiental
- Cuidado inapropiado de los niños
- Negligencia en el acompañamiento a sus procesos de desarrollo.

Paso 3: Examen Físico. Es deber del o la médica realizar el examen físico completo.

Paso 4: Valoración del estado mental. Es deber del o la psicóloga o médico/a evaluar y registrar las maneras y actitudes, aspectos de las funciones psíquicas, desarrollo y grado de afectación de su salud mental y física.

Paso 5: Diagnóstico y tratamiento. El o la médica realizará el tratamiento de acuerdo al caso.

Es deber del o la psicóloga elaborar un plan de atención terapéutica para el niño, niña o adolescentes, que además contenga acciones con su grupo familiar.

Es deber del o la psicóloga proponer un trabajo terapéutico con los cuidadores para trabajar los problemas identificados.

Paso 6: Registro del Caso. Utilice los formularios correspondientes.

Paso 7: Valoración de riesgo social. Es deber del o la trabajadora social utilizar la ficha para la valoración social del niño, niña o adolescente y de su familia en visitas domiciliarias. El o la médica responsable debe garantizar la seguridad del niño, niña o adolescente partiendo de la evaluación conjunta con la persona afectada sobre la probabilidad inminente de sufrir un evento con peligro para su integridad y vida.

Si existe riesgo: continúe con el paso 8.

No existe riesgo: continúe con el paso 9.

El o la médica informará al o la Directora del establecimiento de Salud para que ponga en conocimiento de la autoridad competente.

Paso 8: Plan de Emergencia. Si se ha detectado que el NNA está en peligro o en riesgo, debe informar sobre alternativas de protección, derivando a Fiscalía General del Estado, o considerando la remisión a algún albergue de la localidad.

Paso 9: Referencia y Contrareferencia. En función de las necesidades específicas del caso.

Paso 10: Puesta en conocimiento de la autoridad competente. En casos en que se requiera atención por riesgo vital y no se cuenta con el consentimiento de los representantes, deberá ponerse en conocimiento del o la Directora del establecimiento inmediatamente, se debe hospitalizar. De encontrarse con indicadores de otros tipos de violencia deberá poner en conocimiento del o la Directora del Establecimiento. En caso de riesgo social del niño, niña o adolescente, debe poner en conocimiento del o la Directora. Los trabajadores sociales pondrán en conocimiento de la Junta Cantonal de protección de derechos de Niños, Niñas y adolescentes.

Paso 11: Seguimiento. Todo el equipo de atención integral en violencia de género es responsable del respectivo seguimiento del caso. Es deber del trabajador/social

desarrollar un plan de visitas domiciliarias para hacer seguimiento al caso y determinar apareamiento de nuevas situaciones de violencia o de riesgo.

7. Procedimiento específico de Atención Integral en Violencia Sexual

Este procedimiento responde a un Convenio entre la Fiscalía General del Estado y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el trabajo interinstitucional con el fin de evitar la re-victimización y efectivizar el procedimiento integral de atención. Estos lineamientos deben seguirse también en la atención integral en violencia sexual a NNA, como se especifica más adelante. El proceso está descrito en el flujograma de atención en violencia sexual, y en el anexo 12 se encuentran los subprocesos.

En el Anexo 12 de esta norma se encontrarán los flujogramas de los subprocesos implicados. En relación a este procedimiento es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

A) Adultos

- a) La pericia no debe de realizarse en todos los casos. Algunas veces la víctima puede referir eventos que han sucedido años atrás en los cuales no se debe realizar el peritaje, pero si realizar el proceso de atención integral
- b) De ser necesario un examen pericial este debe ser ejecutado por un perito forense acreditado por el Consejo de la Judicatura. En caso de no contar con un perito, el Fiscal puede designar a un médico o una médica para realizar este procedimiento.
- c) Para la realización del examen pericial se debe de utilizar el procedimiento establecido por fiscalía, y los insumos y formularios establecidos por esta institución.
- d) Es obligación mantener la cadena de custodia de cualquier prueba o evidencia encontrada en el procedimiento de atención.
- e) El mantenimiento de fluidos biológicos (sangre/orina) tomados como muestras a usuarios/as deben permanecer refrigerados entre 4°C y 8°C según norma internacional. Se debe realizar el control de esta temperatura mediante registro gráfico.

B) Niños, niñas y adolescentes

- a) Cuando se trata de niños, niñas o adolescentes, bajo ningún concepto se realizará el examen pericial dos veces.
- b) De no haber sala de primera acogida en el establecimiento de salud o un médico/a capacitado por el Consejo de la Judicatura, el o la médica que realiza la atención es responsable por el proceso pericial, por lo que deberá guiarse por los lineamientos de la Fiscalía General del Estado.

c) Si se detecta amenazas contra la vida es deber del o la médica, psicólogo o psicóloga, enfermero o enfermera, o trabajador, trabajadora social comunicar al Director o Directora de la Unidad de Salud para que dé a conocer a la Fiscalía y pueda ingresar al Programa de protección de Víctimas y Testigos.

d) En el caso de no contar con Sala de Primera Acogida, el examen médico servirá como examen pericial.

Paso 1: Intervención en Crisis. En todos los casos de violencia sexual, deberá realizarse la contención emocional por parte del o la médica y del o la enfermera. Referirse al procedimiento de intervención en crisis descrito más adelante.

Paso 2: Anamnesis. Se concentrará en el episodio de violencia. Preguntará respecto a los hechos referidos en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de medicamentos o alimentos, etc.). El o la médica responsable debe investigar todo lo relacionado con antecedentes de intervenciones, medicamentos, consumo asociado de alcohol y otras drogas. Deberá indagar sobre la historia ginecológica: menarquía, fecha de la última menstruación, método anticonceptivo, última relación sexual y disfunciones sexuales. El o la médica deberá seguir las buenas prácticas establecidas en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género respecto al abordaje de casos de violencia sexual.

Paso 3: Examen físico clínico. En estos casos el consentimiento informado se realizará con los representantes del niño, niña o adolescente, y los adolescentes de entre 12 y 18 años, deben firmar el consentimiento informado. El objetivo del examen físico clínico consiste en identificar lesiones y dar el tratamiento adecuado y oportuno. El examen físico debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. El examen físico incluirá un examen segmentario, ginecológico, génito-urológico y proctológico.

El objetivo del examen pericial consiste en buscar evidencias del presunto delito para el sistema judicial. Para tal caso se debe seguir lo establecido en el Protocolo de la Fiscalía General del Estado.

El informe de la atención 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 casos de niños, niñas o adolescentes, el examen no puede repetirse para evitar la revictimización, por lo que, de

encontrarse con un caso de violencia sexual en este grupo, deben seguirse los pasos del Manual de Fiscalía. El informe de la atención clínica tiene validez legal.

Paso 4: Valoración del estado mental. El o la psicóloga responsable realizará una evaluación del estado mental tomando en cuenta la posibilidad de afectación de las funciones por toxicidad y considerando las fases de desarrollo del niño, niña o adolescente.

Paso 5: Diagnóstico y tratamiento: En todos los casos se seguirán los siguientes procedimientos con el consentimiento informado de la persona o de los representantes (apoderados o cuidadores) del niño, niña o adolescente:

a) **Exámenes de laboratorio:** de acuerdo a la capacidad resolutoria de la unidad se realizan los siguientes exámenes, tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde la agresión:

- Biometría hemática, perfil hepático y química sanguínea.
- 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.
- Tamizaje para VIH, para descartar infección previa.
- El equipo de atención deberá dar consejería pre y pos-prueba a padres y/o cuidadores del niño/a previa a la solicitud exámenes de VIH y realizará un nuevo examen a los 3, 6 meses y al año de ocurrida la agresión.
- Tamizaje de embarazo en orina o sangre (diagnóstico de embarazo previo)
- Pruebas toxicológicas en orina y sangre en caso de sospecha de intoxicación por drogas (cocaína,

marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.).

- Auscultación y muestreo de secreción vaginal, anal y oral, en busca lesiones así como de sangre o semen (según corresponda).
- Muestra de residuos en uñas en busca de piel o sangre.

b) **Tratamiento** El o la médica responsable debe administrar el tratamiento profiláctico respectivo, tomando en cuenta que la efectividad de estos tratamientos depende del tiempo transcurrido desde el evento. A continuación se detalla los tratamientos profilácticos a administrarse:

- **Prevención de embarazo:** Anticoncepción oral de emergencia, dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión. Administrar en forma gratuita (levonorgestrel 1,5 mg. dosis única) a las mujeres en edad fértil.
- **Prevención de VIH:** la primera dosis de medicamentos antirretrovirales deberá administrarse en la Unidad de Salud de referencia (con capacidad resolutoria) más cercana al evento, las siguientes dosis de medicamentos antirretrovirales serán entregadas y administradas bajo estricta supervisión profesional de la Unidad de Atención Integral de VIH, de acuerdo a los siguientes esquemas, según el riesgo de transmisión del virus.
- **Consejería:** sobre efectos adversos que la medicación profiláctica puede causar tanto los antirretrovirales como de los antibióticos y hormonas a ser suministradas.
- **Seguimiento:** de los pacientes en tratamiento profiláctico para asegurar adherencia al tratamiento antirretroviral por 28 días.

a) **Cuadro de Esquema #. 1 Profilaxis para VIH en niños y adolescentes.**

Esquema #1:	
AZT + 3TC	
(Zidovudina + Lamivudina)	
Medicamento	Presentaciones
AZT (Zidovudina)	Sol. Oral 10 mg./ ml.
	Tableta 100 mg.
3TC (Lamivudina)	Sol. Oral 10 mg./ml
	Tableta 150 mg.
+	
LPV/r	
(Lopinavir/Ritonavir)	
LPV/r	Jarabe (80 mg./20 mg.) / ml.
	Tableta 200 mg. /50 mg.

a. a) Cuadro de Tratamiento Esquema 1

Medicamento	Edad	Peso	Dosis
AZT (Zidovudina)	6 semanas a < 18 años	4 kg a < 9 kg.	12 mg / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
		9 kg a < 30 kg.	9 mg / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
		≥ 30 kg.	300 mg. Cada 12 horas. Por 28 días.
	Adolescentes ≥ 18 años		300 mg. Cada 12 horas. Por 28 días.
3TC (Lamivudina)	< 4 semanas		2 mg / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
	≥ 4 semanas		4 mg / kg. (Hasta 150 mg). Cada 12 horas. Por 28 días.
	Adolescentes ≥ 16 años con peso < a 50 kg		4 mg / kg. (Hasta 150 mg). Cada 12 horas. Por 28 días.
	Adolescentes ≥ 16 años con peso > a 50 kg.		Dosis de adulto
LPV/r (Lopinavir/Ritonavir)	14 días a 12 meses		(16 mg / 4 mg) / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
	≥ 12 meses a 18 años con peso < a 15 kg		(13 mg / 3.25 mg) / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
	≥ 12 meses a 18 años con peso ≥ 15 kg hasta 45 kg		(11 mg / 2.75 mg) / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.

Fuente: (Guía de prevención y control de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis Congénita, y de la Atención Integral de Niños/as con VIH/Sida, 2013, págs. 69-71, 126)
 (Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 61)
 (Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 2014, págs. 5-30)
 Elaborado por: (Banderas García, 2014)

b) Cuadro Nro. 2 de Esquema de Profilaxis para VIH en niños/as y adolescentes

Esquema #2:	
TDF + FTC	
(Tenofovir + Emtricitabina)	
Medicamento	Presentaciones
TDF (Tenofovir)	Polvo oral 40 mg/g.
	Tableta 300 mg.
FTC (Emtricitabina)	Sol. Oral 10 mg / ml
	Cápsulas 150 mg.
TDF/FTC Tenofovir/Emtricitabina	Tableta 300 mg / 150 mg.
+	
LPV/r	
(Lopinavir/Ritonavir)	
LPV/r	Jarabe (80 mg./20 mg) / ml.
	Tableta 200 mg. / 50 mg.

b.b) Cuadro de Tratamiento esquema 2

Medicamento	Edad	Dosis	
TDF (Tenofovir)	≥ 2 años a <12 años	8 mg / kg / dosis. Cada 24 horas. Por 28 días	
	≥ 2 años y peso ≥ 17 kg.	17 kg a < 22	150 mg. Cada 24 horas. For 28 días
		22 kg a < 28	200 mg. Cada 24 horas. For 28 días
		28 kg a < 35	250 mg. Cada 24 horas. For 28 días
		≥ 35 kg	300 mg. Cada 24 horas. For 28 días
Adolescentes ≥ 12 años y peso ≥ 35 kg	300 mg. Cada 24 horas. For 28 días		
FTC (Emtricitabina)	0 a < 3 meses	3 mg / kg. Cada 24 horas. Por 28 días.	
	≥ 3 meses a 17 años	6 mg / kg (máximo 240 mg/dosis). Cada 24 horas. Por 28 días.	
	≥ 3 meses a 17 años con peso ≥ 33 kg.	200 mg. cada 24 horas. Por 28 días	
	Adolescentes ≥ 18 años	240 mg. cada 24 horas. Por 28 días	
LPV/r (Lopinavir/Ritonavir)	14 días a 12 meses	(16 mg / 4 mg) / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.	
	≥ 12 meses a 18 años con peso < a 15 kg	(13 mg / 3.25 mg) / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.	
	≥ 12 meses a 18 años con peso ≥ 15 kg hasta 45 kg	(11 mg / 2.75 mg) / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.	

Fuente: (Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis Congénita, y de la Atención Integral de Niños/as con VIH/Sida, 2013, págs. 69-71, 126)
 (Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 61)
 (Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 2014, págs. 5-30)
 Elaborado por: (Banderas García, 2014)

c) Cuadro Nro. 3 Esquema de profilaxis para VIH en niños/as y adolescentes

Esquema #3:	
AZT + 3TC (Zidovudina + Lamivudina)	
Medicamento	Presentaciones
AZT (Zidovudina)	Sol. Oral 10 mg./ ml.
	Tableta 100 mg.
3TC (Lamivudina)	Sol. Oral 10 mg /ml
	Tableta 150 mg.
+	
EFV (Efavirens)	
EFV (Efavirens)	Tableta 600 mg.

Fuente: (Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis Congénita, y de la Atención Integral de Niños/as con VIH/Sida, 2013, págs. 69-71, 126)
 Elaborado por: (Banderas García, 2014)

c. c) Cuadro de Tratamiento Esquema 3

Medicamento	Edad	Peso	Dosis
AZT (Zidovudina)	6 semanas a < 18 años	4 kg a < 9 kg.	12 mg / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
		9 kg a < 30 kg.	9 mg / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
		≥ 30 kg.	300 mg. Cada 12 horas. Por 28 días.
3TC (Lamivudina)	< 4 semanas	Adolescentes ≥ 18 años	300 mg. Cada 12 horas. Por 28 días.
			2 mg / kg. Cada 12 horas. Por 28 días.
	≥ 4 semanas	Adolescentes ≥ 16 años con peso < a 50 kg	4 mg / kg. (Hasta 150 mg). Cada 12 horas. Por 28 días.
		Adolescentes ≥ 16 años con peso > a 50 kg.	Dosis de adulto
EFV* (Efavirens) (de preferencia en la noche)	≥ a 3 años y peso ≥ 10 kg	10 kg a < 15 kg.	200 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.
		15 kg a < 20 kg.	250 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.
		20 kg a < 25 kg.	300 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.
		25 kg a < 32.5 kg.	350 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.
		32.5 kg a < 40 kg.	400 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.
		≥ 40 kg.	600 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.
	Adolescentes con peso ≥ 40 kg.	600 mg. Cada 24 horas. Por 28 días.	

* EFV: No recomendado para uso en < de 3 años.

Fuente: (Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis Congénita, y de la Atención Integral de Niños/as con VIH/Sida, 2013, págs. 69-71, 126)

(Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 61)

(Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 2014, págs. 5-30)

Elaborado por: (Banderas García, 2014)

A ser considerado por el personal de salud:

- Si hay sospecha de infección con una cepa resistente y se conoce la historia antirretroviral de la fuente (agresor/a), pueden introducirse las modificaciones pertinentes, pero estas decisiones nunca retrasarán el inicio de la Profilaxis Pos Exposición y se tomarán con la concurrencia de un experto en infección por VIH.
- Se informará al paciente, de forma acorde con su edad, y a su tutor legal de los posibles efectos secundarios de los medicamentos indicados.
- En casos de niños y niñas menores de tres años, debe solicitar asesoría del programa de VIH/Sida-ITS.

Profilaxis para infecciones de transmisión sexual

Cuadro de Profilaxis para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en niños y adolescentes con peso < a 45 kg.

ITS	Peso o edad	Medicamento	Dosis
Gonorrea	< 45 kg	Ceftriaxona	125 mg IM, monodosis
		Espectinomina	40 mg/kg IM (máximo 9 g), monodosis o (si es > a 6 meses)
		Cefixime	8 mg/kg VO, monodosis
	≥ 45 kg		Tratar de acuerdo al protocolo de adultos.
Clamidia	< 45 kg	Azitromicina	20 mg/kg VO, monodosis (no recomendado en embarazadas)
		Eritromicina	50 mg/kg/día VO (máximo 2g), dividido en 4 dosis por 7 días.
	≥ 45 kg pero < a 12 años	Azitromicina	500 mg VO, 4 veces al día por 7 días (no recomendado en embarazadas)
		Eritromicina	1 g VO, monodosis
	≥ 12 años y/o gestante		Tratar de acuerdo al protocolo de adultos
Tricomoniasis	< 12 años	Metronidazol	5 mg/kg VO, 3 veces al día por 7 días.
			Tratar de acuerdo al protocolo de adultos (contraindicado en el primer trimestre del embarazo)
Sífilis cancroide	y	Benzil penicilina + Azitromicina	50 000 UI/kg IM (máximo 2.4 millones UI), monodosis + Azitromicina 20 mg/kg VO, monodosis. (no recomendado en embarazadas) (Nota: también es activa para clamidia)
			50 mg/kg/día VO (máximo 2g), dividido en 4 dosis por 14 días.
Pacientes alérgicos/as a la penicilina o pacientes embarazadas		Eritromicina	Referir a Unidad con capacidad resolutoria para realizar desensibilización a la penicilina (embarazadas).
Hepatitis B	< 2 años	Gammaglobulina hiperinmune	0.06 ml IV, Inmunoglobulina hiperinmune frente a la hepatitis B + Vacuna HBsAg a los 0, 1 y 6 meses.
Tétanos		Vacuna	Si no ha recibido la vacuna en los últimos 10 años, si no recuerda o no posee su carnet de vacunación que lo avale, se recomienda vacunar.

Fuente: (Guía de Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2011, págs. 26-36)

(Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 55)

(Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, Virus de la Hepatitis B y C y normas de bioseguridad, 2011, págs. 35-37)

Elaborado por: (Banderas García, 2014)

- Todo el personal de salud del equipo de atención integral en violencia de género deberá estar involucrado en la atención inicial y deberá involucrarse con el seguimiento del caso.
- Deberá suministrarse el tratamiento antirretroviral profiláctico durante 4 semanas.
- Continuar la profilaxis de Infecciones de Transmisión Sexual de acuerdo al esquema utilizado.
- Se realizarán nuevos controles de exámenes de laboratorio siguiendo los tiempos estipulados en la tabla siguiente:

Adultas/os víctimas de violencia sexual

a) Exámenes de laboratorio. De acuerdo a la capacidad resolutive de la unidad se realizan los siguientes exámenes, tomando en cuenta el tiempo transcurrido desde la agresión:

- Biometría hemática, perfil hepático y química sanguínea
- Tamizaje para infecciones de transmisión sexual: VDRL o RPR, para descartar enfermedad previa.
- Tamizaje para VIH, para descartar infección previa.

El equipo de atención deberá dar consejería pre y pos-prueba a padres y/o cuidadores del niño/a previa a la solicitud exámenes de VIH y realizará un nuevo examen a los 3, 6 meses y al año de ocurrida la agresión.

- Tamizaje de embarazo en orina o sangre (diagnóstico de embarazo previo)
 - HBsAg, AntiHBc (si no tienen vacunación completa), AntiHBs (si tiene vacunación previa), Hepatitis C, para descartar infección previa.
 - Pruebas toxicológicas en orina y sangre en caso de sospecha de intoxicación por drogas (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.).
 - Auscultación y muestreo de secreción vaginal, anal y oral, en busca lesiones así como de sangre o semen (según corresponda).
 - Muestra de residuos en uñas en busca de piel o sangre.
- b) Tratamiento** El médico/a responsable debe administrar el tratamiento profiláctico respectivo, tomando en cuenta que la efectividad de estos tratamientos depende del tiempo transcurrido desde el evento. A continuación se detalla los tratamientos profilácticos a administrarse:

- **Prevención de embarazo:** Anticoncepción oral de emergencia, dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión. Administrar en forma gratuita (levonorgestrel 1,5 mg. dosis única) a las mujeres en edad fértil.
- **Prevención de VIH:** la primera dosis de medicamentos antirretrovirales deberá administrarse en la Unidad de Salud de referencia (con capacidad resolutive) más cercana al evento, las siguientes dosis de medicamentos antirretrovirales serán entregadas y administradas bajo estricta supervisión profesional de la Unidad de Atención Integral de VIH, de acuerdo a los siguientes esquemas, según el riesgo de transmisión del virus.
- **Consejería:** sobre efectos adversos que la medicación profiláctica puede causar tanto los antiretrovirales como de los antibióticos y hormonas a ser suministradas.
- **Seguimiento:** de los pacientes en tratamiento profiláctico para asegurar adherencia al tratamiento antirretroviral por 28 días.

Profilaxis para Adolescentes y Adultos por peso incluidas mujeres embarazadas y en lactancia

**Profilaxis para VIH en adolescentes con peso > 40 kg y adultos
incluidas mujeres embarazadas y en lactancia.**

Esquema #1	
Tratamiento	Dosis
TDF 300 mg / FTC 200 mg (Tenofovir/Emtricitabina) +	1 tableta diaria. Por 28 días.
LVP/r 200 mg / 50 mg	

Fuente: (Guía de atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/Sida, 2013, págs. 87-89)
(Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 61)
Elaborado por: (Banderas García, 2014)

Esquema #2	
Tratamiento	Dosis
AZT 300 mg /3TC 150 mg (Zidovudina/Lamivudina) +	1 tableta cada 12 horas. Por 28 días.
LVP 200 mg / r 50 mg (Lopinavir/Ritonavir)	

Fuente: (Guía de atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/Sida, 2013, págs. 87-89)
(Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 61)
Elaborado por: (Banderas García, 2014)

Esquema #3	
Tratamiento	Dosis
AZT 300 mg / 3TC 150 mg (Zidovudina/Lamivudina) +	1 tableta cada 12 horas. Por 28 días.
EFV 600 mg. (Efavirens) (de preferencia en la noche) (no recomendable el primer trimestre de embarazo).	

Fuente: (Guía de atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/Sida, 2013, págs. 87-89)
(Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 61)
Elaborado por: (Banderas García, 2014)

Profilaxis para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes con peso > 45 kg, adultos incluidas mujeres embarazadas y en lactancia.

ITS	Tratamiento	
Gonorrea	Ciprofloxacina	500 mg VO. Monodosis (contraindicado en embarazadas y adolescentes < de 18 años)
	Ceftriaxona	125 mg IM. Monodosis
	Espectinomocina	2 g, IM. Monodosis
	Gentamicina	280 mg IM. Monodosis
Clamidia	Aziticomicina	500 mg VO. Monodosis
	Doxiciclina	100 mg VO, dos veces al día por 7 días.
Clamidia en embarazadas	Eritromicina	500 mg VO, 4 veces al día por 7 días
	Amoxicilina	500 mg VO, 3 veces al día por 7 días.
Tricomoniiasis	Metronidazol	2 g VO. Monodosis. (contraindicado en el primer trimestre del embarazo)
Candidiasis	Clotrimazol	200 mg. un óvulo vaginal, por 5 noches
	Nistatina (en gestantes)	100.000 UI. Una tableta vaginal por 14 noches
Sifilis y Chancroide	Benzil penicilina +	2,4 millones UI, IM +
Sifilis en pacientes alérgicos a la penicilina	Aziticomicina	Aziticomicina 500 mg VO, Monodosis (Nota: También es activo para clamidia)
	Tetraciclina	500 mg, cada 6 horas. Por 7 días
	Doxiciclina.	100 mg VO dos veces al día (contraindicado en el embarazo) (Nota: También es activo para clamidia)
Sifilis en embarazadas alérgicas a la penicilina	TMP/SMX	800mg / 160 mg. cada 12 horas. Por 7 días
	Eritromicina	500 mg VO, 4 veces al día por 14 días o Referir a Unidad con capacidad resolutoria para realizar desensibilización a la penicilina.
Hepatitis B	Gammaglobulina hiperinmune	Inmunoglobulina hiperinmune frente a la hepatitis B + Vacuna HBsAg a los 0., 1 y 6 meses.
Tétanos	Vacuna	Si no ha recibido la vacuna en los últimos 10 años, si no recuerda o no posee su carnet de vacunación que lo avale, se recomienda vacunar.

Fuente: (Guía de Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2012, págs. 26-36)
(Clinical Managements of Rape Survivors, 2004, pág. 58)
(Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, Virus de la Hepatitis B y C y normas de bioseguridad, 2011, págs. 35-37)
Elaborado por: (Banderas García, 2014)

Paso 6: Registro del caso. El caso debe registrarse en los formularios correspondientes.

Paso 7: Valoración de nivel de riesgo social. El o la médica responsable debe garantizar la seguridad de la persona, partiendo de la evaluación conjunta con la persona afectada sobre la probabilidad inminente de sufrir un evento con peligro para su integridad y vida, o la de sus dependientes.

Si existe riesgo: Continúe con el paso 8

No existe riesgo: continúe con el paso 9.

El o la médica informará al o la Directora del establecimiento de Salud para que ponga en conocimiento de la autoridad competente.

Paso 8: Plan de Emergencia. Si se ha detectado que el NNA está en peligro o en riesgo, debe informar sobre alternativas de protección, derivando a Fiscalía General del Estado, o considerando la remisión a algún albergue de la localidad.

Paso 9: Referencia y Contrareferencia. Está orientada a los servicios de salud. El o la médica responsable garantizará que todos los casos que requieran atención especializada serán referidos al establecimiento de salud que cuente con la misma.

Todos los casos serán contrareferidos para el seguimiento al establecimiento de salud en el cual esté adscrita la persona, excepto en el caso que se encuentre en riesgo la seguridad de la persona. Este procedimiento debe realizarse en el formulario 053.

Paso 10: Puesta en conocimiento de la autoridad competente. El o la Directora de la Unidad de Salud es el responsable de poner en conocimiento a la Fiscalía. El o la médica responsable entregará al director o directora los formularios de registro correspondientes que detallen la atención realizada garantizando la confidencialidad del caso y de la víctima.

- **Derivación de los usuarios y usuarias víctimas de delitos sexuales a otro profesional médico o la médica que hará el seguimiento.** El o la médica será responsable de derivar a estos pacientes a otras instancias para llevar a cabo el seguimiento.
- **Responsabilidades en el proceso penal.** La o el perito forense o médico, médica designada, debe rendir testimonio anticipado o hacerlo mediante video conferencia de acuerdo a las disposiciones del Código Orgánico Integral Penal (artículo 463). Su actuación es reservada.
- **Medios de verificación.** La o el perito forense o el o la médica designada para el examen pericial serán notificados por medio de un documento oficial de su comparecencia en la audiencia.
- **Audiencia.** Es deber del perito forense o del o la médica designada para el examen pericial haber estudiado el caso, llevar consigo todos los documentos de soporte de su peritaje, y revisar las recomendaciones de preparación para audiencias incluidas en la Norma de Atención Integral en violencia de género.
- **Tiempo de realización de pericias y entrega de informes.** En caso de haber realizado un examen pericial, deberá seguir lo especificado en el Manual de Fiscalía. El tiempo estipulado para un peritaje es de 1 hora y 30 minutos.

Paso 11: Seguimiento. Todo el personal de salud del equipo de atención integral en violencia de género deberá estar involucrado en la atención inicial y con el seguimiento del caso.

- De encontrarse con un embarazo, deberá referir el caso a ginecología para el seguimiento.
- El o la médica, el o la psicóloga deberá informar sobre la imposibilidad de practicar un aborto, salvo en los casos estipulados en el Código Integral Penal COIP, art. 150:

“1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.”

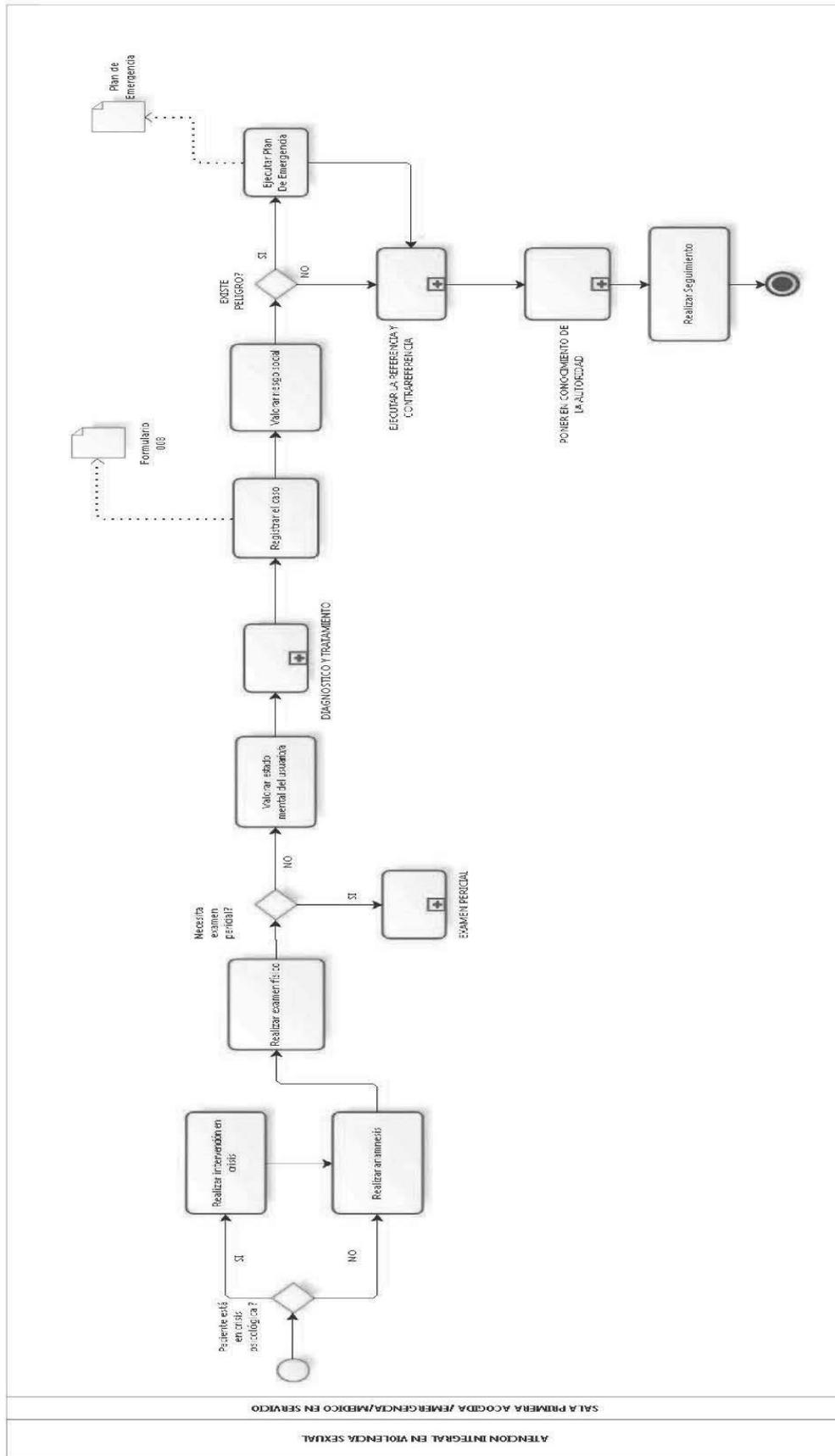
- El o la médica o el o la psicóloga debe de realizar apoyo y contención emocional e informar de los peligros de un aborto no seguro.
- Cuando el caso lo requiera, deberá suministrarse el tratamiento antirretroviral profiláctico durante 4 semanas, y deberá brindarse asesoría, tratamiento y seguimiento en casos donde se determine que existe riesgo de transmisión vertical de VIH.
- Continuar la profilaxis de Infecciones de Transmisión Sexual de acuerdo al esquema utilizado.
- Se realizarán nuevos controles de exámenes de laboratorio siguiendo los tiempos estipulados en la tabla siguiente:

Calendario de controles y exámenes a realizarse

FECHAS/CONTROLES	ANÁLISIS A REALIZAR
Laboratorio Inicial	- Serología: VIH, VHB, VHA, VHC y Sífilis - Biometría Hemática - Química sanguínea - Perfil hepático - Prueba de embarazo
De 2 y a las 4 semanas	- Serología para Sífilis y control a las 6, 12 y 24 semanas - Prueba de embarazo - Vacuna anti VHB. - Biometría hemática - Perfil hepático y química sanguínea al completar profilaxis para VIH.
A las 6, 12 y 24 semanas	- Serología para VIH, VHB
A las 12 y 24 semanas	- Serología para VIH, VDRL, VHC

Además se requiere seguimiento por Psicólogo, Ginecólogo, Proctólogo e Infectólogo
Fuente: (Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, Virus de la Hepatitis B y C y normas de bioseguridad, 2011, págs. 38-39)
Elaborado por: (Banderas García, 2014)

FLUJOGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN VIOLENCIA SEXUAL



8. Procedimiento para la intervención en crisis.

En relación a este procedimiento es necesario tomar en cuenta que:

- a-. El objetivo es Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.

Paso 1: Realización del contacto psicológico. Es deber del profesional que realice intervención en crisis escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. Es deber de profesional invitar a la persona a hablar, escuchar lo que pasó (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales).

Paso 2: Analizar las dimensiones del problema. Es deber del profesional que realiza intervención en crisis analizar las siguientes dimensiones: pasado inmediato, presente y futuro inmediato en relación al problema vivido.

Paso 3: Sondar las posibles soluciones. Es deber del profesional que realiza intervención en crisis sondar las soluciones al problema, las cuales muchas veces no solo refieren al evento, sino a actividades relacionadas a la salud, denuncia, etc.

Paso 4: Elaborar un plan de acciones para el futuro inmediato. El profesional que realiza intervención en crisis debe realizar en conjunto con la víctima un plan de actividades a ejecutar en el futuro inmediato, las cuales pueden ir desde la atención médica hasta el ingreso, terapia psicológica, denuncia, etc.

Paso 5: Seguimiento al Plan de acciones. El profesional que realiza intervención en crisis debe hacer un seguimiento a las actividades establecidas en el plan de acciones para el futuro inmediato.

9. Procedimiento para la preparación para participar en audiencias.

En relación a este procedimiento es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Asegúrese de tener claridad en relación con el caso en audiencia.
- b) Mantenga siempre orden en sus archivos y revise el caso antes de la audiencia o comparecencia.

Paso 1: Conocer la ley. Es deber del o la médica o psicólogo/a llamado a testificar en una audiencia conocer el marco legal que regula su accionar profesional. Es deber del o la médica o psicólogo/a conocer los principios bioéticos y los códigos de conducta que rigen su profesión. Es deber del o la médica o psicólogo/a conocer su rol como clínico y su rol en la corte.

Paso 2: Conocimiento empírico. Es deber del o la médica o psicólogo/a apoyar su declaración con evidencias empíricas, así como estudios académicos al respecto.

Paso 3: Contra examinación de la defensa. Para evitar cuestionamientos de la defensa es deber del o la médica o psicólogo/a presentar su currículum con información verídica. Es deber del o la médica o psicólogo/a responder a las preguntas desde los conocimientos relacionados a su ámbito, sin incluir juicios de valor o información errónea.

Paso 4: De su declaración. El o la médica o psicólogo/a debe responder en función del caso y no de los estudios consultados, los cuales si pueden servir para sostener los argumentos. El o la médica o psicólogo/a debe responder en función de conclusiones relacionadas al informe pericial correspondiente. El o la médica o psicólogo/a deben dar información objetiva en sus declaraciones.

10. Procedimiento para el autocuidado de los equipos

El personal de salud, por la naturaleza del trabajo que realiza, se encuentra constantemente enfrentado a casos de violencia de género, lo que implica una relación cotidiana con el sufrimiento, la angustia e incluso el peligro en el que se encuentran muchas personas. El cuidar a otros puede tener un costo en las personas, por lo que es necesario entender los posibles efectos que su trabajo puede generar y las alternativas de auto-cuidado que pueden ayudarle a lidiar con los mismos.

Paso 1: Poner límites. Los profesionales que trabajan en situaciones de violencia deben poner límites entre su desempeño profesional y su vida privada.

Paso 2: Respetar los tiempos de descanso. Los profesionales que trabajan en situaciones de violencia deben mantener tiempos de descanso necesarios para que su cuerpo recupere el nivel de agotamiento.

Paso 3: Practicar actividades físicas. Los profesionales que trabajan en situaciones de violencia deben desarrollar actividades físicas que les permitan soltar la frustración propia del trabajo que desempeñan.

Paso 4: Sesiones grupales. Los profesionales que trabajan en situaciones de violencia deben tener sesiones grupales al mando de un psicoterapeuta externo, para trabajar distintos aspectos psicológicos.

Paso 5: Psicoterapia individual. Los profesionales que trabajan en situaciones de violencia deben asistir por lo menos una vez al año a un proceso de psicoterapia individual.

XI. Anexos

Anexo 1: Tamizaje Universal

Anexo 2: Tamizaje violencia a Niñas, Niños y Adolescentes, Intrafamiliar y adultos mayores.

Anexo 3: Intervención en crisis

Anexo 4: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA)

Anexo 5: Consentimiento informado

Anexo 6: Formulario EPI – 2

Anexo 7: Formulario de anamnesis y examen físico

Anexo 8: Epicrisis

Anexo 9: Laboratorio

Anexo 10: Histopatología

Anexo 11: Referencia y Contrarreferencia

Anexo 12: Flujogramas:

- Atención de Violencia de Sexual: Examen Pericial
- Atención de Violencia de Sexual: Diagnóstico y Tratamiento
- Atención de Violencia de Sexual: Referencia y Contrarreferencia
- Atención de Violencia de Sexual: Conocimiento de la autoridad

Anexo 13: Protocolo para peritajes forenses VIF-delitos sexuales y lesiones cuando la vida de la víctima no corre riesgo por las lesiones.

- Formato de Consentimiento informado
- Formato de informe forense delitos sexuales
- Formulario de inventario fotográfico
- Formato de Solicitud de Análisis de Laboratorio
- Formulario de Referencia

Anexo 14: Recomendaciones para preparación de las audiencias

Anexo 1:

Preguntas de Tamizaje Universal ²²

Indagación previa para reconocer posibles indicios de violencia de género. La evidencia científica recomienda que “independientemente de la presencia o ausencia de indicadores de violencia, se realice un tamizaje de rutina”.

Un tamizaje de rutina comprende una intervención en la que el/la profesional de salud pregunta sobre la posibilidad de la violencia para determinar con certeza la existencia de la misma

Los agente de salud deben “preguntar sistemáticamente a todas las personas que consulten en nuestros servicios, sobre situaciones de violencia; esto favorecerá, la detección de cualquier situación de violencia, lo que mejorará la atención, evitando la revictimización”.²²

En este contexto la prevención de la violencia basada en género se enfoca en su desnaturalización y en su adecuada identificación, objetivos iniciales claves para ser desarrollados tanto en los espacios de las unidades de salud de primer nivel como en todos los niveles de atención a través de herramientas determinadas con evidencia sustancial.

Para esto, los/as profesionales de la salud podrán usar como herramienta Preguntas de Tamizaje Universal. Esta es una herramienta que consta de dos grupos de preguntas:

- ✓ 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. Esta preguntas también pueden ser dirigidas a partir del conocimiento del caso que tenga el profesional de la salud

Las preguntas de Tamizaje Universal pueden ser utilizadas por las/os profesionales de la salud de acuerdo a la pertinencia del caso. No es obligatorio realizar todas las preguntas establecidas en esta herramienta e incluso pueden se pueden combinar los dos grupos con texto introductorio y circulares de acuerdo al caso. Es necesario que las y los profesionales de la salud realicen estas preguntas con el mayor respeto evitando el prejuicio, prejuzgamiento, y la revictimización.

1.- Preguntas con texto Introductorio	
“La violencia en la vida de las mujeres es un problema frecuente y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si han sufrido o sufren algún tipo de violencia a lo largo de su vida”	
Sin introducción	
1. Le veo preocupada	
2. ¿Cómo van las cosas en su familia?	
3. ¿Tiene algún problema con su pareja?	
4. ¿Siente que no le tratan bien en casa?	
5. ¿Ha sentido miedo alguna vez?	
6. ¿Le controla sus salidas?	
7. ¿Se siente segura?	
8. ¿Le controla el dinero?	
9. ¿Le ha amenazado alguna vez?	
10. ¿Tiene armas en casa?	
11. ¿Se lo ha contado a algún amigo o familiar?	
2.- Preguntas circulares: generan reflexión sobre la experiencia vivida y exploran el entorno de las mujeres	
¿Qué diría su madre si usted sufriera maltrato por parte de su pareja? ¿Qué dirían sus amigas? ¿Y sus hijos?	
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?, tal vez con sus hijos o con su trabajo? ➤ ¿Qué opina su marido de lo que pasa? , ¿Con qué lo relaciona él?
Ante lesiones físicas	➤ Tengo alguna duda sobre esta lesión. ¿Puede ser consecuencia de algún tipo de agresión sufrida por usted? ➤ 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 que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?

El o la profesional de salud al terminar su entrevista de rutina, debe promocionar el conocimiento generalizado sobre la problemática de violencia de género para todo el público que visita el servicio de salud haya o no encontrado indicios de violencia.

Además, se recomienda en esta norma lo que no debe hacer la o el profesional de la salud durante el desarrollo de la entrevista de tamizaje:

- ✓ **Violación de la confidencialidad.-** Intervención delante de la familia, hablando con lo colegas, discutiendo cuestiones en confidencia sin su consentimiento. Llamando a la policía sin su consentimiento.
- ✓ **Normalizando la violencia machista.-** Fracaso al responder a la revelación del abuso. Aceptando la intimidación como normal en las relaciones. Creer que el abuso es resultado natural cuando las mujeres desobedecen a sus parejas varones.
- ✓ **Trivializando y minimizando el abuso.-** no tomar en serio los sentimientos de peligro de las mujeres que son víctimas de violencia. Asumiendo que si ha sufrido abuso tantos años entonces no serán tan malos.
- ✓ **Ignorando su necesidad de seguridad.-** Fracaso en reconocer su sensación de peligro. Fallo en preguntar ¿Se siente segura fuera de su casa?, ¿Tiene algún sitio a donde ir si su situación empeora?
- ✓ **No respetando su autonomía.-** Prescribiendo divorcio, medicación sedativa, que se vaya de su casa, terapia de pareja o participación de la policía sin su consentimiento informado. Castigándola por no seguir su consejo.
- ✓ **Culpando a la víctima.-** Preguntándole que hizo para provocar la violencia de la cual fue objeto. Focalizando en la víctima el problema. ¿Por qué no se va ya? ¿Cómo puede soportar tanta violencia? ¿Por qué no deja a su agresor y ya?

El o la profesional de la Salud deberá tomar en cuenta estas recomendaciones a fin de no re-victimizar o poner a la defensiva a la víctima de violencia durante la entrevista.

Anexo 2: Tamizaje de violencia a niñas/os y adolescentes

I. Tamizaje de violencia a niñas/os y adolescentes

La violencia hacia niños, niñas y adolescentes debe examinarse desde las cuatro categorías en las que usualmente se manifiesta. Por esta razón, los criterios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para detección de violencia hacia esta población se han clasificado en función de las distintas manifestaciones. A continuación, se encontrarán criterios que facilitan la detección según el caso:

a) Considere abuso o negligencia en niños cuando encuentre las siguientes manifestaciones conductuales:

Niños:

- Presentan cambios comportamentales súbitos o cambios en la escuela
- No ha recibido ayuda para problemas médicos o físicos llevados a la atención de los padres
- Tiene dificultades de aprendizaje o de concentración no atribuibles a causas físicas o fisiológicas
- Siempre está alerta como preparándose para que pase algo malo
- Le falta supervisión adulta
- Es demasiado complaciente, pasivo o distante
- Va a la escuela temprano y se queda hasta tarde, no quiere ir a casa

Padres:

- Muestra poca preocupación por el niño
- Niega la existencia – o culpa al niño – de problemas en la escuela o la casa
- Pide a los profesores ser duros con el niños
- Mira al niño como malo, sin valor, o como una carga
- Demanda un nivel de logro académico o físico que el niño no puede cumplir
- Mira al niño para atención o cuidado y satisfacción de necesidades emocionales

Padres y niños:

- Raramente se tocan o se miran
- Consideran la relación enteramente negativa
- Dicen que no les agrada el otro

b) Considere la posibilidad de abuso físico cuando encuentre las siguientes manifestaciones:

En el niño:

- Tiene quemaduras no explicadas, mordidas, morados, huesos rotos u ojos morados
- Se ven signos de morados o de otras marcas incluso al estar de vacaciones de la escuela
- Se ve asustado de los padres y llora o protesta cuando debe ir a casa
- Se encoge ante la proximidad de adultos

- Reporta heridas o daños perpetrados por padres o adultos cuidadores

En el padre o el cuidador:

- Ofrece explicaciones de las heridas de niños de manera conflictiva, no convincente, o no las explica
- Describe al niño como malo o de manera muy negativa
- Usa disciplina fuerte con el niño
- Tiene una historia de abuso en su propia infancia

c) Considere negligencia cuando vea las siguientes manifestaciones:

En el niño:

- Esta frecuentemente ausente de la escuela
- Pide caridad o roba dinero
- Le falta cuidado dental o médico, inmunizaciones o lentes
- Esta constantemente sucio y tiene mal olor corporal
- Le falta ropa en relación con el clima
- Abusa alcohol u otras drogas
- Dice que no hay nadie en casa que lo cuide

En el padre o el cuidador:

- Parece ser indiferente hacia el niño
- Parece apático o deprimido
- Se comporta de manera bizarra o irracional
- Abusa alcohol u otras drogas

d) Considere la posibilidad de abuso sexual cuando encuentre las siguientes manifestaciones:

En el niño:

- Tiene dificultad para caminar o sentarse
- Se opone a cambiarse de ropa para educación física o a participar en actividades físicas
- Reporta pesadillas o mojar la cama
- Experimenta un cambio súbito en el apetito
- Demuestra comportamientos sofisticados o inusuales sexuales, o da cuenta de conocimiento inusual sobre sexo

- Se embaraza o contrae una enfermedad venérea, particularmente si tiene menos de 14 años

- Huye de casa

- Reporta abuso sexual

En los padres o cuidadores:

- Limitan el contacto del niño con otros niños, especialmente del sexo opuesto
- Son celosos o controladores de otros miembros de la familia

e) Considere la posibilidad de maltrato emocional cuando encuentre las siguientes manifestaciones:

En el niño:

- Muestra extremos en el comportamiento, como muy complaciente o demandante, pasividad extrema o agresión
- Es inapropiadamente adulto (cuida a otros niños, por ejemplo) o inapropiadamente infantil (se golpea la cabeza o se mece).
- Está atrasado en su desarrollo emocional o físico
- Ha intentado suicidarse
- Reporta falta de cercanía con los padres

En el padre o cuidador:

- Constantemente culpa, empequeñece o habla mal del niño
- No le importa el niño y rehúsa ofertas de ayuda para los problemas del niño
- Rechaza al niño

II-. Tamizaje para Violencia Intrafamiliar

Dada la naturaleza de la violencia intrafamiliar, se recomienda un tamizaje a través de preguntas que el personal de salud hará a la población que usa los servicios de salud.

Preguntas de Tamizaje Universal²²

(Ver cuadro de Anexo 1)

El o la profesional de la salud deberá abrir el tema con algún comentario que señale comprensión como: “Debido a que la violencia es tan común en la vida de las mujeres, yo siempre pregunto”. Aun si en esa primera vez la paciente no responde, ya ha recibido el mensaje de que el personal de salud se preocupa y de que está consciente de que la violencia es una posibilidad real. Esta preocupación validará sus propios sentimientos y reforzará su capacidad de pedir ayuda cuando pueda o esté lista para hacerlo.

Las preguntas de rutina sobre violencia no sólo permiten identificar a las mujeres violentadas que están acudiendo a consulta, sino también para evaluar el riesgo/seguridad de las que ya han sido violentadas y para aumentar la conciencia de las que no han estado expuestas a relaciones de abuso. También son especialmente importantes para detectar a las que han salido de una situación de abuso, abandonando al agresor o divorciándose, pues esto puede haber aumentado el riesgo de sufrir agresiones.

Hacer preguntas sobre abuso puede parecerles difícil a muchos profesionales de la salud, aunque sólo sucede al principio, ya que una vez que se reconoce su importancia como una forma legítima de ayudar en los procesos de salud-enfermedad, e inclusive para salvar vidas, la mayoría de los y las profesionales superan sus dudas iniciales y se sienten más cómodos. Además, a la larga se dan cuenta de que clínicamente hablando es lo mismo llevar a cabo un tamizaje de rutina para detectar violencia que para detectar prácticas sexuales de riesgo, dietas tendientes al aumento del colesterol o condiciones que propician el cáncer cérvico-uterino.

Por último, es importante que se lleven a cabo preguntas de rutina cuando la pareja de la paciente se encuentre en un programa de rehabilitación de drogas o alcohol. Existen estudios que indican que 75% de las esposas de alcohólicos han sido amenazadas de violencia y 45% han sido atacadas por sus parejas/esposos alcohólicos. También, es de vital importancia evaluar rutinariamente a las mujeres embarazadas.

La segunda perspectiva consiste en observar la presencia de indicadores clínicos que llevan a considerar la posibilidad de violencia doméstica en la vida de una mujer. Considere la posibilidad si encuentra los siguientes indicadores:

a. Indicadores Generales

- Historia clínica inconsistente
- Antecedente de presentar lesiones a diferentes edades de la vida
- Visitas médicas repetidas
- Persona que se niega a dejar sola a su pareja durante la consulta

b. Examen físico

- Múltiples lesiones en múltiples sitios
- Lesiones serias, repetidas y en diferentes estadios de curación
- Lesiones se asemejan a una caída por las escaleras
- Lesiones por defensa
- Lesiones con patrón o marcas
- Quemaduras por fricción o por objetos

c. Psicológico

- Depresión, ataques de pánico, estrés postraumático
- Abuso de sustancias
- Trastorno alimentario

d. Médicos

- Dolor crónico, consultas inespecíficas y vagas
- Enfermedades psicosomáticas
- Infecciones de transmisión sexual, síntomas ginecológicos crónicos

e. Comportamiento

- Ansiedad desproporcionada a la severidad de las lesiones o por el contrario subestimación de las mismas con negación, minimización de las lesiones
- Rechazo a hablar enfrente de su pareja
- Auto culpabilidad
- Posesividad, celotipia, sobreprotección por parte de la pareja del paciente

Mujeres embarazadas: El embarazo no protege a la mujer de la violencia de género, y al contrario se convierte en factor de vulnerabilidad y riesgo, con efectos físicos y emocionales. La mujer violentada desarrolla cuadros de estrés con angustia, depresión, y sentimientos de aislamiento. Los factores de riesgo para homicidio son mayores en mujeres maltratadas durante el embarazo. Lo que más sorprende en este caso es que el responsable de la violencia es el mismo copartícipe del embarazo quien tendría que contribuir al cuidado de la mujer y su bebé.

Los efectos son múltiples: aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae), muertes fetales, infección de membranas amnióticas (corioamnionitis), parto prematuro y recién nacidos de bajo peso. Las mujeres embarazadas maltratadas también son más proclives al abuso de drogas, provocando bajo peso al nacer, lo que se agrava en madres adolescentes.

Los golpes directos al abdomen afectan a la madre y al bebé y pueden ocasionar: muerte fetal, fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de pelvis y hemorragia antes del parto.

El maltrato incrementa, también, la morbimortalidad materna al incidir en el retraso en los controles prenatales y la limitación para detectar tempranas complicaciones. El impacto psicológico de la violencia en la mujer embarazada provoca aislamiento social, baja autoestima, angustia y depresión, que muchas veces puede conducir a intentos de suicidio o realización del acto y a veces feminicidio.

III- Tamizaje de violencia para adultos mayores

El abuso de adultos mayores es un problema serio y creciente que puede observarse en varios países. Este complicado problema engloba el abuso físico o la negligencia, el abuso psicológico, y la explotación financiera. Si bien se han propuesto algunas teorías para explicar el abuso de adultos mayores, una sola teoría puede no ser adecuada para describir un fenómeno multifacético. Algunos investigadores sugieren que la progresiva fragilidad y el declive cognitivo del adulto mayor producen estrés en el cuidador, lo que puede llevar al abuso, o que una red social disminuida tanto para el cuidador como para el adulto mayor aumenta la probabilidad de abuso. Sumado a esto, el comportamiento provocativo o agresivo de los adultos mayores, como aquellos que tienen demencia, puede gatillar una respuesta agresiva por parte de los cuidadores.

La identificación de un set de factores de riesgo asociados con potencial abuso al adulto mayor puede permitir a los médicos y trabajadores del sector de la salud una intervención temprana para detener el abuso, pero no existe un consenso sobre los factores de riesgo.

Considere la posibilidad de abuso hacia adultos mayores cuando identifique alguno de los siguientes indicadores:

- a) El adulto mayor tiene temor de un miembro de la familia o un cuidador;
- b) El adulto mayor usualmente mantiene una pobre higiene;
- c) El adulto mayor presenta lesiones no explicadas, huesos rotos o quemaduras;
- d) El adulto mayor aparece pobremente cuidado o mal tratado (negligencia);

Observa en el adulto mayor signos de restricción física tales como marcas en los brazos, usos de correas de cama, correas en la silla, etc.

Anexo 3: Intervención en crisis

Contención Emocional: Conceptos Básicos de las Emergencias Psicológicas

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado básicamente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y conceptualmente) situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas que antes le llevaban a lograr resultados importantes. Una crisis es una situación en la cual, eso que antes servía para resolver problemas, de pronto ya no funciona, y el sujeto se ve desbordado, sin posibilidad de superar el acontecimiento traumático.²² Los recursos que la persona tenía fracasaron, dejando al sujeto desvalido, desamparado, paralizado. Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente clave para continuar el curso de su

vida. En las víctimas de violencia que desarrollan una crisis, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su existencia. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales, no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Podría decirse que una crisis es un estado de desestructuración de la personalidad, producto de un hecho o acontecimiento vivido como traumático, que nos imposibilita responder de la manera en que habitualmente lo hacemos. Como momento de desestructuración, la crisis tiene una duración aproximada de seis semanas, período durante el cual el equilibrio se restaura; aunque esto no necesariamente implica una resolución satisfactoria de la misma.

Slaikeu plantea que las fases que suceden a una crisis, y que conducen hasta su resolución, pueden dividirse en cinco:²⁶

1. *Desorden*. Es la primera reacción ante el suceso traumático; donde pueden hacerse presentes el llanto, la angustia, los desmayos, etc. El momento de desorganización puede conducir a dos tipos de respuesta: la negación o la intrusión. Algunas personas no pasan por la fase de negación y saltan directamente la siguiente, la intrusión.
2. *Negación*. Es un mecanismo de defensa que se expresa mediante un “no querer pensar” o actuar como si nada hubiese sucedido.
3. *Intrusión*. En esta fase, abundan ideas acerca del hecho vivido. Son comunes las pesadillas, o imágenes que regresan del pasado a nuestra mente.
4. *Translaboración*. Es el momento de elaboración del suceso traumático. Algunas personas pueden hacerlo solas, y otras necesitan de ayuda.
5. *Terminación*. Es la etapa final, que implica la integración de la experiencia dentro de la vida de la persona.

La violencia genera **crisis accidentales o circunstanciales** – eventos externos, ajenos al sujeto. Las crisis circunstanciales son aquellas crisis que se despliegan luego de que un hecho las precipita; por ejemplo, la aparición de una enfermedad física en la persona o en algún integrante de la familia; una muerte repentina; ser víctima de un hecho criminal o un desastre (natural o provocado por el hombre); problemas económicos; divorcios destructivos; guerras; situaciones prolongadas de estrés, entre otros. Este tipo de crisis suelen ser difíciles de sobrellevar y de resolver; dado que son de carácter imprevisible, accidental e inesperado; a diferencia de las crisis de desarrollo, las cuales son esperables.

Desde la categorización médica, las personas que han sufrido victimizaciones violentas pueden desarrollar:

a) Reacción a estrés agudo (CIE 10: F43.0) o trastorno de estrés agudo (DSM-IV):

Este es un trastorno transitorio, de gravedad importante, que aparece en personas sin otros trastornos mentales, a partir de niveles excepcionales de estrés físico o psicológico, y generalmente remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (en el caso de la presente Norma, la violencia de género en sus distintas manifestaciones puede generar este tipo de respuestas), o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo. El riesgo de aparición de este trastorno es mayor si hay agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el adulto mayor).

Otros factores que influyen en la aparición y gravedad de este trastorno son la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional lo desarrollan. Entre los síntomas característicos puede observarse un estado de embotamiento con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Generalmente, se presentan signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos del estímulo estresante (evento traumático) y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.²⁴

Consideraciones diagnósticas

Debe existir una clara relación entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, que aparecen al poco tiempo o inmediatamente. Debe considerarse que los síntomas:

- a) Aparecen mezclados y variantes: embotamiento inicial, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, sin que uno de ellos predomine.
- b) Se resuelven rápidamente, en unas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

b) Trastorno de estrés post-traumático (F43.1)

El Trastorno de Estrés Post Traumático es una respuesta tardía a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica. Se caracteriza por: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños (flashbacks) que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento"

y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. En algunos casos presenta estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original. Otro síntoma es la hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Puede acompañarse de depresión, ansiedad, e ideaciones suicidas.

En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de los rasgos de personalidad.

Consideraciones diagnósticas

Primeramente, debe haber un acontecimiento traumático. Además del trauma, están presentes evocaciones o representaciones del hecho como recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. Si bien no son esenciales para diagnóstico, suele observarse síntomas como desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que remiten al trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Intervención en Crisis

Los métodos por los cuales se auxilian a las víctimas de una crisis a lograr su recuperación son conocidos genéricamente como técnicas de intervención en crisis, y tienen un par de propósitos esenciales:

- a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Existen otros enfoques útiles para el abordaje del trauma y crisis emocionales con matices distintos a intervenciones comunes, por ejemplo; los primeros auxilios emocionales o traumatología emocional y la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

Para guiar las actividades terapéuticas es necesario que el terapeuta posea un esquema teórico que organice sus observaciones e interacciones con las víctimas. Un modelo útil se basa en considerar al individuo en términos de un organismo biopsico-sociocultural que interactúa con su medio ambiente con el objeto de – continuamente– recuperar su nivel homeostático. Las reacciones de crisis que ocurren después del impacto de violencia están relacionadas con las siguientes variables:

- Edad, sexo, grupo étnico, nivel socio-económico.
- Estructura de la personalidad y estado de salud psicológica.
- Mecanismos habituales de defensa.

- Intensidad de los múltiples estresores que aparecen después del impacto.
- Disponibilidad y educación de las redes de apoyo social.
- Extensión del significado de las pérdidas personales experimentadas.
- Recursos de ayuda de emergencia disponibles.

Integrando esta información y usándola en beneficio de cada individuo se puede estimar los problemas que cada víctima habrá de enfrentar y su manera usual de resolverlos apoyándolo a lograrlo en mejores condiciones.

Principios clínicos rectores de una intervención en crisis:

- Oportunidad:** La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar en promedio de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- Metas:** Ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- Valoración:** Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas (Perfil CASIC: Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognitiva) implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.²⁷

Los 5 componentes de los primeros auxilios emocionales:²⁸

1. Realización del contacto psicológico:

Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. Así mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo que pasó (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales). Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico, el primero es

que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad; el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

2. Analizar las dimensiones del problema:

La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis (como un episodio agudo de violencia, una amenaza de muerte, un intento de suicidio, un episodio depresivo, etc.). La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuando, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia; por ejemplo: las necesidades que puede tener un adolescente para pasar la noche o la semana, después de haberse fugado de la casa.

3. Sondar las posibles soluciones:

Se refiere a identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. Asistir en la ejecución de pasos concretos:

Involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

5. Seguimientos para verificar el progreso.

Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

Escucha activa:

En casos de violencia la técnica de escucha activa puede proporcionar alivio al paciente. La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido. Existen varios niveles de escucha que se pueden emplear dependiendo de que del nivel de entendimiento que se alcanza en cada caso:

- **Parfrasear**, es decir, resumir lo que ha dicho. Si alguna parte ha llamado la atención, puede resaltarse las palabras que más han impactado. Es

una forma de dirigir la conversación, porque el hablante va a ampliar la información sobre lo que hemos subrayado.

- **Reflejar el estado emocional.** Además de que se le ha entendido, se le muestra que se sabe cómo se siente.
- **Validar:** mostrar que se acepta lo que dice aunque no se esté de acuerdo. Es aceptable lo que se dice, se entiende; aunque no se esté totalmente de acuerdo.
- **Estar completamente de acuerdo.** Hay gente que la única forma que tiene de aceptar la empatía del otro es a través del acuerdo completo de la otra persona.
- En cualquier caso se puede **calificar** lo que se dice como una opinión propia y no como una afirmación indiscutible. Se hace introduciendo un tono en la expresión que relativice lo que se dice o utilizando frases como: desde mi punto de vista, en mi opinión, etc.

Aspectos que deben evitarse en la escucha activa:

- No rechazar las emociones que el otro manifiesta. Es necesario tener en cuenta que la persona no puede modificar el sentimiento que tiene en ese momento.
- No juzgar.
- No solucionar el problema. Parte del proceso de intervención implica facilitar el empoderamiento en las acciones que apuntan a solucionarlo.
- No interrumpir.
- No contar la propia historia.
- No aconsejar innecesariamente.
- No descalificar a la persona con opiniones.

Metas:

- a) Ayudar al paciente a lidiar con la experiencia traumática.
- b) Ayudar al paciente a ajustarse a la nueva situación.
- c) Devolver al paciente su nivel anterior de funcionamiento.

Las metas de la intervención en crisis a través de invitar a la persona a hablar de lo ocurrido se logran a partir de permitir que el paciente mire el episodio desde otras perspectivas y tome distancia. La palabra facilita la organización y el reconocimiento de los sentimientos asociados al evento traumático y sus consecuencias. Por otra parte, posibilita la resolución de los problemas inicialmente prácticos e inmediatos.

Metas a corto y a largo plazo

En medio de una crisis las personas pierden las perspectivas. Lo abrumador del evento traumático dificulta la priorización; esto lleva a preocupación sobre lo que no se puede resolver y a evitar o ignorar las preocupaciones inmediatas que sí pueden resolverse. Por esta razón es a menudo útil ayudar al paciente a que organice sus pensamientos en dos grupos de metas - un grupo de metas a corto plazo y un grupo de metas a largo plazo.

Las metas a corto plazo apuntan a tranquilizar al paciente, intentar manejar el miedo intenso, poner en palabras lo sucedido, conseguir resguardo de ser necesario (casas de acogida, hospitalización, etc.).

Las metas a largo plazo pueden relacionarse con conseguir un empleo, mudarse, etc. La intervención en crisis requiere de una actitud activa y directiva, sobre todo cuando la persona está profundamente afectada.

Elaboración de un plan

La crisis dificulta la capacidad de concentración y de juicio. Parte de la contención puede incluir la toma de apuntes para priorizar acciones de manera consensuada e involucrando a la persona en todos los pasos. Al final del proceso puede ser de utilidad el escribir un plan que la persona pueda llevarse consigo. Entre los puntos que pueden incluirse están:

- 1) Acceder a espacios de atención y a procedimientos.
- 2) Buscar ayuda del psicólogo si se siente perturbada (o).
- 3) Contactarse con un familiar que pueda apoyar.
- 4) Acudir a instancias de protección de ser necesario.

Fin de la intervención:

La intervención en crisis es un proceso muy corto, muchas veces se realiza una sola intervención. La intervención de crisis concluye con un plan concreto a seguir por la persona que ha sido victimizada. El plan puede incluir el proceso de atención en casos de violencia de género.

Niños, Niñas y Adolescentes e intervención en crisis

Lo anterior se aplica con niños, niñas y adolescentes, con la salvedad de que para ellos, puede ser más fácil trabajar lo traumático desde lo lúdico. Pueden utilizarse pinturas y hojas para facilitar la elaboración del evento o eventos que generaron la crisis.

CÓDIGOS BLOQUE B		CÓDIGOS BLOQUE D	
<p>FORMACIÓN PROFESIONAL O UNIVERSITARIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina 2. Odontología 3. Psicología 4. Abogado 5. Trabajo Social 6. Nutrición 7. Enfermería 8. Auxiliar de Enfermería 9. Médico Rural 10. Odontólogo Rural 11. Obstetra Rural 12. Enfermería Rural 		<p>ESPECIALIDAD SUBESPECIALIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesiología 2. Atención Primaria de Salud 3. Cardiología 4. Dermatología 5. Ecografía 6. Ecografía Cardíaca 7. Ecografía Torácica 8. Ecografía General 9. Ecografía Musculoesquelética 10. Ecografía Obstétrica 11. Ecografía Pediatría 12. Ecografía Neurológica 13. Ecografía Vascular 14. Ecografía de Dolor 15. Ecografía de Oído 16. Ecografía de Cabeza 17. Ecografía de Codo 18. Ecografía de Codo 19. Ecografía de Codo 20. Ecografía de Codo 21. Ecografía de Codo 22. Ecografía de Codo 23. Ecografía de Codo 24. Ecografía de Codo 25. Ecografía de Codo 	
<p>CONSEJO DE LA UNIVERSIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presidencia 2. Definición Inicial 3. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 4. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 		<p>CONSEJO DE LA UNIVERSIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presidencia 2. Definición Inicial 3. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 4. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 	
<p>LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS MISMIOS, SE DEBERÁ REGISTRAR DE ACUERDO AL REALIZADO POR EL PROFESIONAL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad física 2. Acupuntura 3. Administración de Aromaterapia 4. Administración de Medicamentos 5. Administración de Fitoterapia 6. Acupuntura 7. Aplicación de Vendajes y Fajas 8. Cateterismo Vesical 9. Categorización 10. Categorización de Salud 11. Carga Menor 12. Colocación de Prótesis 13. Colocación de Prótesis 14. Control de Salud 15. Control de Salud 16. Control de Salud 17. Control de Salud 18. Control de Salud 19. Control de Salud 20. Control de Salud 21. Control de Salud 22. Control de Salud 23. Control de Salud 24. Control de Salud 25. Control de Salud 26. Control de Salud 27. Control de Salud 28. Control de Salud 29. Control de Salud 30. Control de Salud 31. Control de Salud 32. Control de Salud 33. Control de Salud 34. Control de Salud 35. Control de Salud 36. Control de Salud 37. Control de Salud 38. Control de Salud 39. Control de Salud 40. Control de Salud 41. Control de Salud 42. Control de Salud 43. Control de Salud 44. Control de Salud 45. Control de Salud 46. Control de Salud 47. Control de Salud 48. Control de Salud 		<p>LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS MISMIOS, SE DEBERÁ REGISTRAR DE ACUERDO AL REALIZADO POR EL PROFESIONAL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acupuntura 2. Acupuntura 3. Acupuntura 4. Acupuntura 5. Acupuntura 6. Acupuntura 7. Acupuntura 8. Acupuntura 9. Acupuntura 10. Acupuntura 11. Acupuntura 12. Acupuntura 13. Acupuntura 14. Acupuntura 15. Acupuntura 16. Acupuntura 17. Acupuntura 18. Acupuntura 19. Acupuntura 20. Acupuntura 21. Acupuntura 22. Acupuntura 23. Acupuntura 24. Acupuntura 25. Acupuntura 26. Acupuntura 27. Acupuntura 28. Acupuntura 29. Acupuntura 30. Acupuntura 31. Acupuntura 32. Acupuntura 33. Acupuntura 34. Acupuntura 35. Acupuntura 36. Acupuntura 37. Acupuntura 38. Acupuntura 39. Acupuntura 40. Acupuntura 41. Acupuntura 42. Acupuntura 43. Acupuntura 44. Acupuntura 45. Acupuntura 46. Acupuntura 47. Acupuntura 48. Acupuntura 	

CÓDIGOS DE BIENESTAR PARA EL PAIS - PLANIFICACION FAMILIAR		CÓDIGOS DE BIENESTAR PARA EL PAIS - PLANIFICACION FAMILIAR	
<p>CONSEJO DE LA UNIVERSIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presidencia 2. Definición Inicial 3. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 4. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 		<p>CONSEJO DE LA UNIVERSIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presidencia 2. Definición Inicial 3. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 4. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 	
<p>LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS MISMIOS, SE DEBERÁ REGISTRAR DE ACUERDO AL REALIZADO POR EL PROFESIONAL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acupuntura 2. Acupuntura 3. Acupuntura 4. Acupuntura 5. Acupuntura 6. Acupuntura 7. Acupuntura 8. Acupuntura 9. Acupuntura 10. Acupuntura 11. Acupuntura 12. Acupuntura 13. Acupuntura 14. Acupuntura 15. Acupuntura 16. Acupuntura 17. Acupuntura 18. Acupuntura 19. Acupuntura 20. Acupuntura 21. Acupuntura 22. Acupuntura 23. Acupuntura 24. Acupuntura 25. Acupuntura 26. Acupuntura 27. Acupuntura 28. Acupuntura 29. Acupuntura 30. Acupuntura 31. Acupuntura 32. Acupuntura 33. Acupuntura 34. Acupuntura 35. Acupuntura 36. Acupuntura 37. Acupuntura 38. Acupuntura 39. Acupuntura 40. Acupuntura 41. Acupuntura 42. Acupuntura 43. Acupuntura 44. Acupuntura 45. Acupuntura 46. Acupuntura 47. Acupuntura 48. Acupuntura 		<p>LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS MISMIOS, SE DEBERÁ REGISTRAR DE ACUERDO AL REALIZADO POR EL PROFESIONAL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acupuntura 2. Acupuntura 3. Acupuntura 4. Acupuntura 5. Acupuntura 6. Acupuntura 7. Acupuntura 8. Acupuntura 9. Acupuntura 10. Acupuntura 11. Acupuntura 12. Acupuntura 13. Acupuntura 14. Acupuntura 15. Acupuntura 16. Acupuntura 17. Acupuntura 18. Acupuntura 19. Acupuntura 20. Acupuntura 21. Acupuntura 22. Acupuntura 23. Acupuntura 24. Acupuntura 25. Acupuntura 26. Acupuntura 27. Acupuntura 28. Acupuntura 29. Acupuntura 30. Acupuntura 31. Acupuntura 32. Acupuntura 33. Acupuntura 34. Acupuntura 35. Acupuntura 36. Acupuntura 37. Acupuntura 38. Acupuntura 39. Acupuntura 40. Acupuntura 41. Acupuntura 42. Acupuntura 43. Acupuntura 44. Acupuntura 45. Acupuntura 46. Acupuntura 47. Acupuntura 48. Acupuntura 	

CÓDIGOS DE BIENESTAR PARA EL PAIS - PLANIFICACION FAMILIAR		CÓDIGOS DE BIENESTAR PARA EL PAIS - PLANIFICACION FAMILIAR	
<p>CONSEJO DE LA UNIVERSIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presidencia 2. Definición Inicial 3. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 4. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 		<p>CONSEJO DE LA UNIVERSIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presidencia 2. Definición Inicial 3. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 4. Definición Inicial Confirmada por Subcomité 	
<p>LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS MISMIOS, SE DEBERÁ REGISTRAR DE ACUERDO AL REALIZADO POR EL PROFESIONAL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acupuntura 2. Acupuntura 3. Acupuntura 4. Acupuntura 5. Acupuntura 6. Acupuntura 7. Acupuntura 8. Acupuntura 9. Acupuntura 10. Acupuntura 11. Acupuntura 12. Acupuntura 13. Acupuntura 14. Acupuntura 15. Acupuntura 16. Acupuntura 17. Acupuntura 18. Acupuntura 19. Acupuntura 20. Acupuntura 21. Acupuntura 22. Acupuntura 23. Acupuntura 24. Acupuntura 25. Acupuntura 26. Acupuntura 27. Acupuntura 28. Acupuntura 29. Acupuntura 30. Acupuntura 31. Acupuntura 32. Acupuntura 33. Acupuntura 34. Acupuntura 35. Acupuntura 36. Acupuntura 37. Acupuntura 38. Acupuntura 39. Acupuntura 40. Acupuntura 41. Acupuntura 42. Acupuntura 43. Acupuntura 44. Acupuntura 45. Acupuntura 46. Acupuntura 47. Acupuntura 48. Acupuntura 		<p>LOS PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS MISMIOS, SE DEBERÁ REGISTRAR DE ACUERDO AL REALIZADO POR EL PROFESIONAL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acupuntura 2. Acupuntura 3. Acupuntura 4. Acupuntura 5. Acupuntura 6. Acupuntura 7. Acupuntura 8. Acupuntura 9. Acupuntura 10. Acupuntura 11. Acupuntura 12. Acupuntura 13. Acupuntura 14. Acupuntura 15. Acupuntura 16. Acupuntura 17. Acupuntura 18. Acupuntura 19. Acupuntura 20. Acupuntura 21. Acupuntura 22. Acupuntura 23. Acupuntura 24. Acupuntura 25. Acupuntura 26. Acupuntura 27. Acupuntura 28. Acupuntura 29. Acupuntura 30. Acupuntura 31. Acupuntura 32. Acupuntura 33. Acupuntura 34. Acupuntura 35. Acupuntura 36. Acupuntura 37. Acupuntura 38. Acupuntura 39. Acupuntura 40. Acupuntura 41. Acupuntura 42. Acupuntura 43. Acupuntura 44. Acupuntura 45. Acupuntura 46. Acupuntura 47. Acupuntura 48. Acupuntura 	

"Los datos no son el fin, el fin es mejorar la calidad de vida, disminuir las muertes prevenibles, muertes maternas, entre otros"

"La información ayuda a salvar vidas"

UNIVERSIDAD DEL SAHARA OCCIDENTAL - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Anexo 5: Consentimiento informado

1 2

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE CLÍNICA	HISTORIA
			FAMILIARIA	CANTON	PROVINCIA		

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO				
PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA				
PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	
	FIRMAS DEL PACIENTE
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C CONSENSO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D CONSENSO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.	
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELICIA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DEL BEBARRADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL				
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARIENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

1

2

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE CLINICA	HISTORIA
			XAVIQUICA	ENTEN	INDUNCA		

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y
NE CESARÉIS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

DECLARO QUE NINGUN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA
RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RESIDOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO
CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO
NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE

AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO

AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE

ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA

AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	

Anexo 6: Formulario EPI – 2

ENFERMEDADES		CASOS NUEVOS CONFIRMADOS EN CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIA								SEXO				ACUMULADO		
		Grupos de edad								Total	FALLEC.	FEM.	MASC.	TOTAL	FALLEC.	
A	B	<1 MES	1-11 MESES	1-4	5-6	10-14	15-19	20-44	45-64							65+
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																
1	Sifilis Congénita										0				0	0
2	Sifilis Primaria y Secundaria										0				0	0
3	Sifilis en Embarazadas										0				0	0
4	Conexión con laboratorio										0				0	0
5	Herpes Genital										0				0	0
6	SIDA										0				0	0
7	VII										0				0	0
8	Otras ITS										0				0	0
ENFERMEDADES CRÓNICAS																
9	Enf. Pulm. Obst. Cron. (EPOC)	0									0				0	0
10	Síndrome Metabólico										0				0	0
11	Obesidad										0				0	0
12	Diabetes Mellitus										0				0	0
13	Hipertensión Arterial										0				0	0
ENFERMEDADES CRÓNICAS CÁNCER																
14	Ca. Uterino	0									0				0	0
15	Ca. Mamario	0									0				0	0
16	Ca. Gástrico	0									0				0	0
17	Ca. Prostático	0									0				0	0
18	Ca. Pulmonar	0									0				0	0
19	Leucemias	0									0				0	0
ENFERMEDADES TROPICALES																
20	Paludismo Vvax	0									0				0	0
21	Confitado Falciparum	0									0				0	0
22	Mordedura de serpiente	0									0				0	0
23	Lepra	0									0				0	0
24	Leishmaniasis	0									0				0	0
25	Picadura de Aroclidos	0									0				0	0
ENFERMEDADES ZOONÓTICAS																
26	Equinococosis	0									0				0	0
27	Tricinelosis	0									0				0	0
28	Cisticercosis Humana	0									0				0	0
ENFERMEDADES TUBERCULOSAS																
29	Tuberculosis BK + (conf.)	0									0				0	0
30	Pulmonar BK (no conf.)	0									0				0	0
31	Meningitis Tuberculosa	0									0				0	0
32	Otras formas de Tuberculosis	0									0				0	0
COMPORTAMIENTO HUMANO																
33	Anxiedad	0									0				0	0
34	Depresión	0									0				0	0
35	Psicosis	0									0				0	0
36	Tabaquismo										0				0	0
37	Alcoholismo (bebedor problema)										0				0	0
38	Farmacodependencia										0				0	0
39	Demencia	0									0				0	0
40	Retardo mental	0									0				0	0
41	Víctimas de violencia y Maltrato	0									0				0	0
42	Epilepsia	0									0				0	0
43	Suicidios Intento	0									0				0	0
44	Suicidios Consumado	0									0				0	0
45	Homicidios	0									0				0	0
OTROS EVENTOS																
46	MUERTE MATERNA										0				0	0
47	E.D.A.	0									0				0	0
48	I.R.A.	0									0				0	0
49	Fiebre Reumática	0									0				0	0
50	Paragonimiasis	0									0				0	0
51	Intoxicación por plaguicidas	0									0				0	0
ACCIDENTES																
52	Tenaces	0									0				0	0
53	Martillos										0				0	0
54	Accidentes Autos	0									0				0	0
55	Laborales	0									0				0	0
56	Domésticos	0									0				0	0

Form. EPI-2 Vigilancia Epidemiológica

Anexo 9: Laboratorio

1 2

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 HEMATOLOGIA			2 UROANALISIS		4 QUIMICA SANGUINEA		
BIOMETRIA HEMÁTICA	INDICES HEMÁTICOS		ELEMENTAL Y MICROSCOPICO		GLUCOSA EN AYUNAS	TRANSAMINASA PIRÚVICA (ALT)	
PLAQUETAS	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)		GOTA FRESCA		GLUCOSA POST PRANDIAL 2 HORAS	TRANSAMINASA OXALACÉTICA (AST)	
GRUPO SANGUÍNEO	T. TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)		PRUEBA DE EMBARAZO		UREA	FOSFATASA ALCALINA	
RETICULOCITOS	DREPANOCITOS				CREATININA	FOSFATASA ACIDA	
HEMATOZOARIO	COOMBS DIRECTO				BILIRRUBINA TOTAL	COLESTEROL TOTAL	
CÉLULA L.E.	COOMBS INDIRECTO				BILIRRUBINA DIRECTA	COLESTEROL HOL	
TIEMPO DE COAGULACION	TIEMPO DE SANGRIA				ACIDO URICO	COLESTEROL LDL	
					PROTEINA TOTAL	TRIGLICERIDOS	
					ALBUMINA	HIERRO SERICO	
					GLOBULINA	AMILASA	

3 COPROLOGICO	
COPROPARASITARIO	
COPRO SERIADO	
SANGRE OCULTA	
INVESTIGACION DE POLIMORFOS	
INVESTIGACIÓN DE ROTAVIRUS	

5 SEROLOGIA			6 BACTERIOLOGIA			7 OTROS	
VDRL		LATEX	GRAM		FRESCO		
AGRUTINACIONES FEBRILES		ASTO	ZIEHL		CULTIVO - ANTILOGRAMA		
			HONGOS		MUESTRA DE:		

CODIGO							
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONA		FIRMA	
							NUMERO DE HOJA

1 2

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA

PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE ENTREGA
							URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 HEMATOLÓGICO

HCTO	%	HB	g/dl	VCM		RETICULOCITOS	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN			mm/h	HCM		DREPANOCITOS	
PLAQUETAS			mm ³	CHCM		GRUPO - FACTOR Rh	
LEUCOCITOS			mm ³	HIPOCROMIA		COOMBS DIRECTO	
METAM	%	BA50F	%	ANISOCITOSIS		COOMBS INDIRECTO	
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOCIT.		TIEMPO DE SANGRÍA	
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		TIEMPO DEPROTROMBIN	seg
EOSIN	%	ATIPI	%	POLICROMAT.		TIEMPO T. PARCIAL	seg

3 COPROLÓGICO

COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS		FIBRAS	
CONSIST.		GLÓBULOS ROJOS		MICELIOS		ALMIDÓN	
pH		POLIMORFOS		MOCO		GRASA	
PROTOZOARIOS	QUISTE	TROFOZOITO		HELMINTOS	HUEVO	LARVA	

2 UROANÁLISIS

ELEMENTAL	MICROSCÓPICO
DENSIDAD	LEUCOCITOS POR CAMPO
pH	PIOCITOS POR CAMPO
PROTEÍNA	ERITROCITOS POR CAMPO
GLUCOSA	CÉLULAS ALTAS
CETONA	BACTERIAS
HEMOGLOBINA	HONGOS
BILIRRUBINA	MOCO
UROBILINOGENO	CRISTALES
NITRITO	CILINDROS
LEUCOCITOS	

4 QUÍMICA

DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)			
GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA			
UREA				FOSFATASA ALCALINA			
CREATININA				FOSFATASA ACIDA			
BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL			
BILIRRUBINA DIRECTA				COLESTEROL HDL			
ACIDO ÚRICO				COLESTEROL LDL			
PROTEÍNA TOTAL				TRIGLICÉRIDOS			
ALBÚMINA				HIERRO SERICO			
GLOBULINA				AMILASA			

5 SEROLOGIA

VDRL	LATEX
AGLUTINACIONES FEBRILES	ASTO

6 BACTERIOLOGÍA

7 OTROS

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------	------	------------------------	--------	-------	----------------

Anexo 10: Histopatología

13A

13B

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA

SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE TOMA
			URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 ESTUDIO SOLICITADO			
HISTOPATOLOGÍA	CITOLOGÍA	DESCRIPCIÓN	
A			

2 RESUMEN CLINICO	

3 DIAGNÓSTICOS	PRE- PRESUNTIVO	CIE	PR	DE	4 MUESTRA O PIEZA	DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN, NUMERO Y ZONA
	DEF- DEFINITIVO		E	F		
1						
2						
3						
4						
5						

5 TRATAMIENTO QUE RECIBE	

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONA	FIRMA	NUMERO DE HOJA

13A 13B

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA

PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD			FECHA DE ENTREGA
							URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA			
NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME	DESCRIPCION	

2 DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA			EL INFORME DE CITOLOGIA VAGINAL SE COMPLEMENTARÁ EN EL BLOQUE 5
HISTOPATOLOGIA	CITOLOGIA	DESCRIPCION	

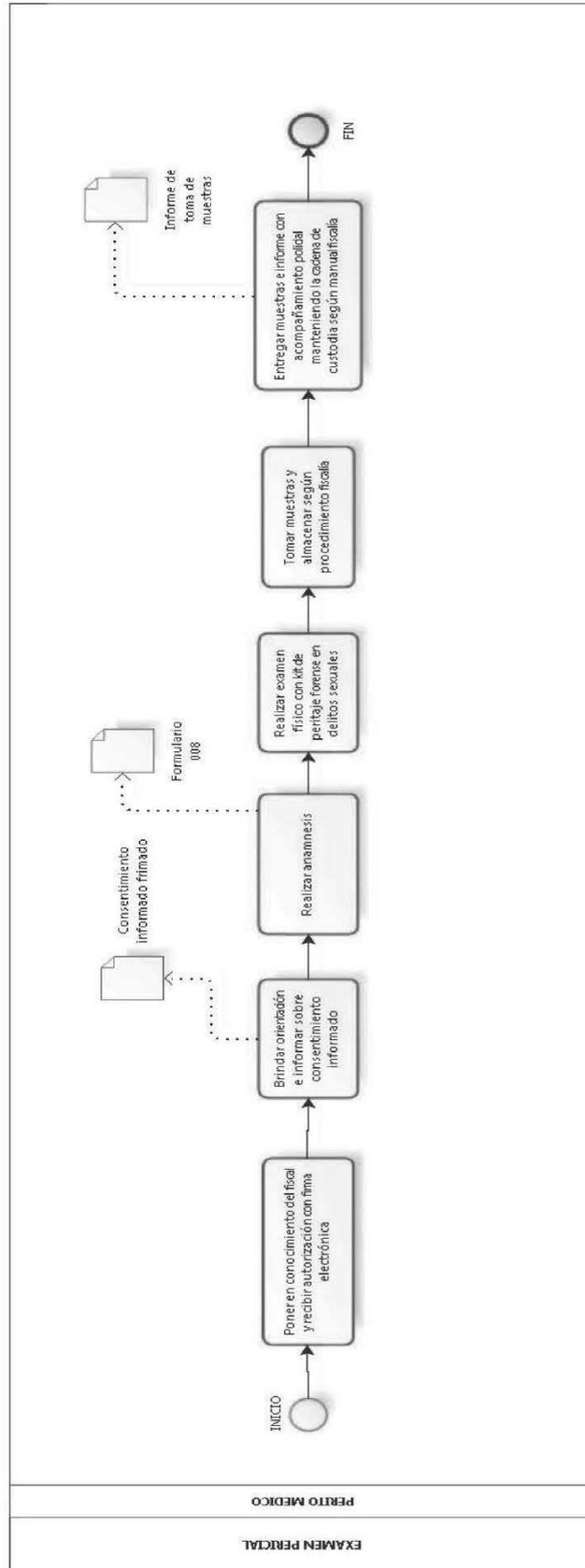
3 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLOGICO		CIE
1		
2		
3		
4		
5		

4 RECOMENDACIONES	

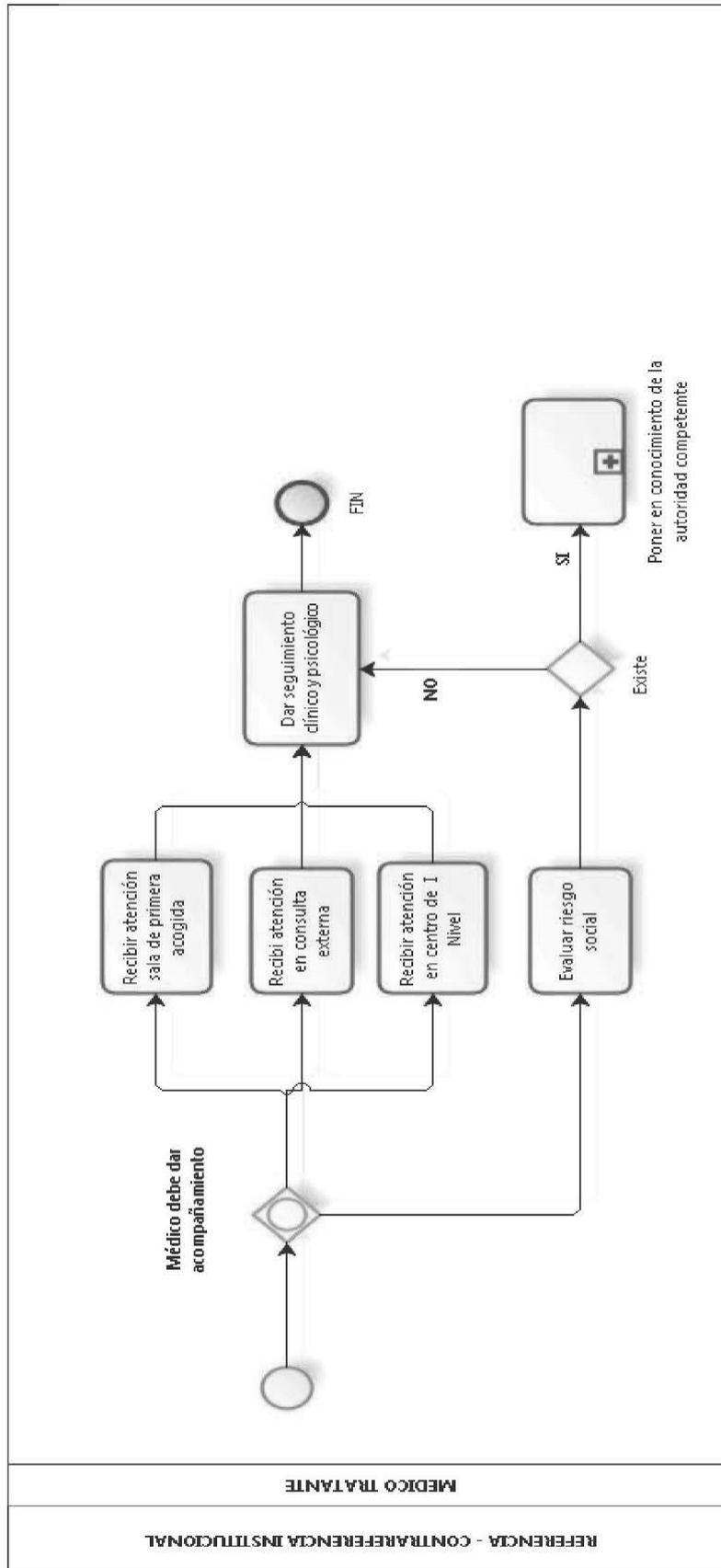
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA

Anexo 12: Flujoograma Atención de Violencia de Sexual: Examen Pericial

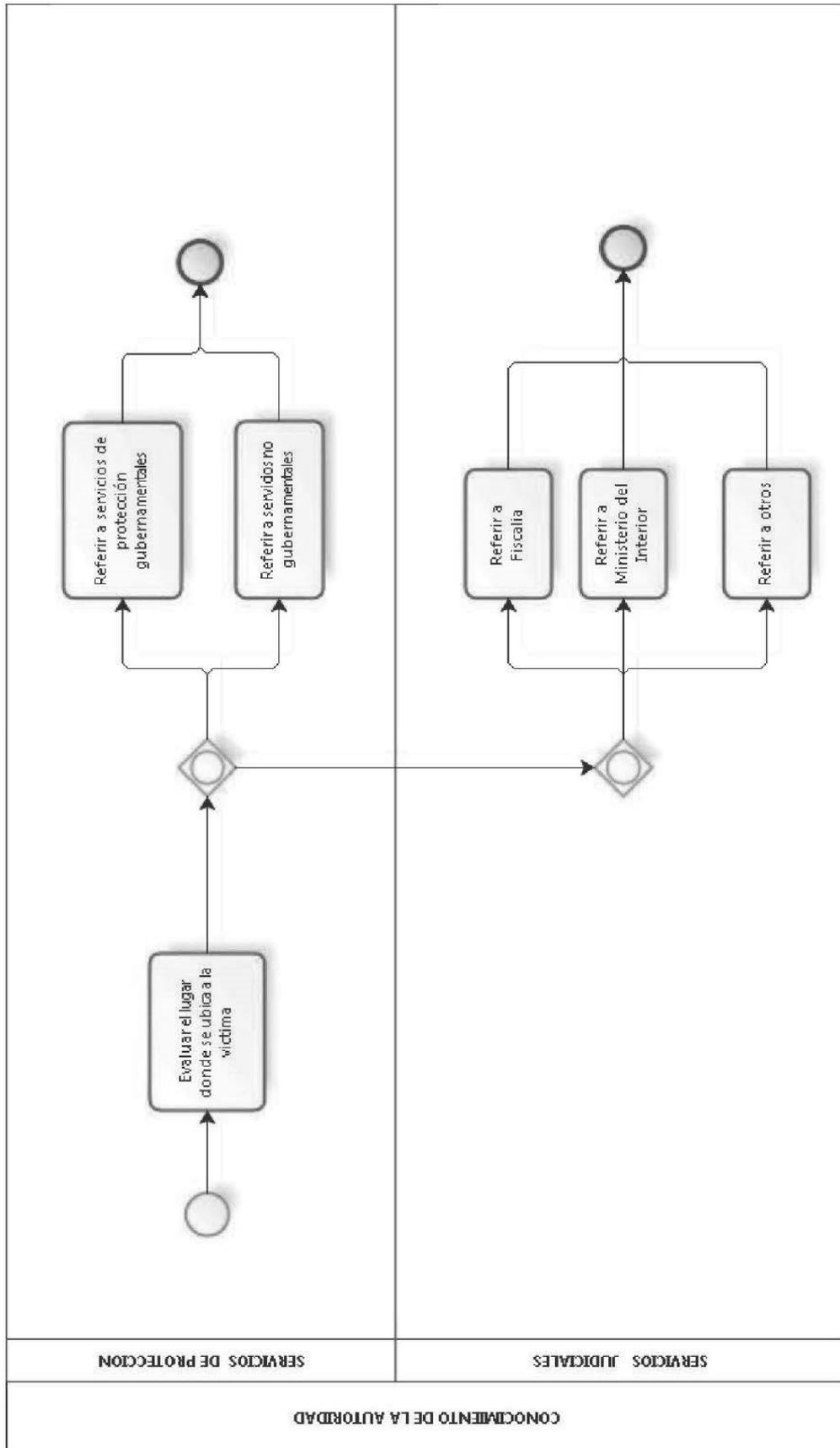
FLUJOGRAMA DE EXAMEN PERICIAL



FLUJOGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA INSTITUCIONAL



FLOJOGRAMA DE CONOCIMIENTO DE AUTORIDAD CORRESPONDIENTE



Anexo 13: Protocolo para peritajes forenses VIF-delitos sexuales y lesiones cuando la vida de la víctima no corre riesgo por las lesiones ¹⁷

Nota: si usted encuentra cualquiera de estos signos que ponen en riesgo la vida de la víctima gestione su traslado a una sala de emergencias de un hospital público o privado:

- a. Alteraciones notorias de conciencia
- b. Hemorragia activa
- c. Fracturas óseas
- d. Lesiones numerosas que comprometan la vida

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1	<p><u>Coordinación de la agenda de atención de peritos</u> Los(as) peritos organizan la agenda diaria de servicios de peritaje con la secretaria o la coordinación de la Unidad de Atención en Peritaje Integral (UAPI) Si Usted es médico(a) legal de la Policía Judicial, coordine la agenda con la Secretaría del Departamento Médico Legal (DML). Si no cuenta con servicio de Unidad de Atención en Peritaje Integral elabore la solicitud de informe pericial</p>	<p>Peritos forenses</p> <p>Coordinación con: Coordinador/a o secretario/a de la UAPI¹ Secretaria del Departamento Médico Legal (DML) Secretario(a) del fiscal</p>	<p>Agenda de peritos Solicitud de informe pericial</p>
2	<p><u>Recepción y revisión por parte de la Coordinación o Secretaría de las unidades de medicina legal y ciencia forense de los requisitos documentales</u> Los documentos a ser receptados y revisados por la coordinación o secretaria son: a) Solicitud de informe pericial despachado por el(a) fiscal; b) y c) Actas de designación y posesión de peritos; d) Documento que le identifica a la usuaria(o) y copia. En las unidades de peritaje integral de la Fiscalía General del Estado existirá un Oficio de Solicitud de Pericia. Incluya el traslado de las muestras realizadas al centro forense correspondiente o al laboratorio de ADN de la Fiscalía General del Estado. Solo si el análisis solicitado no consta en la tabla de servicios de los centros forenses o al laboratorio de ADN de la Fiscalía General del Estado acuda a otros laboratorios del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Ministerio de Salud Pública y Policía Nacional) o en el exterior. Si el(a) usuario(a) no tiene documento de identidad o es niño, niña, adolescente o personas con discapacidad, escriba el nombre y realice una anotación al respecto para que sea tomado en consideración por el(a) perito médico(a) legal al momento de llenar el consentimiento informado. El representante legal, acompañante o curador debe identificarse con su respectivo documento. Si en su unidad no hay servicio de Unidad de Atención en Peritaje Integral deberá tener solicitud de informe pericial y acta de posesión del perito.</p>	<p>Coordinador/a o secretario/a de la UAPI Secretaria del Departamento Médico Legal Secretario(a) del fiscal</p>	<p>Despacho del fiscal. En el mismo Despacho se indicará el transporte de la muestra al laboratorio o centro forense correspondiente para el análisis de evidencias. Archivo electrónico y manual de documentos habilitantes. Se traslada documentación habilitante al perito legal.</p>
3	<p><u>Procedimiento de peritajes médicos legales en delitos sexuales, violencia intrafamiliar y lesiones</u></p>	<p>Peritos forenses</p>	<p>Formularios únicos</p>

¹ En todas aquellas unidades donde no se encuentre habilitada la secretaria de la coordinación de la Unidad, será la coordinación la que asuma las responsabilidades emanadas de este protocolo.

<p>3ª</p>	<p><u>Información y orientación al usuario(a) sobre el procedimiento forense y el consentimiento informado</u> Revise los datos constantes en los documentos entregados por la coordinación y secretaría de la unidad de medicina legal correspondiente. Realice contención emocional a la víctima para que el proceso sea menos traumático y revictimizante: Infórmele y orientela(o).</p>	<p>Peritos forenses</p>	<p>Ingreso de atenciones brindadas a las y los usuarios al parte diario (matriz electrónica); registro manual en libro de consultas.</p>
<p>3b</p>	<p><u>Cumplimiento obligatorio del consentimiento informado.</u> Recuerde que Usted cuenta con el anexo de consentimiento informado que debe ser conocido y firmado por el(a) usuaria(o). Explíquelo con suavidad y claridad lo que es el consentimiento informado y lo que sucederá durante el peritaje legal; especialmente hágale sentir protegida(o), comprendida(o) y asegúrese que está totalmente informada(o) sobre la utilidad del procedimiento. Remítase al formulario y antes de entregarlo al(a) usuaria(o) use cada ítem constante allí para cumplir con su obligación de informar. De encontrarse con una víctima niña, niño o adolescente o que por alguna condición física o mental no puede comunicarse asegúrese de que el consentimiento informado es conocido y firmado por su representante legal. Si el representante legal se opone al consentimiento de un niño, niña o adolescente, solicite al(a) fiscal que nombre un(a) curador(a). Si la usuaria(o) en capacidad de consentir se opone al procedimiento de peritaje forense, recuerde que Usted no puede obligarla a realizarlo; deje constancia de ello en las observaciones del anexo de informe pericial y comuníquelo al o la fiscal de la causa para que la usuaria(o) sea referida(o) a apoyo psicológico y entorno social. Si la persona no posee documento de identidad tome su huella dactilar y anote sus nombres y apellidos al margen. Si cuenta con la tecnología, utilice el escáner de huellas dactilares, sino, realícelo con el procedimiento manual. En caso de violencia sexual la víctima sin excepción alguna será referida a la unidad de salud del Ministerio de Salud Pública o de la red pública más cercana para seguimiento psicológico y clínico además de recibir, si lo consiente, profilaxis antiretroviral o para Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).</p>	<p>Peritos forenses</p> <p>Coordinación con: Secretarías, coordinaciones o direcciones de unidades médico le gales.</p>	<p>Consentimiento informado legalmente diligenciado Segundo original del consentimiento debe ser ingresado a archivo</p>
<p>3c</p>	<p><u>Kit de peritaje forense en delitos sexuales</u> Recuerde que Usted tendrá en el kit de peritaje forense de delitos sexuales instrucciones específicas para la realización del procedimiento. En este kit además de encontrar los insumos que requiere también encontrará los formularios obligatorios para su pericia y los demás que requiera según el caso. Siempre tenga en cuenta que no se debe sentar tiempo de incapacidad en las pericias forenses por delitos sexuales pero sí debe describir el daño causado de modo que posibilite al fiscal de la investigación y posteriormente al juzgador parámetros para tomar decisiones sobre recurso efectivo para las víctimas.</p>		<p>Formulario de peritaje Formulario de inventario fotográfico Formulario de exámenes forenses a realizarse Formulario de derivación de la víctima a la unidad de salud</p>

3d	<p>Anamnesis (entrevista) Recuerde: si la víctima refiere amenazas contra su integridad infórmele de modo inmediato al(a) fiscal para que evalúe el ingreso al Sistema de Protección y Atención a Víctimas, Testigos y otros Participantes del Proceso Penal (SPAVT).</p>	Peritos forenses	Cumplimiento de formulario de peritaje forense
3e	<p>Examen físico El peritaje forense al usuario/a, debe realizarse utilizando para cada reconocido/a, materiales descartables. Anexo a este protocolo se encuentran establecidos los kits descartables en cada procedimiento. Las lesiones que guarden relación con el hecho deben ser fotografiadas y documentadas siguiendo lo indicado en este protocolo.</p>	Peritos forenses	Registro de descargo de insumos utilizados en procedimientos Formulario de peritaje forense Formulario de inventario fotográfico
3e.1	<p>Toma de fotografías e informe pericial De haber sido consentido por la víctima, en los peritajes médicos legales por violencia intrafamiliar y lesiones se imprimen las fotografías para que consten en el formato de informe pericial. En los peritajes médicos legales por delitos sexuales, las fotografías de las lesiones se realizan con la utilización del colposcopio o cámara fotográfica digital. Tome una primera fotografía con los siguientes datos: caso, nombre del(a) perito, fecha y hora. Esta será su primera foto de secuencia. Recuerde, todas las lesiones que guarden relación con el hecho deben ser fotografiadas y documentadas. Tome la fotografía desde varios ángulos que evidencie la lesión. <u>No borre fotografías aun cuando alguna de ellas salga borrosa; las fotografías deben guardar la secuencia.</u> <u>No olvide tomar la primera foto que identifica su peritaje y la foto final que concluye su labor. Debe constar la hora de inicio y cierre del procedimiento, caso, su nombre. La secuencia nunca debe ser alterada ya que puede invalidar la prueba.</u> Las fotografías deben permanecer en custodia del perito responsable. Serán ingresadas a archivo indexado. Copia de las mismas reposarán en archivo físico de la Coordinación o Secretaría de las unidades únicamente con código de barras. Llene el anexo de inventario fotográfico en cada procedimiento.</p>	Peritos forenses	Formulario de informe pericial Anexo de inventario fotográfico Transferencia de los archivos de las fotografías al informe pericial de modo inmediato a la toma de fotografías y almacenamiento en carpeta indexada con clave de seguridad
3e.2	<p>Toma de muestras (fluidos biológicos, hisopados, sangre y orina, entre otros) y transporte al laboratorio correspondiente (cadena de custodia) Si de la pericia forense es necesaria la toma de muestras usted debe asegurarse de identificarlas, colectarlas, embalarlas, rotularlas, preservarlas, conservarlas y transportarlas al laboratorio correspondiente, asegurando y respetando la cadena de custodia. Recuerde que las prendas de vestir son asiento frecuente de muestras biológicas, por lo que deben ser dobladas una a una, protegiendo la muestra y siempre secadas a la sombra. Cumpla con el procedimiento antes descrito.</p>	Peritos forenses Coordinación con: Policía Judicial Secretarías, coordinaciones o direcciones de las unidades de medicina legal	Registro: Boletas de cadena de custodia. Entrega y recepción de muestras biológicas Anexo de inventario fotográfico

	<p>En cada unidad SAI existirá una bodega temporal para que se preserven las muestras biológicas hasta que Usted las lleve al laboratorio correspondiente.</p> <p>En el DML de la Policía Judicial existe un servidor(a) policial responsable de llevar las muestras al(os) laboratorio(s) correspondientes asegurando cadena de custodia.</p> <p>En las Unidades de Salud Pública deben existir bodegas temporales para que se preserven las muestras biológicas. Una vez al día la policía judicial recogerá las muestras biológicas para llevarlas al(os) laboratorio(s), según corresponda, guardando la cadena de custodia.</p> <p><u>Recuerde que debe tomar las fotografías de todos los procedimientos realizados siguiendo las indicaciones del punto 3e.1.</u></p>		
3e.3	<p><u>Entrega física o electrónica del informe pericial</u></p> <p>Usted es el(a) responsable de entregar el informe pericial al(a) fiscal del caso y de informar a la coordinación o secretaría de las unidades de medicina legal mediante documentos de entrega y recepción sobre la diligencia cumplida.</p> <p>La coordinación o secretaría de la unidad realizará el registro de salida del informe y verificación de que conste en el sistema.</p> <p>La entrega se realizará por vía digital y con firma electrónica.</p> <p>En las unidades de medicina legal y de salud pública donde no esté implementado el sistema electrónico, el(a) servidor(a) administrativo(a) institucional delegado(a) para el efecto entregará los informes periciales a los(a) fiscales correspondientes.</p>	<p>Peritos forenses</p> <p>Coordinación con: Policía judicial Coordinación UAPI Secretaría de la DML Ministerio de Salud Pública</p>	<p>Entrega de informe pericial al Fiscal con constancia de recibido</p> <p>Registro en la coordinación o secretaría de salida del informe y verificación de que conste en el sistema</p>
3f	<p><u>Análisis de muestras en el laboratorio</u></p> <p>En los laboratorios de los Centros de Investigación Forense y de ADN de la Fiscalía General del Estado, el(a) coordinador(a) designa por turno el perito que realizará el análisis de la muestra.</p> <p>El(a) perito designado(a) por turno realizará el procedimiento y análisis, consignará el resultado respectivo y emitirá su informe para el(a) fiscal de la causa.</p> <p>El(a) perito mediante informe remite al fiscal los resultados y adjunta el acta de posesión.</p> <p>El(a) fiscal recibe y remite copia del informe al médico legal para que agregue a su expediente y en caso necesario complemente sus conclusiones.</p> <p>Solo si el análisis solicitado no consta en la tabla de servicios de los centros forenses o al laboratorio de ADN de la Fiscalía General del Estado acuda a otros laboratorios del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Ministerio de Salud Pública y Policía Nacional) o en el exterior.</p>		<p>Informe de análisis de muestras para el(a) fiscal de la causa</p> <p>Recepción del(a) fiscal de la causa (verifica acta de posesión de perito)</p>
3g	<p><u>Procedimiento de denuncia en caso de delitos</u></p> <p>Si el informe pericial se refiere a un delito, el(a) perito forense debe orientar a la víctima sobre el procedimiento de denuncia.</p> <p>Asegúrese que la víctima ha llegado al módulo de asesoría que recepta los informes en la fiscalía.</p> <p>El(a) asesor(a) registra el informe y guía a la víctima al proceso correspondiente si es delito o si es contravención.</p> <p>Los(as) médicos(as) peritos de otras unidades indican a la víctima, sus familiares y/o a sus acompañantes la necesidad de realizar la denuncia en la fiscalía más cercana. Entréguele por escrito la dirección y contacto.</p>	Peritos forenses	Denuncia adecuadamente ingresada por medio de asesor del módulo de recepción de informes periciales de la FGE

	<p>Los(as) médicos(as) peritos de las unidades de salud llamarán al número de emergencia de policía nacional para que un servidor(a) policial acompañe a la víctima a presentar su denuncia.</p>	<p>Coordinación con: Víctima y acompañantes Asesores(as) de fiscalía Servidores(as) policiales</p>	
3h	<p><u>Derivación a unidades judiciales de violencia intrafamiliar en caso de contravenciones</u> Si el informe pericial determina que los hechos configuran una contravención, el(a) asesor(a) digitador(a) que recepta los informes procede a la entrega a la víctima de un segundo original impreso con marca de agua. Le indica la unidad judicial especializada más cercana y, en todo lo que esté al alcance de la unidad fiscal, acompaña a la víctima al juzgado especializado más cercano. Recuerde que si no hay juzgado de violencia intrafamiliar en su localidad debe acudir al juzgado de familia. De modo inmediato los(as) asesores(as) digitadores(as) deben enviar por vía electrónica a las unidades judiciales el informe pericial.</p>	<p>Asesor(a) de atención al público Coordinación con: Unidades judiciales de violencia intrafamiliar de la judicatura</p>	<p>En caso de contravención direccionamiento de la víctima a la unidad judicial más cercana El original del informe quedará archivado en la UAPI</p>
3i	<p><u>Suministro de Anticoncepción Oral de Emergencia y Antiretrovirales</u> Revise el consentimiento informado para determinar si la usuaria consintió la administración de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE). En los peritajes médicos legales de delitos sexuales se administra en forma gratuita anticoncepción oral de emergencia (levonorgestrel 1,5mg dosis única) a las mujeres en edad fértil. Recuerde que la víctima está expuesta a un embarazo aún cuando no haya iniciado sus ciclos menstruales. Revise el consentimiento informado para determinar si la usuaria consintió la administración del Anti Retro Viral ARV). Si la o el usuario consintió la primera dosis del ARV será suministrada por el(a) médico(a) familiar en las unidades en la que exista y si no, lo hará el(a) médico(a) perito(a) forense. No olvide comunicarle al(a) usuario(a) que será referido(a) a la unidad de salud pública para seguimiento.</p>	<p>Peritos forenses</p>	<p>Debe constar en conclusiones del informe pericial y en el consentimiento previo</p>
3j	<p><u>Derivación de los usuarios/as víctimas de delitos sexuales hacia las casas de salud del Ministerio de Salud Pública</u> Se priorizará la transferencia a las unidades del Ministerio de Salud Pública para su seguimiento clínico. La derivación se realizará mediante la hoja de referencia suministrada por el Ministerio de Salud Pública y deberá estar firmada por el perito forense. Se solicitará seguimiento, investigación y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, tamizaje y seguimiento antiretroviral, investigación de gestación y realización de exámenes por imagen y/o laboratorio que correspondiera. Cuando la víctima llegue a la unidad de salud, tome en consideración si es una víctima protegida. Comuníquese con la Coordinación Provincial del SPAVT. Cuando se realizan exámenes desde unidades de salud pública solicitados por el(a) fiscal deberán seguirse las reglas del proceso penal por medio del cumplimiento de lo solicitado</p>	<p>Peritos forenses</p>	<p>Recomendaciones del informe Formulario de referencia</p>

	Los(as) profesionales de las unidades de salud pública están obligados a denunciar las infracciones penales. Si realizan exámenes y/o pericias estas deben ser referidas al fiscal de la causa siguiendo la norma penal.		
4	Certificados médicos a detenidos(as) Recuerde que las unidades de medicina legal de la Fiscalía General del Estado y de la Policía Judicial realizan los peritajes médicos legales de las víctimas. Solo en los siguientes casos, es posible que las o los detenidos sean enviados a las unidades de peritaje forense donde se encuentran los(as) médicos(as): 1. Cuando se realiza la valoración para determinar si es consumidor o no de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. 2. Cuando se solicita muestra de orina, la misma que se la realiza en presencia médica, con consentimiento de la persona detenida o por medio de orden judicial. 4. Si el(a) juez(a) ordena una nueva valoración del(a) detenido(a). 5. En el caso de que el presunto infractor solicite examen médico legal. La institución responsable de realizar valoraciones a las personas detenidas en las unidades de flagrancia es el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.	Peritos forenses	Certificados
5	El proceso penal y la comparecencia de peritos(as)		
5a	Responsabilidades en el proceso penal Las y los peritos forenses deben asistir a las audiencias de juzgamiento que así se asigne. Estas audiencias se realizan en Tribunales de Garantías Penales o Juzgados en las cuales rendimos testimonio oral sobre el contenido de la pericia. El(a) fiscal de la causa personalmente o a través de un miembro de su equipo tomará contacto con usted para comprender los aspectos técnicos de su pericia.	Peritos forenses	Mediante providencia el tribunal convoca a audiencia y notifica a los testigos Puede también la Fiscalía valerse de otros medios para notificar
5b	Medios de notificación La notificación es un documento oficial mediante el cual usted está obligado a comparecer en audiencia. Este documento deberá ser entregado directamente a Usted. En las unidades de peritaje de la Fiscalía y la Policía Judicial pueden ser notificados los(as) peritos forenses que trabajan en estas dependencias. En este caso la notificación deberá ser trasladada por la secretaria o coordinación al perito correspondiente con firma de recibido, fecha y hora. Recuerde que también pueden ser notificados vía electrónica.	Peritos forenses Coordinación o secretaria de la UAPI Secretaria de la DML	Notificación Copia de la notificación será archivada en las secretarías
5c	Audiencia La norma procesal penal dispone la comparecencia obligatoria del(a) perito a la audiencia. Usted debe acudir con su documento de identidad. En caso de no asistir puede ser obligado por la fuerza pública. Para cada audiencia Usted debe haber: - Estudiar el caso - Llevar consigo todos los documentos de soporte de su peritaje	Peritos forenses	Presencia 15 minutos antes a la audiencia
6.	Manejo de desechos infecto-contagiosos		
6a	Infraestructura en consultorio Los consultorios deben estar provistos de los equipamientos y procedimientos normados y licenciados por la autoridad sanitaria nacional para bioseguridad.	Administración de las unidades médicos legales Administración de las	Suministros e informes de administración

	Ver anexo de Reglamento de Desechos Infecciosos del Ministerio de Salud Pública.	unidades operativas MSP Personal de aseo y mantenimiento	
6b	<p><u>Manejo, almacenamiento y eliminación de desechos</u> Usted debe manejar, almacenar y eliminar los desechos según consta en los procedimientos normados internacionalmente y por la autoridad sanitaria nacional en bioseguridad. Es su responsabilidad el manejo adecuado de los desechos tóxicos, cortopunzantes, infectocontagiosos y hospitalarios; utilice adecuadamente la infraestructura instalada en su consultorio. Para el almacenamiento temporal de la basura infectocontagiosa se encuentra un espacio rotulado en su consultorio. La eliminación se realiza por medio de servicios especializados en manejo de desechos tóxicos y hospitalarios contratados.</p>	Peritos forenses Administración UAPI Administración DML Personal de aseo y mantenimiento.	Documentación de entrega de desechos a la empresa de servicios especializados. Informes del personal de aseo y mantenimiento Informes de administración
7	<u>Tiempo de realización de pericias y entrega de informes</u>		
7a	<p>El tiempo promedio para realizar una pericia forense es de aproximadamente 1 (una) hora y treinta minutos, incluye examen físico, digitalización de protocolo forense, impresión del mismo y entrega del informe pericial en la fiscalía correspondiente. En los casos en que se toman muestras se debe verificar haber realizado las siguientes actividades: rotulación de contenedores de las muestras, toma de muestras, embalaje, lacrado, llenado de datos de la boleta de custodia, llenado de los formularios de Laboratorio de ADN de la Fiscalía para la entrega recepción de las muestras, transporte de muestras por medios propios del médico/a legal o usuario/a, sin sobrepasar estas actividades en un tiempo de 24 horas para su realización. En los casos en que se realiza análisis de expedientes clínicos o judiciales, el tiempo para la realización de informes depende de la disposición del Fiscal, que en promedio es de 8 a 10 días.</p>	Peritos forenses	Registro determinado en el acta de Designación y Posesión de Perito.
8	Disposiciones generales		
8a	Todas las unidades deben poseer permiso de funcionamiento de las direcciones provinciales del Ministerio de Salud Pública y del gobierno autónomo descentralizado correspondiente ² .	Coordinación de la Unidad Secretaría del DML	Documentos y requisitos en norma
8b	<p>Recuerde que el mantenimiento de fluidos biológicos (sangre/ orina) tomados como muestras a usuarios/as deben permanecer refrigerados entre 4°C y 8°C según norma internacional (máximo 96 horas). Usted debe realizar el control de esta temperatura mediante registro gráfico. Estamos obligados(as) al “Registro de Pinchazos” siguiendo la norma de la autoridad sanitaria nacional.</p>	Peritos forenses	Hoja de registro de temperatura y hoja de registro de Pinchazos mensual.
8c	<p>Recuerde que Usted está obligado(a) a utilizar el material descartable en toda pericia. En la exploración de heridas utilice guantes, gasas y equipo de curación estéril. De no disponerse personal designado que mantenga instrumental limpio y estéril, el(a) médico/a realizará este procedimiento.</p>	Peritos Médico/a legal	Esterilización de material de acuerdo a necesidades de atención.

² Actualmente el permiso de funcionamiento lo otorga ARCSA y no las DPS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS GENERALES:					
Fecha	Año:	Mes:	Día:	Hora en formato de 24 horas	
DATOS DE LA AUTORIDAD SOLICITANTE:					
Nombre y cargo de la autoridad que solicita:					
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN SE LE REALIZARÁN LOS PROCEDIMIENTOS FORENSES:					
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:	
Documento de identidad			Fecha de nacimiento:		
Sexo:		H: <input type="checkbox"/>	M: <input type="checkbox"/>	Idioma:	
Comunidad, pueblo o nacionalidad:			Requiere traductor o intérprete		
			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
¿Es una persona con discapacidad?		¿Tiene carnet del CONADIS?		Tipo de Discapacidad:	
Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
Nombre del Representante legal (si aplica):					
Nombres		Primer apellido		Segundo apellido	
Documento de identidad					
CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO					
A los días del mes de..... del, Yo, (nombres completos)....., identificada(o) con la cédula de ciudadanía número, una vez informada(o) sobre la importancia de los procedimientos de pericia forense que se van a realizar para la investigación; otorgo de manera libre, voluntaria y sin coacción alguna el consentimiento para:					
1. La realización del examen físico médico legal. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
2. Obtención de mis fluidos corporales o muestras biológicas y la realización de los exámenes forenses complementarios. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
3. Administración del tratamiento de anticoncepción oral de emergencia (Si aplica). SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
4. El retiro de prendas de vestir para investigación forense SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
Y además para:					
5. Toma de fotografías o registros visuales, exámenes de imagen y se lleve un registro de los mismos SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
Siendo informada(o) de la posibilidad de un contagio de VIH:					
6. Consiento en que se me administre la primera dosis de retrovirales: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Toda víctima sin excepción será derivada, por el perito forense, al sistema integral de salud pública para seguimiento clínico. El(a) Fiscal deberá verificar que dicha derivación haya sido realizada. </div>					
AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENCIA DE PERSONAS CON CONOCIMIENTO FORENSE DURANTE EL PROCEDIMIENTO: (Si aplica)					
SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES: _____					
declaro que he entendido el presente documento y como constancia de ello firmo.					
FIRMA: _____			HUELLA PULGAR DERECHO <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 80px; height: 80px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 80px; height: 80px; margin: 5px;"></div> </div>		
Cédula de identidad o Pasaporte: _____			Examinado Quien autoriza		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Si la víctima es de otra nacionalidad o presenta discapacidad se podrá tomar la huella del Índice derecho. </div>					
Nombre del Perito:			Número de cédula:		
Mail: _____					
Número de acreditación:			Firma:		

FORMATO DE INFORME FORENSE DELITOS SEXUALES

Institución:				Informe número:			Número de expediente:			
Fecha del examen:	Día:		Mes:		Año:		Hora:			
Autoridad:										
Lugar del examen:	Provincia:			Cantón:			Parroquia:			
Unidad o servicio:										
Domicilio	<input type="checkbox"/>	Dirección:								
Casa de salud:	<input type="checkbox"/>	Clínica / Hospital:			Cama No:			HC No:		
Se comunicó al 911	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>			¿Requirió ingreso hospitalario?			Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	

I. DATOS GENERALES DEL(A) USUARIO(A)

Apellidos y nombres:				Cédula de identidad / pasaporte No:					
Fecha de nacimiento:				Lugar de nacimiento:					
Sexo:		Edad:		Estado civil:					
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>					
Idioma:		Comunidad, pueblo o nacionalidad:		Requiere traductor o intérprete:		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
Lugar de residencia y dirección domiciliaria:							Teléfonos:		
Se encuentra en situación de migración: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>							Observaciones:		
Estudios cursados:	Ninguno <input type="checkbox"/>	Inicial: <input type="checkbox"/>	Básica: <input type="checkbox"/>	Bachillerato: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/>				
¿Abandonó sus estudios?	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	A qué nivel los abandonó:	Inicial: <input type="checkbox"/>	Básica: <input type="checkbox"/>	Bachillerato: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/>	Técnica: <input type="checkbox"/>	
Por qué abandonó sus estudios:									
Realiza actividades laborales con su consentimiento		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Ocupación:		Trabajo del hogar: <input type="checkbox"/>		Estudiante: <input type="checkbox"/> Jubilado/a: <input type="checkbox"/>	
						Empleado/a público/a: <input type="checkbox"/>		Empleado/a privado/a: <input type="checkbox"/> Desempleado/a: <input type="checkbox"/>	
						Trabajador/a independiente: <input type="checkbox"/>			
Discapacidad:		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Física:		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Psicológica: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
Intelectual:		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Sensorial:		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
Porcentaje de incapacidad (Carnet del CONADIS):									
Alergias:		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Especifique:					
¿Usa medicamentos?		Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?					

II. INFORMACION ADICIONAL

Nombres del acompañante:			CI Nro.:		
Parentesco:		Dirección:		Telf.:	
Nombres de un familiar:			Telf.:		
Parentesco:		Dirección:		Telf.:	

III. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS E HISTORIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
Menarquia:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Fecha de la última menstruación:				
Embarazos:		Partos:		Abortos:		Cesáreas:
Embarazo actual:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edad gestacional en semanas:				
Hijos vivos:		Hijos muertos:		Lactancia:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿En qué periodo?
¿Utiliza métodos de planificación familiar?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Cuál?				
¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas 72 horas antes de la agresión?						Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

IV. RELATO DE LA VÍCTIMA SOBRE EL PRESUNTO AGRESOR					
Número de agresores		¿Conoce usted al presunto agresor?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Parentesco	
Nombres o alias del presunto agresor/a:			Relación con la víctima:		
Dirección habitual o ubicación del presunto/a agresor/a			Ocupación:		
Descripción física:					

V. HISTORIA MEDICO LEGAL (Recuerde tener en consideración la edad de los niños, niñas y adolescentes para formular las preguntas que constan a continuación).

Tipo de violencia:	Física <input type="checkbox"/>		Psicológica <input type="checkbox"/>		Sexual <input type="checkbox"/>	
Lugar de los hechos:	Hogar <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Vía Pública <input type="checkbox"/>	Institución educativa <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especifique
¿Qué ocurrió y cómo ocurrió?:						
¿Utilizó intimidación? (Realice esta pregunta indirectamente tipo conversatorio)	Verbal <input type="checkbox"/>	Física <input type="checkbox"/>	Arma blanca <input type="checkbox"/>	Arma de fuego <input type="checkbox"/>	Objeto contundente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/> Especifique
¿Usó alcohol o drogas?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?				
¿Cuándo ocurrió?	día:	mes:	año:	Hora:	H	
Penetración:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Vaginal <input type="checkbox"/>	Anal: <input type="checkbox"/>	Oral: <input type="checkbox"/>		
¿Usó condón?	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	No sabe: <input type="checkbox"/>				
Besos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:				
Tocamientos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:				
Mordeduras:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:				
Uso de objetos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:				
Usó dedos:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:				
Usó los labios o la lengua:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	Especifique:				
¿Eyaculó el agresor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe: <input type="checkbox"/>	¿En qué lugar?:				
Se ha cambiado de ropa:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Trajo las prendas?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuáles prendas trajo?						
¿Se ha bañado?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Se lavó? ano	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	vagina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	boca
Recibió tratamiento médico:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿En qué lugar recibió atención médica?				
Tratamiento recibido:						
Ha sufrido hechos similares anteriores:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por el mismo agresor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por otro agresor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Las ha denunciado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Tuvo una evaluación ginecológica o proctológica previa por este hecho?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		¿Cuándo?				¿Le practicaron reconocimiento médico legal?
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

VI. EXAMEN GENERAL

Recuerde:

1. Cada ítem del Examen General debe estar acompañado de fotografías de respaldo de su procedimiento.
2. En la primera foto debe constar su nombre, el número de caso, la hora de la primera fotografía y la fecha.
3. Ubique en el gráfico la región y las lesiones; en caso de niñez y adolescencia utilice el gráfico Tanner.
4. Relacione las regiones con los gráficos.
5. Usted debe realizar una descripción completa de las lesiones: tipo, forma, mecanismo, región anatómica, data; hematomas, excoriaciones/erosiones, heridas, esguinces/luxación, fracturas simples/complicadas, TCE, lesiones viscerales, no se aprecia lesiones).
6. Si la víctima es mujer no olvide referir en las conclusiones su estado de gestación de encontrarse en gravidez.

1	Descripción general de la víctima	
2	Cabeza:	
3	Cuello:	
4	Tórax anterior y posterior:	
5	Mamas:	
6	Abdomen :	
7	Regiones lumbares:	
8	Región glútea:	
9	Miembros superiores:	
9.1	Brazo	
9.2	Antebrazo	
10	Manos	
11	Uñas:	
12	Miembros inferiores:	
13	Monte de Venus:	
14	Vulva:	
15	Vagina:	
16	Escroto:	
17	Pene:	
18	Periné:	
19	Región anal: ¡Error! Marcador no definido.	

Recuerde:

1. Al concluir el examen no olvide tomar la última fotografía con su nombre, número de caso, hora de finalización del procedimiento y fecha.
2. Copia de las fotografías en formato físico quedan en archivo de su unidad únicamente con código de barras.
3. Usted es custodio del informe pericial y las fotografías digitales.
4. Cada procedimiento tiene una foto de inicio y una foto de fin.

VII. MUESTRA RECOGIDAS

FROTIS:	Bucal:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Peneana:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Vaginal:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Anal:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Perianal:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
MUESTRAS:	Sangre:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Orina:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Cabello:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Otras:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
EVIDENCIAS:	Uñas:	<input type="checkbox"/>	Especifique:
	Otras:	<input type="checkbox"/>	Especifique:

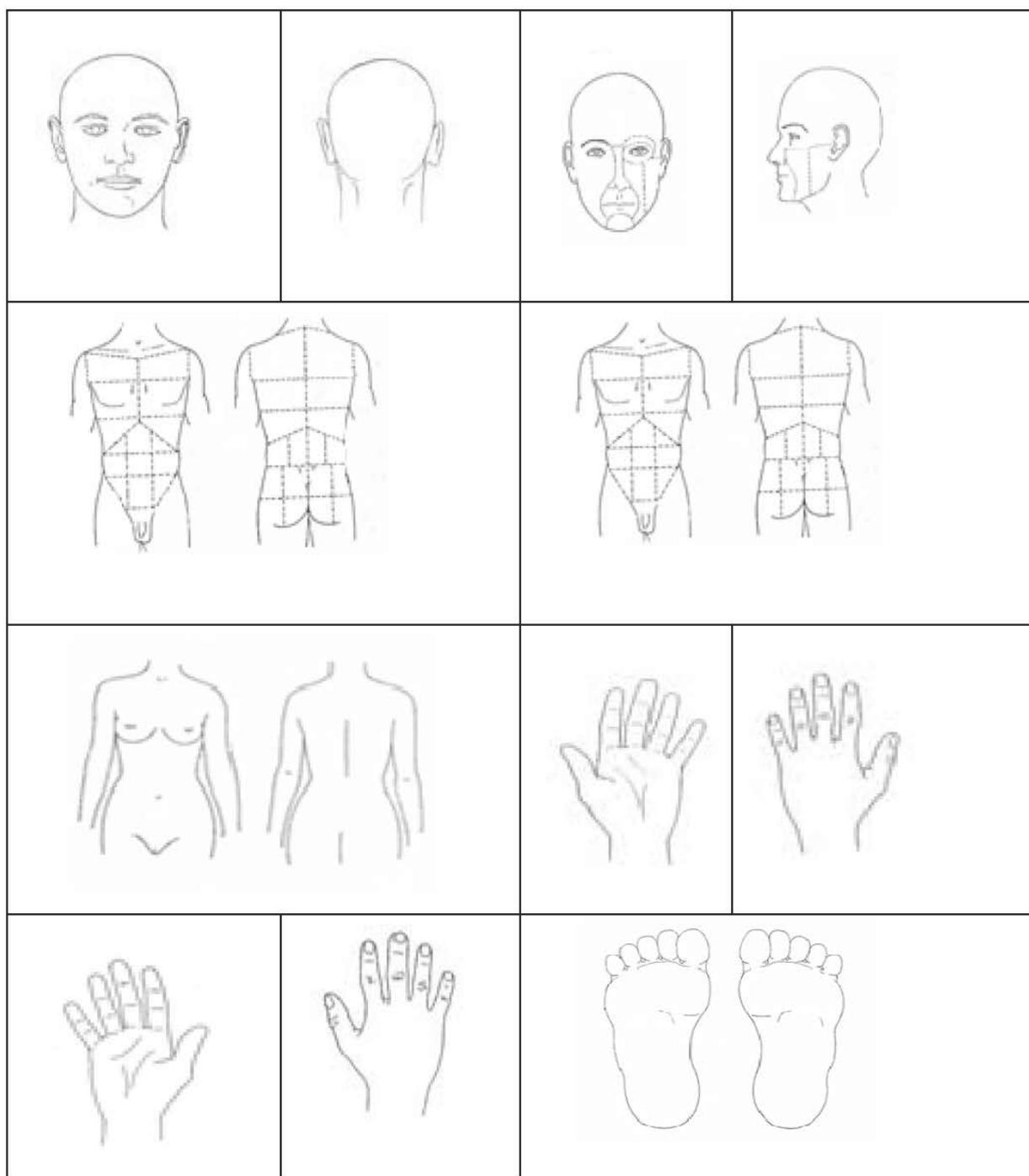
VIII ESTUDIOS SOLICITADOS:	
Microscópico en fresco	<input type="checkbox"/>
Coloración (investigación de Espermatozoides)	<input type="checkbox"/>
Proteína P 30	<input type="checkbox"/>
Citobacteriológico	<input type="checkbox"/>
KOH	<input type="checkbox"/>
Histopatológico	<input type="checkbox"/>
ADN	<input type="checkbox"/>
Toxicológico	<input type="checkbox"/>
VIH (con consentimiento)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
VDRL	<input type="checkbox"/>
Embarazo BHCG cuantitativa	<input type="checkbox"/>
Otros exámenes	<input type="checkbox"/> Especifique:

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

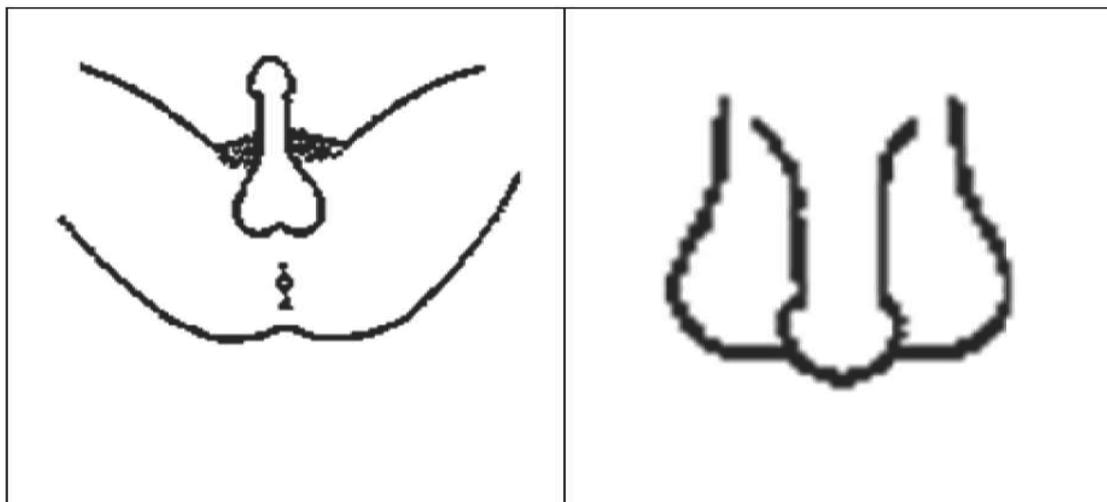
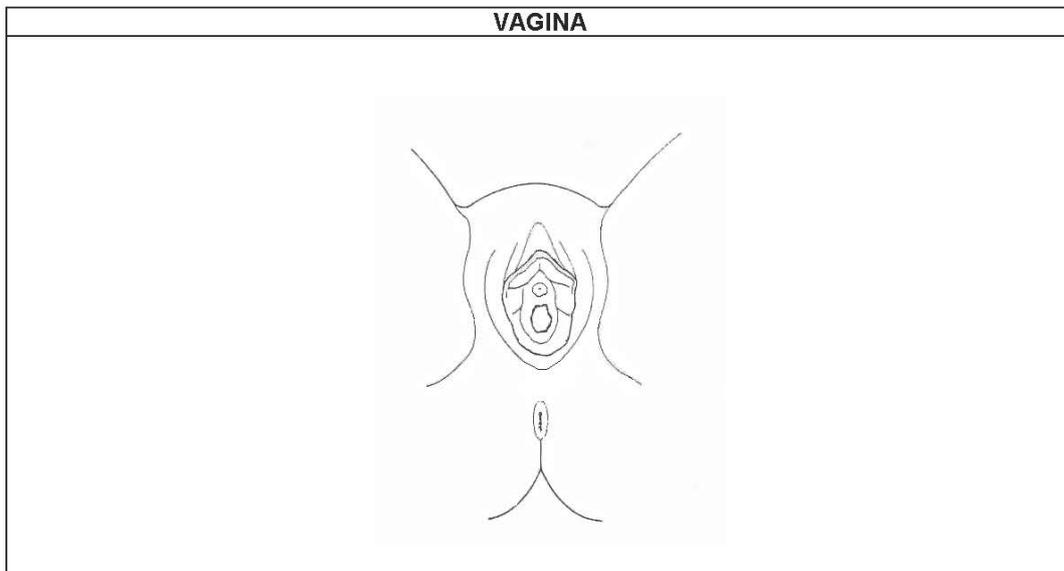
1.- El(a) usuario(a) de nombres: es una persona de..... años de edad

Observaciones:

Dr. (a).
 Perito (a) médico (a) legista
 Acreditación del Consejo de la Judicatura No.
 Mail:

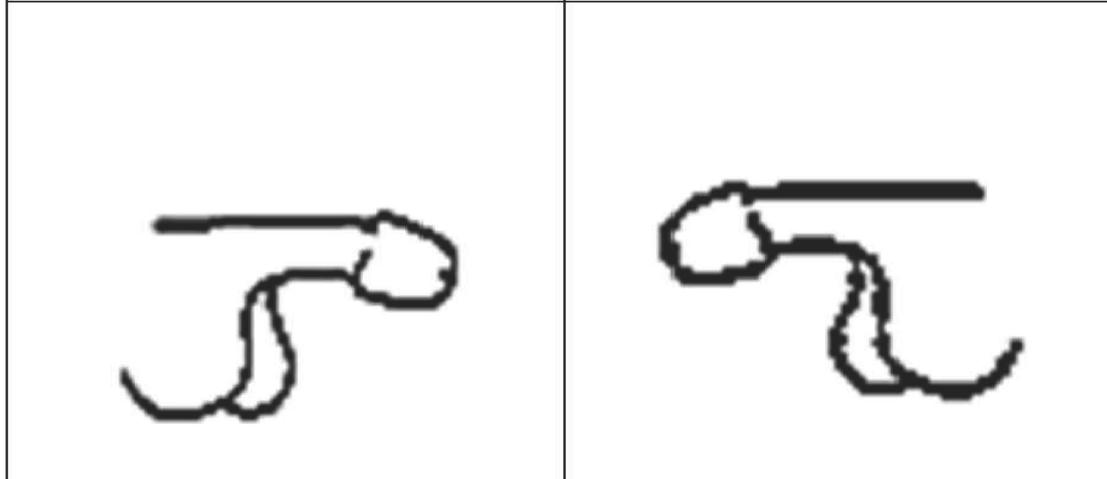


VISTA INFERIOR	VISTA SUPERIOR
----------------	----------------



VISTA DERECHA

VISTA IZQUIERDA



Fotografías (descripción)
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

Persona encargada _____ Fecha/Hora _____ Número de acreditación _____

Mail: _____

Firma _____

FORMULARIO DE REFERENCIA										
I. Datos del usuario/a										
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Edad		Sexo	
							años		meses	(Especifique)
Cédula de identidad	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico de Referencia		Seguro de Salud		
	Provincia	Cantón	Parroquia							
2. Datos del Acompañante										
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres			Edad		Sexo	
							años		meses	
Cédula de identidad	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Telefónico de Referencia				
	17									
II. REFERENCIA O DERIVACIÓN										
1. Datos Institucionales										
Institución del sistema			Establecimiento		Distrito/Área		Historia clínica No.			
Refiere a:							Fecha			
							día	mes	año	
Institución del sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad/subespecialidad						
2. Motivo de la referencia										
REQUIERE VALORACIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA POSTERIOR A EVENTO Y05 (VIOLENCIA SEXUAL)										
3. Resumen del cuadro clínico										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos										
5. Diagnóstico							CIE-10	PRE	DEF	
1										
2										
3										
6. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados										
7. Reporte de actividades realizadas en la unidad de (referencia para uso interinstitucional)										
Nombre del profesional:					Código:		Firma:			

Anexo 14: Recomendaciones para preparación de las audiencias

Es necesario que los peritos en delito sexual que laboran en las Salas de Primera Acogida sepan cómo proceder antes y durante una audiencia de juzgamiento.

“Los Peritos, son aquellas personas que acrediten tener experticia en una determinada profesión, ciencia, disciplina, arte u oficio”²⁹. Los peritos pueden ser o no titulares: son peritos titulares los que tienen título oficial de una ciencia, técnica o arte cuyo ejercicio esté reglamentado por la ley ecuatoriana. Son peritos no

titulares los que, careciendo de título oficial, tienen, sin embargo, conocimientos o práctica especiales en alguna ciencia, técnica o arte. El Fiscal se valdrá de peritos titulares, en todos los casos cuando sea posible.

El artículo 511 del COIP establece que las y los peritos deberán:

1. Ser profesionales expertos en el área, especialistas titulados o con conocimientos, experiencia o experticia en la materia y especialidad, acreditados por el Consejo de la Judicatura.

2. Desempeñar su función de manera obligatoria, para lo cual la o el perito será designado y notificado con el cargo.
 3. La persona designada deberá excusarse si se halla en alguna de las causales establecidas en este Código para las o los juzgadores.
 4. Las o los peritos no podrán ser recusados, sin embargo el informe no tendrá valor alguno si el perito que lo presenta, tiene motivo de inhabilidad o excusa, debidamente comprobada.
 5. Presentar dentro del plazo señalado sus informes, aclarar o ampliar los mismos a pedido de los sujetos procesales.
 6. El informe pericial deberá contener como mínimo el lugar y fecha de realización del peritaje, identificación del perito, descripción y estado de la persona u objeto peritado, la técnica utilizada, la fundamentación científica, ilustraciones gráficas cuando corresponda, las conclusiones y la firma.
 7. Comparecer a la audiencia de juicio y sustentar de manera oral sus informes y contestar los interrogatorios de las partes, para lo cual podrán emplear cualquier medio.
 8. El Consejo de la Judicatura organizará el sistema pericial a nivel nacional, el monto que se cobre por estas diligencias judiciales o procesales, podrán ser canceladas por el Consejo de la Judicatura.
3. Tener juicio con alguna de las partes o haberlo tenido dentro de los dos años precedentes si el juicio es civil y cinco años si el juicio es penal. La misma regla se aplicará en el caso de que el juicio sea con su cónyuge, pareja en unión de hecho o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
 4. Tener interés personal en la causa por tratarse de sus negocios, de los de su cónyuge, pareja en unión de hecho o de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
 5. Ser asignatario, donatario, empleador o socio de alguna de las partes.
 6. Fallar en otra instancia y en el mismo proceso la cuestión que se ventila u otra conexas con ella.
 7. Intervenir en el proceso como parte, representante legal, apoderado, juzgador, defensor, fiscal, acusador, perito, testigo o intérprete.
 8. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con alguno de los sujetos procesales.
 9. Ser penado, multado o condenado en costas en la causa que conoce, en caso de que la sanción sea impuesta por otro juzgador.
 10. Tener vínculo con las partes, la víctima o sus defensores por intereses económicos.
 11. Dar consejos o manifestar su opinión sobre la causa.
 12. No sustanciar el proceso en el triple del tiempo señalado por la ley.

De no existir persona acreditada como perito en determinadas áreas, se deberá contar con quien tenga conocimiento, especialidad, experticia o título que acredite su capacidad para desarrollar el peritaje. Para los casos de mala práctica profesional la o el fiscal solicitará una terna de profesionales con la especialidad correspondiente al organismo rector de la materia.

Cuando en la investigación intervengan peritos internacionales, sus informes podrán ser incorporados como prueba, a través de testimonios anticipados o podrán ser receptados mediante video conferencias de acuerdo a las reglas del presente Código.

El artículo 572 expresa que son causas de excusa y recusación de las o los juzgadores, en este caso también de los peritos, las siguientes:

1. Ser cónyuge, pareja en unión de hecho o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de alguna de las partes, de su representante legal, de su mandatario o de sus defensores.
2. Ser acreedor, deudor o garante de alguna de las partes, salvo cuando sea de las entidades del sector público, de las instituciones del sistema financiero o cooperativas. Da lugar a la excusa o recusación establecida en este numeral solo cuando conste el crédito por documento público o por documento privado reconocido o inscrito, con fecha anterior al juicio.

En relación a las pericias

El artículo 498 del COIP establece que los medios de prueba son: el documento, el testimonio y la pericia. Una o un perito puede ser a su vez una o un perito técnico cuando realiza la pericia o, una o un perito testigo, cuando se le solicita su testimonio. Por lo tanto, su rol puede estar presente en dos momentos durante el proceso.

El artículo 501 del COIP expresa que *el testimonio es el medio a través del cual se conoce la declaración de la persona procesada, la víctima y de otras personas que han presenciado el hecho o conocen sobre las circunstancias del cometimiento de la infracción penal*. El artículo 505 dice que *los peritos sustentarán oralmente los resultados de sus peritajes y responderán al interrogatorio y al contrainterrogatorio de los sujetos procesales*.

El nuevo COIP trae como innovación el rediseño de la prueba pericial (directa e indirecta), en presentación en un nuevo modelo de audiencias y valoración, mediante el convencimiento más allá de toda duda razonable para condenar, abandonando tanto al método de valoración de la prueba fundado en la sana crítica como al estándar de la certeza y, en su lugar, asumiendo nuevos criterios de valoración de la prueba *“teniendo en cuenta su legalidad, autenticidad, sometimiento a cadena de custodia y grado actual de aceptación científica y técnica de los principios en que se fundamenten los informes periciales”*.

El o la Jueza podrá, por su propia iniciativa o por reclamación de las partes presentes o de sus defensores, hacer a los peritos, cuando produzcan sus conclusiones, las preguntas que estime pertinentes y pedirles las aclaraciones necesarias.

Consideraciones generales previas a una audiencia

1. Tener siempre en cuenta:

Si conoce y anticipa que va a ser llamado a un proceso legal, se recomienda revisar sus archivos, buscar un orden, así como la información completa con precisión. Cualquier profesional puede estar convocado a un proceso legal cualquier momento.

2. Reflexione respecto de su rol, prepárese ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾

- Conozca las leyes que regulan su profesión y su función.
- Conozca los procedimientos estandarizados en el país para su trabajo.
- Conozca los códigos de ética que rigen su profesión.
- Conozca su mandato legal.
- Conozca su rol como peritoanalista y su rol como perito testigo en un tribunal. Piense en las diferencias entre ambos roles.
- Piense en sus fortalezas y sus debilidades como perito testigo y trabaje en sus debilidades.

3.- Probablemente sea llamado como testigo experto. El proceso implica una examinación y una contra-examinación. El fiscal le hará preguntas:

- Lleve su identificación personal y laboral.
- Conozca la naturaleza de su trabajo y la metodología utilizada en su estudio; el testimonio debe enfatizar que el empleo y la paga no están conectados con la evaluación que realizó sino que es su trabajo y que está debidamente capacitado.
- Busque datos y literatura que apoyen su opinión, así como datos y literatura científica que apoyan una opinión distinta.
- Su trayectoria no es suficiente, debe citar estudios recientes para sostener lo que ha formulado en su evaluación. Los profesionales deben sostener su testimonio en bases científicas.
- Evite términos técnicos. Explique esos términos en lenguaje simple, comprensible para el tribunal.
- Responda sólo lo que se le pide que responda. No de su opinión cuando no le piden.
- De respuestas claras, concisas y cortas.

4. **Contra-examinación de la Defensa:** Posteriormente la defensa también puede hacerle preguntas. Esta parte es diferente de la examinación inicial. Usualmente es hostil y desagradable, pues el trabajo del defensor es desacreditar al adversario. El proceso de contra-examinación puede incluir un ataque a los siguientes puntos:

- Las audiencias suelen ser hostiles y desagradables, esto es parte del funcionamiento del proceso legal.
- Su educación y su experiencia pueden ser cuestionadas.
- Su currículum vitae será revisado con claridad microscópica, y los errores serán resaltados. Si usted alega más formación de la que tiene, eso puede salir a la luz. Sea honesto con su currículum y sus credenciales.
- El abogado puede alegar que usted está tomando una posición que es inconsistente con posiciones previas o testimonios previos.
- Su historial personal, sus antecedentes penales, sus pagos de pensión alimenticia, sus registros de juicios anteriores, su historia marital y legal y cualquier asunto público son material para los abogados defensores y fiscales. Téngalo siempre en cuenta.
- La decisión final la toma el juez, no debe dar un veredicto, tan sólo presente lo que usted encontró y permítale al juez hacer su trabajo. A usted no le corresponde dar una opinión legal, sino técnica y científica desde el contexto de estudios e investigaciones científicas.

4. Sobre el testimonio:

- No es necesario testificar sobre una conclusión u opinión que usted no ha determinado personalmente.
- Si usted llega a una conclusión, asegúrese de que la misma se apoya en datos científicos, un cuerpo sustancial de literatura científica profesionalmente aceptada (journals).
- No es necesario ser categórico, evite conclusiones inapropiadas o alegaciones forzadas por los abogados. Solo diga lo que usted conoce, no lo que el fiscal o el juez quieren escuchar. Sus respuestas deben sostenerse en lo que usted hizo respecto al caso, y en la literatura que apoya lo que usted encontró. No elucubre nada, refiérase únicamente a su trabajo en función de la pericia que usted realizó. Jamás de un juicio de valor respecto a una persona que usted no analizó.

5. Preparación para un juicio:

- Incluya la revisión de todos los documentos que pueden afectar su testimonio en cualquier manera.

- Prepárese psicológicamente y esté calmado.
- Haga un juego de roles, con el fiscal o con un abogado para prepararse.
- Cualquier petición de protección debe hacerse cuando se considere necesario.

Acudiendo a la audiencia de procesamiento de juzgamiento oral

1. Es responsabilidad del perito acudir a las audiencias, las mismas que deben ser notificadas con por lo menos 72 horas de anticipación. El artículo 575 del COIP dice *cuando se convoque a la celebración de una audiencia o se adelante un trámite especial, deberá notificarse al menos con setenta y dos horas de anticipación a las partes, testigos, peritos y demás personas que intervendrán en la en la actuación, salvo en los casos de delitos flagrantes.*
2. El perito debe acudir a la audiencia con al menos quince minutos de anticipación portando la cédula de ciudadanía y vestido con traje semi formal.
3. Luego de constatar la presencia de los testigos, el perito debe ser trasladado a una sala de peritos.
4. El perito tiene la obligación de revisar el expediente del caso antes de que se desarrolle la audiencia y llevar el expediente a la misma.

Durante la audiencia

El artículo 615 dice la o el presidente del tribunal procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Después del alegato de apertura, ordenará la práctica de las pruebas solicitadas por la o el fiscal, la víctima y la defensa pública o privada.
2. Durante la audiencia, las personas que actúan como peritos y testigos deberán prestar juramento de decir la verdad y ser interrogadas personalmente o a través de **teleconferencia**.
3. Su declaración personal no podrá ser sustituida por la lectura de los registros en que consten anteriores versiones, declaraciones u otros documentos que las contengan, salvo el caso de prueba anticipada. La declaración de los testigos se sujetará al interrogatorio y contrainterrogatorio de los sujetos procesales.
4. Los peritos deberán exponer el contenido y las conclusiones de su informe y a continuación se autorizará a interrogarlos. Los interrogatorios serán realizados primero por la parte que ha ofrecido esa prueba y luego por las restantes.
5. Si en el juicio intervienen como acusadores la o el fiscal y la o el defensor público o privado que representa a la víctima o el mismo se realiza contra dos o más personas procesadas, se concederá sucesivamente la palabra a todas las y los acusadores o a todas las personas acusadas, según corresponda.

6. El tribunal podrá formular preguntas al testigo o perito con el único fin de aclarar sus testimonios.
7. Antes de declarar, las y los peritos y testigos no podrán comunicarse entre sí ni ver ni oír ni ser informados de lo que ocurre en la audiencia.

Recomendaciones para el testimonio del o la perito durante la audiencia

1. Debe fijar bien el motivo de la intervención, utilizando material que le asegure una respuesta estandarizada, organizada, adecuada y sin prejuicios.
2. El perito podrá ser interrogado sobre su formación académica, con énfasis en los antecedentes que acrediten su conocimiento científico y técnico sobre la experticia que realizó y su experiencia profesional.
3. Debe comprender la pregunta para que su respuesta vaya de acuerdo al informe emitido, si no entiende la pregunta puede solicitar que se le repita.
4. Hacer pausas, pensar antes de contestar y contestar solo lo que le preguntan.
5. No aumentar el tema o desviar la atención a otros.
6. Decir la verdad y no sacar conjeturas.
7. Contestar con una voz fuerte y segura, demostrando abiertamente que no existen secretos.
8. No buscar al fiscal o a la defensa como apoyo cuando está testificando, fijar la mirada hacia el tribunal.
9. Utilizar un lenguaje entendible en la audiencia.
10. Antes de contestar al abogado de la defensa hacer una pausa, el fiscal tal vez quiera hacer una objeción.
11. Prepararse para esperar por varias horas.
12. El perito responderá de forma clara y precisa las preguntas que le formulen las partes, teniendo el derecho a consultar el documento, notas escritas con la finalidad de fundamentar y aclarar sus respuesta.

En caso de ser citado como testigo experto:

- Debe tener un conocimiento que el común de las personas no tiene.
- Debe asistir en la toma de decisión por parte del o la jueza (no olvide que es el o la jueza quien toma la decisión, mientras que usted informa desde su ciencia)
- La metodología utilizada para llegar a las conclusiones que usted plantea debe ser confiable y relevante. No asuma nada respecto a un caso, límitese a presentar lo que encontró, no lo que usted cree que ocurrió.

Consideraciones sobre la inadmisión de una prueba

El artículo 454 del COIP ² establece que *toda prueba o elemento de convicción obtenidos con violación a los derechos establecidos en la Constitución, en los*

instrumentos internacionales de derechos humanos o en la Ley, carecerán de eficacia probatoria, por lo que deberán excluirse de la actuación procesal. Se inadmitirán aquellos medios de prueba que se refieran a las conversaciones que haya tenido la o el fiscal con la persona procesada o su defensa en desarrollo de manifestaciones pre-acordadas.

Los partes informativos, noticias del delito, versiones de los testigos, informes periciales y cualquier otra declaración previa, se podrán utilizar en el juicio con la única finalidad

de recordar y destacar contradicciones, siempre bajo la prevención de que no sustituyan al testimonio. En ningún caso serán admitidos como prueba.

El artículo 455 del COIP ² establece que la prueba y los elementos de prueba deberán tener un nexo causal entre la infracción y la persona procesada, el fundamento tendrá que basarse en hechos reales introducidos o que puedan ser introducidos a través de un medio de prueba y nunca, en presunciones.

XII. Referencias

1.	Estado Ecuatoriano. Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423. Ecuador 2006
2.	Estado Ecuatoriano. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Nro. 180. Ecuador 2014
3.	The Sphere Project. "The Sphere Project. Humanitarian Charter and minimum response in Humanitarian Response" Southampton: Belmont Press Ltd. 2011
4.	Pereira A, Souza da Silva R, De Camargo CL. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Enfermería Global; 2012
5.	Fiscalía General del Estado. Instructivo para la aplicación de Protocolo para peritajes forenses VIF-delitos sexuales y lesiones cuando la vida de la víctima no corre riesgo por las lesiones. Quito; 2014
6.	Estado Ecuatoriano. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Ecuador; 1995
7.	Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Atención integral en Violencia de Género Quito; 2012.
8.	Vidales Laura. Contención Emocional en la Urgencia Psiquiátrica. [Internet]. 2014 [citado el 14 mayo 2014]. Disponible en: http://psicopedagogia.weebly.com/uploads/6/8/2/3/6823046/contencion_emocional.pdf
9.	Manual de cadena de Custodia de la Policía Nacional. Quito - Ecuador; 2007.
10.	Consejo Nacional de las Mujeres. Género y discapacidad. Discapacidad y Género. Una cuestión de derechos. Quito, 2007
11.	Comisión de Transición hacia el Consejo de la Mujeres y la Igualdad de género. ¿Sabías qué? Un Glosario Feminista. Quito; 2010
12.	Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Norma y protocolo de Atención Integral de la Violencia de Género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida" Quito; 2009.
13.	INEC. Comisión de transición para la Definición de la institucionalidad pública que Garantice la igualdad Entre Hombres y Mujeres. "Estudios de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador". Quito; 2013.
14.	OPS. Salud Mental y Desastres. "Intervención en Crisis"; [Internet]. 2007 [citado el 5 abr 2014]. http://www.ops.org.bo/textocompleto/nde28704.pdf
15.	Estado Ecuatoriano. Código de la Niñez y Adolescencia. 2003
16.	Vanesis P. "Forensic medicine, past, present and Future". Medicine, Crime and punishment. 2004 Diciembre; 364.
17.	Fiscalía General del Estado. Reglamento del Sistema Especializado Integral de Investigación, de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Quito; 2014.
18.	Farlex. TheFreeDictionary. [Internet]. 2014 [citado el 5 mar 2014]. Disponible en http://es.thefreedictionary.com/negligencia
19.	Estado Ecuatoriano. Ley Orgánica de Discapacidades. Registro Oficial N° 796. Quito; 2012.
20.	Estado Ecuatoriano. Código Penal, legislación Conexa, Concordancias, Jurisprudencia. Quito 2010.
21.	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. "Recomendación general N° 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer". 2010
22.	U.S. Preventive Services Task Force, Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement Annals of Family Medicine. 2004
23.	Estado Ecuatoriano. Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia. Quito 1995
24.	Asamblea Constituyente 2008. Constitución del Ecuador. Registro Oficial 449. 2008.
25.	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. El uso del anticipo de prueba para disminuir la revictimización de los niños, niñas y adolescentes en la República de Panamá. Opinión Técnica Consultiva N° 001/2014 [Internet]. 2014 [citado el 5 de nov 2014]; Disponible en: http://www.unodc.org/documents/ropan/Technical_Consultative_Opinions_2014/OTC_001_2014.pdf
26.	Slaikou K. Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación México: El Manual Moderno; [Internet]. 2014 [citado el 23 jun 2014] http://es.scribd.com/doc/243092724/Intervencion-en-Crisis-Manual-para-Practica-e-Investigacion-Karl-A-Slaikou-docx
27.	Cerezo Huerta Héctor. Principios clínicos rectores de la intervención en crisis. [Internet]. 2005. [citado el 14 nov 2014]. Disponible en: http://intervencionencrisisydesastres.wordpress.com/2005/07/02/principios-clinicos-rectores-de-la-intervencion-en-crisis/

28.	García Ramos Juan Carlos. Primeros Auxilios Psicológicos para intervenir con personas en Crisis Emocional. [Internet]. 2010 [citado el 14 nov 2014]. Disponible en: http://psicoaymara.wordpress.com/2010/08/06/45/
29.	González Andrade Fabricio E nuevo Código de la Niñez y Adolescencia y la Prueba del ADN [Internet] 2004 [citado el 13 nov 2014]. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=H1SqvbYw2hgC&pg=PA16&dq=El+Nuevo+Codigo+de+la+Ninez+y+la+Adolescencia+y+la+Prueba+...&hl=es-419&sa=X&ei=Y3RrVMK1EdDdsASA6YJA&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=El%20Nuevo%20Codigo%20de%20la%20Ninez%20y%20la%20Adolescencia%20y%20la%20Prueba%20...&f=false
30.	Banderas García, P. (2014). <i>Calendario de controles y exámenes a realizarse</i> . Quito. Recuperado el martes 18 de Noviembre de 2014
31.	Ministerio Salud Pública del Ecuador. Guía de Atención integral de las Infecciones de Transmisión Sexual. (2011). Quito, Pichincha, Ecuador.
32.	Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis Congénita, y de la Atención Integral de Niños/as con VIH/Sida. [Internet] 2013 [Citado el 10 de nov de 2014]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Guia_de_prevenccion_control_trasmision_materno_infantilVIH.pdf

Abreviaturas utilizadas

CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COIP	Código Orgánico Integral Penal
COS	Código Orgánico de Salud
EPI	Reporte epidemiológico obligatorio
GLBTI	Gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, intersexuales
FGE	Fiscalía General del Estado.
LOS	Ley Orgánica de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
NNA	Niños, niñas y adolescentes
RDACAA	Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias
SPA	Salas de Primera Acogida
SNMLCF	Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
UAPI	Unidad de atención de peritaje integral.
VIH	Virus de inmunodeficiencia adquirido.

El REGISTRO OFICIAL no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su promulgación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.

