



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

DIRECTRICES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



DIRECTRICES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

República Dominicana
Marzo, 2025

© Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Título original

Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género

Coordinación editorial

Dirección de Planificación y Desarrollo

Formato gráfico

Enmanuel Trinidad. Dirección de Normas, Guías y Protocolos. MISPAS

eISBN: 978-9945-644-92-0

1era edición

Marzo, 2025

Santo Domingo. República Dominicana

Esta Directriz, sustituye la Guía y protocolo para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y contra la mujer, 2011. MISPAS

Este documento fue desarrollado con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Víctor Elías Atallah Lajam

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez

Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio

Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas

Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Luis Nelson Rosario Socias

Viceministro para las Direcciones Provinciales

Dra. Gina Estrella Ramia

Viceministra para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña

Viceministra de Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Lcda. Rosanna Elizabeth Arias Tejeda. Directora de Planificación y Desarrollo
Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos
Dra. Indiana Barinas. Encargada de Igualdad de Género

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

Departamento de Igualdad de Género

Lcda. Merary Amador Silverio. Técnica

Dr. Eliezer Alcántara. Técnico

Lcda. Australia Lizardo. Analista

Lcda. Carmen Heredia. Analista

Servicio Nacional de Salud (SNS)

Norman Paulino. Supervisor Nacional de Equidad de Género

Nicol José. Supervisora Nacional de Atención a Violencia de Género

CONSULTOR EXTERNO

Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID)

Dr. Juan Manuel Cartagena. Consultor

REVISORES EXTERNOS

Procuraduría General de la República Dominicana

Lcda. Andrea Villa Camacho. Directora Violencia de Género

Lcdo. Natiasky Marmolejos. Procurador Fiscal

Ministerio de la Mujer

Lcda. Jessica Croce. Directora Prevención y Atención a la Violencia

Lcda. Yadira Núñez. Encargada Atención a la Violencia

Lcda. Consuelo Zuleaga. Encargada de Trabajo Social

Lcda. Magdalena De la Rosa. Analista

Dirección Justicia Inclusiva: Poder Judicial

Lcda. Rosa Linares. Directora de Justicia Inclusiva

Lcda. Iluminada González. Gerente Equidad y Poblaciones Vulnerables

Dra. Sigem Arbaje. Coordinadora Unidad de Género Poder judicial

Asociación Pro Bienestar de la Familia

Lcda. Myrna Flores. Gerente de Género

Dra. Dolores Rodríguez. Gerente de servicios de salud

Lcda. Senaya Hernández. Asesora Legal a Víctimas

Lcda. Stephan Bayast. Coordinadora de Proyectos

VIABILIDAD JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Encargada de Documentación Sanitaria

Coordinadora Técnico Legal

Dra. Ibsen Veloz Suárez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dra. Judhy Astacio. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Resolución Núm. 0007-2025

Que pone en vigencia los Documentos Normativos y Técnicos Sanitarios para Diversos Eventos Clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, Institución Estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la Ley General de Salud No. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Núm. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina avenida Tiradentes, ensanche la Fe, debidamente representado por el Ministro **Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral No. 001-0974857-4, médico de profesión, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana.

Considerando (1): Que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores.

Considerando (2): Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (3): Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (4): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (5): Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

Considerando (6): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (7): Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Considerando (8): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (9): Que, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (10): Que, la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, proclamada el 27 de octubre de 2024.

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

Vista: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 9 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Visto: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

Primero: Se instruye, con carácter obligatorio, a todos los establecimientos y servicios de salud, tanto públicos como privados, así como a patronatos y organizaciones no gubernamentales (ONG), a cumplir con la aplicación de la Guía de Práctica Clínica, las Directrices de Atención y el Perfil de Salud para los principales eventos en el proceso asistencial. Estas herramientas operativas son fundamentales para la mejora continua de la calidad de los servicios prestados

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Pre-Cancerosas para Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, República Dominicana
2. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Pre-Cancerosas para Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, República Dominicana. Versión resumida.
3. Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género
4. Perfil de Salud de la Población Adulta de la República Dominicana

Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) promoverá el uso de la Guía de Práctica Clínica, las Directrices de Atención y el Perfil de Salud, dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL


Regionales de Salud, la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los establecimientos y servicios de salud, ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONGs.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los veinte (20) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025).


Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



CONTENIDO

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	13
INTRODUCCIÓN	14
1. OBJETIVOS	16
1.1 Objetivo general.....	16
1.2 Objetivos específicos.....	16
2. ALCANCE.....	16
3. MARCO LEGAL	16
4. INDICADORES DE CALIDAD	18
4.1 Indicadores de proceso	18
4.2 Indicadores de resultado	18
4.3 Indicadores de impacto.....	19
5. GESTIÓN DE PROCESOS OPERATIVOS	19
5.1 Marco conceptual: La Violencia contra las Mujeres es un Problema de Salud.....	19
5.2 Modelo de Atención Integral en salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género.....	24
5.3 Acciones de cuidado y autocuidado del personal de atención.....	32
5.4 Procedimiento para la atención integral a mujeres afectadas por la violencia	33
5.5 Evaluación psicológica.....	39
5.6 Valoración del riesgo vital por nuevas agresiones y medidas a adoptar.....	40
5.7 Abordaje de las mujeres en situación de violencia sexual.....	41
5.8 Acciones conjuntas y de colaboración entre el sistema de salud y el judicial.....	51
5.9 Abordaje de salud mental a las mujeres en situación de violencia	55
5.10 Registro de los casos.....	58
5.11 Notificación de los casos de violencia.....	60
5.12 Referencia y contrarreferencia.....	61
6. DIRECTRICES PROCEDIMENTALES	62
7. GLOSARIO	71
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
9. ANEXOS	76

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CONANI	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus de 2019
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEP	Profilaxis Post Exposición
SRS	Servicios Regionales de Salud
VBG	Violencia Basada en el Género
VCM	Violencia contra las mujeres
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un fenómeno social de múltiples dimensiones que causa enfermedad, discapacidad y muerte. Esta es considerada actualmente como un problema de salud pública relevante, dada su extensión, magnitud y consecuencias. En el año 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emiten la Resolución CD 37/19, en el que se reconoce la violencia contra las mujeres e intrafamiliar como un problema importante de salud pública y de derechos humanos.

Tanto desde el punto de vista individual, como desde la perspectiva de la salud pública, la carga de enfermedad debida a la violencia ha experimentado un incremento significativo, que afecta el bienestar de las personas e impacta los servicios de salud que deben proporcionar cuidados y tratamientos.

La violencia basada en género es un ejercicio de poder que se origina en las desigualdades entre mujeres y hombres, sustentado en factores estructurales y culturales, incluido el ámbito de la salud.

Las mujeres que viven situaciones de violencia padecen una amplia variedad de problemas en su salud física, mental y social. Además, se ha comprobado que éstas visitan los establecimientos de salud con mayor frecuencia que las mujeres que no son víctimas de abuso, dando lugar al incremento de los gastos en salud. La violencia afecta la productividad e implica enormes costos humanos y económicos para las sobrevivientes, sus familias y para la sociedad en su conjunto.

Los servicios de salud constituyen frecuentemente el primer punto de contacto, correspondiente al sistema formal, para las mujeres en situación de violencia. Por lo tanto, cada vez que asisten a un establecimiento de salud hay una oportunidad para detectar la violencia e intervenir para reducir sus efectos e incluso evitar la muerte. El sector salud se considera esencial para el abordaje de la violencia, desde la perspectiva de la prevención y de la atención en los servicios de salud, así como de la promoción del derecho a una vida libre de violencia, a través de las acciones de salud colectiva.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), a través del Departamento de Igualdad de Género, coordina y da seguimiento a la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia de género, acorde a lo establecido en la Resolución ministerial 00050-13 y en respuesta al marco normativo, las políticas nacionales y los compromisos internacionales referidos a este fenómeno social, incluyendo el Plan estratégico por una vida libre de violencia para las mujeres (Ministerio de la Mujer, 2020).

Por mandato de la Ley General de Salud (No. 42-01), el personal de salud tiene la responsabilidad de ofrecer atención humanizada y con calidad a las personas en situación de violencia, la cual debe ser ofertada en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, mediante los ejes de promoción, prevención, detección, registro y atención integral, según establece la Norma Nacional de Atención Integral en salud a las Personas en Situación de Violencia de Género e Intrafamiliar, puesta en vigencia en noviembre del año 2022.

En este contexto, es prioritario que los servicios de salud cuenten con Directrices que permitan la aplicación de la Norma Nacional de Atención Integral en Salud a las Personas en Situación de Violencia de Género, en procura de dar respuesta oportuna y de calidad, desde el enfoque de atención integral, derechos humanos, género e interseccionalidad que pautan dichas normas, para contribuir a la salud, al bienestar y al derecho de toda mujer, en todo su curso de vida, a vivir libre de violencia.

Estas directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género abordan las diferentes formas de violencia: física, psicológica y sexual ejercida contra las mujeres, independientemente de quién sea el agresor, aunque las actuaciones a las que se refiere están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas de violencia de género más comunes en la República Dominicana. Además, aportan una base conceptual, pautas para la atención y los formularios de registros con sus instructivos correspondientes.

El propósito del documento es orientar al personal de salud sobre cómo ofertar la atención integral, proveyéndoles del conjunto de procedimientos e instrumentos que deben ser implementados para que puedan ofrecer servicios de calidad y contribuyan a que las mujeres puedan superar la situación de violencia y le sean restituidos sus derechos.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Proporcionar al personal de salud y sectores vinculados, los criterios conceptuales y directrices operacionales para la atención integral, a las mujeres en situación de violencia de género, en todo su curso de vida.

1.2 Objetivos específicos

- Establecer las directrices básicas de actuación del personal de salud para la prevención, detección, diagnóstico precoz y el manejo relacionado a la violencia contra las mujeres.
- Contribuir a fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los distintos niveles de atención de la red de servicios de salud, así como la coordinación intra e intersectorial en materia de atención a la violencia contra las mujeres.
- Contribuir a mejorar el registro y la notificación obligatoria en materia de violencia contra las mujeres para fortalecer la vigilancia epidemiológica y las estadísticas relacionadas a este evento de salud.

2. ALCANCE

El presente documento orienta y establece las actuaciones del personal de salud en todo el territorio dominicano. Su uso abarca los servicios de salud y afines, del sector público, privado y de otra categoría, clasificación o denominación.

3. MARCO LEGAL

- Constitución de la República Dominicana, proclamada el 27 de octubre de 2024
- Ley No. 1-12, de Estrategia Nacional de Desarrollo, del 25 de enero de 2012
- Ley No. 42-01, Ley General de Salud, del 8 de marzo de 2001
- Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, del 24 abril de 2001
- Ley No. 136-03 que crea el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes, del 22 de julio de 2003
- Ley No. 1-21 que modifica y deroga varias disposiciones del Código Civil y de la Ley No. 659 de 1944, sobre Actos del Estado Civil. Prohíbe el matrimonio entre personas menores de 18 años, del 12 de enero de 2021
- Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, del 16 de julio del 2015
- Ley No. 10-15 que introduce modificaciones a la Ley No. 76-02, que establece el Código Procesal Penal de la República Dominicana, del 6 de febrero de 2015

- Ley No 172-13 que tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros públicos, bancos de datos u otros medios técnicos de tratamiento de datos destinados a dar informes, sean estos públicos o privados, del 15 de diciembre de 2013
- Ley No. 5-13 sobre Igualdad de Derecho de Personas con Discapacidad, del 16 de enero de 2013
- Ley No. 135-11, de VIH y Sida, del 7 de junio de 2011
- Ley No. 12-06 sobre Salud Mental del 3 de febrero de 2006
- Ley No. 88-03, que instituye las Casas de Acogida o Refugios, del 15 de mayo de 2003
- Ley No. 137-03 sobre Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas, del 7 de agosto de 2003
- Ley No. 147-02 sobre Gestión de Riesgos, del 22 de septiembre de 2002
- Ley No. 86-99 que crea la Secretaría de Estado de la Mujer, del 11 de agosto de 1999
- Ley No. 352-98 sobre Protección de las Personas Envejecientes, del 15 de agosto de 1998
- Ley No. 24-97 que modifica el Código Penal y sanciona la violencia contra la mujer, doméstica e intrafamiliar, del 27 de enero de 1997
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2007, ratificada el 30 de octubre de 2008
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, del 9 de junio de 1994, “Convención de Belém do Pará”. Ratificada por la República Dominicana en fecha de 07 de marzo de 1996
- Convención sobre los derechos del niño, del 20 de noviembre de 1989
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), Organización de las Naciones Unidas (ONU) de 1981. Ratificada por la República Dominicana el 2 de septiembre de 1982
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, del 11 de febrero de 1978
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, del 10 de diciembre de 1948
- Decreto No. 1-21, que crea el Gabinete de las Mujeres, Adolescentes y Niñas, para la ejecución del Plan estratégico por una vida libre de violencia para las mujeres, del 5 de enero del 2021
- Decreto No. 974-01, que crea con asiento en cada Ministerio la Oficina de Equidad de Género y Desarrollo (OEGD), del 26 de septiembre del 2001
- Resolución ministerial 0040-2022, que pone en vigencia la Norma de Atención Integral en Salud de las Personas en Situación de Violencia de Género e Intrafamiliar, del 17 de noviembre de 2022
- Resolución ministerial 000004-2020, que declara la actualización de enfermedades y eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Salud, del 2 de marzo de 2020

- Disposición No. 000004-2016, que aprueba la estructura organizativa y funciones de las expresiones territoriales desconcentradas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del 13 de octubre de 2016

4. INDICADORES DE CALIDAD

Los siguientes indicadores están vinculados al cumplimiento de la Norma para la Atención Integral en Salud a las Personas en Situación de Violencia de Género e Intrafamiliar (MISPAS, 2022), de la cual derivan las intervenciones plasmadas en estas Directrices.

4.1 Indicadores de proceso

- a) Porcentaje de establecimientos de salud intervenidos con acciones de capacitación para la implementación de las Normas de Atención Integral en Salud a Personas en Situación de Violencia (desglose por Servicios Regionales de Salud, provincias y niveles de atención).
- b) Porcentaje de personal de salud capacitado que manejan de manera adecuada los casos de personas en situación de violencia (desglose por Servicios Regionales de Salud, provincias y niveles de atención).
- c) Porcentaje de establecimientos de salud que atienden a personas en situación de violencia de manera adecuada (desglose por sexo, edad, discapacidad condición migratoria, y otras variables que sean consideradas de relevancia estadística para la toma de decisiones).

4.2 Indicadores de resultado

- a) Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con personal capacitado para la implementación de las Normas de Atención Integral en Salud a Personas en Situación de Violencia (desglose por Servicios Regionales de Salud, provincias y niveles de atención).
- b) Porcentaje de establecimientos de salud que están aplicando las Normas de Atención Integral en Salud a Personas en Situación de Violencia (desglose por Servicios Regionales de Salud, provincias y niveles de atención).
- c) Porcentaje de personas atendidas y diagnosticadas como violencia o maltrato físico, psicológico o sexual (desglose por sexo, edad, discapacidad, condición migratoria, procedencia, y otras variables que sean consideradas de relevancia estadística para la toma de decisiones).

4.3 Indicadores de impacto

- a) Porcentaje de personas en situación de violencia, atendidas, que reportan satisfacción con relación a los servicios recibidos (desglose por sexo, edad, discapacidad, condición migratoria, procedencia, y otras variables que sean consideradas de relevancia estadística para la toma de decisiones).
- b) Porcentaje de establecimientos de salud que reportan mejoras en el registro de las atenciones por violencia o maltrato físico, psicológico o sexual.
- c) Tendencia de la violencia de género e intrafamiliar en la República Dominicana (desglose por sexo, edad, discapacidad, condición migratoria, procedencia, y otras variables que sean consideradas de relevancia estadística para la toma de decisiones).

5. GESTIÓN DE PROCESOS OPERATIVOS

5.1 Marco conceptual: La Violencia contra las Mujeres es un Problema de Salud

5.1.1 Magnitud del Problema

La violencia basada en el género contra las mujeres es una violación de los derechos humanos. Representa uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres a escala global. En la actualidad, la violencia contra las mujeres es reconocida como un problema de salud pública de dimensiones epidémicas.

En la República Dominicana, las estadísticas revelan que poco más de la mitad (51.7%) de las mujeres de 15 años y más, ha sido víctima de violencia a lo largo de su vida y una tercera parte ha sufrido algún tipo de violencia en el ámbito familiar (ONE, 2018).

Los reportes de la Procuraduría General de la República (2023), indican que más de la mitad de los asesinatos ocurridos en mujeres fueron cometidos por su pareja anterior o actual.

Las atenciones por violencia son eventos de notificación obligatoria, específicamente el maltrato físico y la violación sexual. Los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS 2023), registran el acumulado de atenciones por violencia sexual en servicios de salud reflejando una elevada frecuencia en los últimos años, siendo las mujeres la mayormente afectadas por la violencia sexual, representando aproximadamente el 75% de los casos reportados; en una cuarta parte, las adolescentes de 10 a 19 años son quienes concentran el mayor número de casos de violación sexual, seguido del grupo de 20-29 años y del grupo de 5-9 años.

En cuanto al acumulado de atención de los casos reportados por maltrato físico, basado en una estadística general en los establecimientos de salud, según sexo y grupo de edad, el mayor número de casos corresponde al grupo de edad de 20-29 años, siendo más afectadas las

mujeres que los hombres, seguido por el grupo de 30-39 años, con resultados similares para mujeres y hombres.

En cuanto al grupo de adolescentes entre los 10 a 19 años, estos ocupan el tercer lugar de frecuencia por grupos de edades, con porcentajes superiores en el caso de las adolescentes en comparación con los varones. También en las edades extremas comprendidas por los menores de 1 año y de 1 a 4 años; y con edades entre 50 a 60 años y en los mayores de 60 años se verifican casos de maltrato físico.

Los reportes estadísticos del Sistema de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1 indican que la violencia doméstica se encuentra entre los eventos de mayor demanda de asistencia por parte de la población. Cabe resaltar, además, que las mujeres y sus hijos e hijas son las principales víctimas en estas situaciones. La violencia doméstica ocupa un lugar destacado entre los eventos de mayor frecuencia asistidos, solo superado por los accidentes de tránsito (Procuraduría General de la República, 2023).

El fenómeno de la violencia contra las mujeres tiende a agravarse en situaciones de crisis, emergencias y desastres, como la vivida en el contexto de la pandemia por COVID-19, debido a diversos factores, tales como las medidas de confinamiento, el mayor aislamiento, estrés e incertidumbre económica; así como la reducción en cuanto al acceso a bienes y servicios.

La violencia contra las mujeres es una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres, a las adolescentes y a las niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad. Es preciso señalar que el embarazo en adolescentes y las uniones tempranas, que afectan de manera desproporcionada a niñas y adolescentes en el territorio dominicano, se consideran expresiones de la violencia sexual normalizadas socialmente.

Además de la condición de género, existen otros determinantes sociales vinculados a situaciones de mayor vulnerabilidad ante la violencia, tales como la edad, origen étnico, condición social, migratoria, de discapacidad o de enfermedad. Las mujeres con estas condiciones de vulnerabilidad ante la violencia se consideran prioritarias.

5. 1.2 Modelo explicativo de la violencia contra las mujeres

La violencia es parte de la cotidianidad. Se trata de un fenómeno social que está presente en partes: en los hogares, las escuelas, las calles, instituciones y centros laborales (espacios de trabajo), además se difunde continuamente a través de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías de la información.

La violencia, en tanto construcción social, está sujeta a distintas valoraciones, según el contexto en el que ocurre y los grupos sociales a los que afecta. Lo que en una sociedad o en un determinado momento histórico es considerado violencia, puede no serlo en otro contexto, incluso en una misma sociedad coexisten manifestaciones de reprobación y tolerancia ante la violencia, en particular hacia algunas de sus manifestaciones.

Por largo tiempo se ha percibido la violencia como un rasgo inherente de la conducta humana, lo cual ha limitado la comprensión de sus causas y su prevención. Sin embargo, la evidencia científica ha demostrado que la violencia es un comportamiento aprendido que tiene sus raíces en la socialización de las personas, en el marco de la organización de la sociedad, sustentada en la cultura que propicia la desigualdad e inequidad.

La violencia contra las mujeres en particular ha sido considerada por mucho tiempo como algo “natural” y de carácter privado; es relativamente reciente el desmonte de esta percepción, aún no compartido por la generalidad de la población, esto gracias a la movilización social feminista que ha impulsado la acción gubernamental para hacer visible el problema y avanzar hacia su erradicación.

La violencia contra las mujeres es estructural. Las raíces de la violencia contra las mujeres se encuentran en las creencias y prejuicios que tiene la sociedad sobre las mujeres y los hombres, que se sustentan en una construcción desigual de los géneros, que es el modelo cultural predominante en la República Dominicana.

Este modelo asigna comportamientos femeninos y masculinos con base en estereotipos muy marcados, que idealizan a las mujeres como débiles, pasivas, sumisas y complacientes; mientras que los hombres deben ser fuertes, activos, dominantes y agresivos. Con base en estos estereotipos de género se justifica que los hombres impongan su voluntad, incluso recurriendo a la violencia contra las mujeres, que actúa como instrumento de dominación y control social. Esta dinámica se reproduce en todas las clases sociales y niveles educativos.

En el marco de la atención en salud se debe tomar en cuenta la existencia de colectivos de mujeres que, por sus características, condiciones de salud o situación necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas para un seguimiento adecuado. Tal es el caso de las mujeres con discapacidad, migrantes, afrodescendientes, y viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como las mujeres en situación de exclusión social. Las condiciones de vulnerabilidad social, estigma y discriminación que experimentan estos colectivos en lo que a la violencia se refiere, obliga al personal sanitario a prestar una atención especial.

El personal de salud debe tener presente la vinculación entre los diferentes tipos de violencia, es decir, que una misma persona puede estar siendo víctima de varios tipos de violencia de forma simultánea. En estos casos, es preciso especificar en los instrumentos correspondientes

los diferentes tipos de violencia identificados, tomando en cuenta que la violencia psicológica acompaña a los demás tipos y por lo regular no es diagnosticada ni registrada.

5.1.3 Dinámica atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual

En las relaciones de pareja la violencia se inicia, por lo general, con elementos de maltrato psicológico, solapados en el manto de la protección masculina y que se manifiestan a través de conductas que limitan y controlan a las mujeres de manera progresiva y sin estas percatarse, socavan su autonomía y generan dependencia, temor y aislamiento. Otras veces, va acompañada desde el inicio de lesiones físicas. En cualquier caso, tanto la lesión física como psíquica tiene una escalada en cuanto a intensidad y gravedad de las manifestaciones.

En esa dinámica se distinguen diferentes fases que se reproducen cerrando así ciclos que en realidad dan lugar a una espiral, ya que la intensidad de los actos violentos va en aumento, no se quedan en el mismo punto y nunca van en regresión.

- **Fase en el proceso de la violencia de pareja**

Se distinguen las siguientes fases, que el personal de salud debe conocer, pues permite entender aspectos que surgen durante la entrevista a la mujer en situación de violencia.

- ❖ **Fase de agresión**

Ocurre el estallido de la violencia y se producen las agresiones psíquicas y físicas, tales como insultos, humillaciones, amenazas, golpes, empujones, entre otros. En ocasiones se puede presentar agresión sexual, generalmente obligando a la mujer a una relación sexual no deseada o a determinadas prácticas sexuales contra su voluntad.

- ❖ **2. Fase de pausa**

En esta fase el agresor manifiesta arrepentimiento, resta importancia, no se responsabiliza o banaliza lo ocurrido. Manifiesta no haber querido causar daño y lo atribuye a causas ajenas a la relación interpersonal, tales como el consumo ocasional de alcohol, estrés, situación laboral u otras, haciendo un chantaje afectivo (súplicas, regalos, disculpas, promesas, otras). Así es como consigue la reconciliación, pues por lo general la mujer cree que va a cambiar y le da otra oportunidad.

- ❖ **3. Reanudación de la violencia**

Se repite una y otra vez la secuencia con mayor intensidad, episodios cada vez más agresivos y acortamiento de tiempo entre las diferentes fases. Muchos feminicidios se producen tras largos años en los que se fueron produciendo de manera reiterada estas fases, hasta que

finalmente el agresor le causa la muerte a la mujer. Sin embargo, en otras ocasiones el fallecimiento de la mujer se produce tempranamente al inicio de la violencia física de ahí la importancia del diagnóstico.

El personal de salud debe tener presente que la violencia es un fenómeno en espiral. A lo largo del proceso de la violencia la mujer experimenta pérdida progresiva de autoestima, sentimientos de desesperanza e incremento del temor hacia su agresor. La escalada de la violencia hace que cada episodio sea más devastador.

Es por esto que cuando una mujer que sufre violencia acude a un servicio de salud debe recibir apoyo de primera línea y en forma inmediata, en el marco de una atención respetuosa y no revictimizante, a través de intervenciones concretas.

5.1.4 Violencia en mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad

- **Embarazo y puerperio**

En estos periodos, se recrudecen las acciones a las mujeres en situación de violencia, provocando mayor exposición a las consecuencias físicas y psíquicas. El personal de salud debe tener en cuenta la asociación del embarazo en las niñas y adolescentes con la violencia sexual. En los casos en que se sospeche o confirme esta asociación el establecimiento de salud debe realizar la debida notificación al Ministerio Público.

- **Mujeres con discapacidad**

Las mujeres con discapacidad enfrentan discriminación por razones de género, que se adicionan a las propias de un entorno que limita el desenvolvimiento de las personas con alguna condición de discapacidad. Estas circunstancias las exponen a un mayor riesgo de situaciones de violencia, la cual se manifiesta en la omisión de cuidados elementales, aseo, alimentación, atención en salud u otras. El personal de salud debe incorporar una visión inclusiva y de derechos en la atención a esta población.

- **Mujeres migrantes**

Las mujeres migrantes pueden enfrentar una serie de situaciones que incrementan su vulnerabilidad, tales como las siguientes:

- Ausencia de redes de apoyo familiar y social
- Mujeres recién llegadas al país
- Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas
- Situación de migración irregular
- Dependencia económica o situación laboral precaria

- Desconocimiento de los recursos de protección social

- **Mujeres viviendo con VIH**

El vínculo entre el VIH y la violencia contra las mujeres está ampliamente documentado. Las mujeres que viven con VIH y situación de violencia pueden presentar:

- Depresión, inseguridad, ansiedad, baja autoestima
- Auto culpabilización
- Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales
- Largos periodos sin atención y falta de adherencia al tratamiento
- Problemas de salud agravados por falta de tratamiento

- **Mujeres en situaciones de emergencias y desastres**

Las situaciones de emergencias y desastres dan lugar a mayor exposición a la violencia, dadas las condiciones de precariedad que se generan, tales como hacinamientos, limitado acceso a servicios, escasez de alimentos, entre otros.

- **Otras situaciones de vulnerabilidad**

- Cambio vital: noviazgo, separación, jubilación de la mujer o de la pareja
- Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo
- Aislamiento tanto familiar como social
- Dependencia física, psicológica o económica
- Dificultades laborales y desempleo
- Ausencia de habilidades sociales

5.2 Modelo de Atención Integral en salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género

El modelo de atención integral en salud a mujeres en situación de violencia de género es un conjunto de procedimientos, acciones y principios fundamentales para proporcionar una atención interdisciplinaria, centrada en la mujer, con incorporación del enfoque de derechos y la perspectiva de género.

La atención integra una respuesta multidisciplinar y en conexión con diferentes sectores, con abordaje de la dimensión física, psicológica, legal y social del problema. De esta manera se trascienden las formas tradicionales de atención del daño y se crean condiciones que facilitan a las mujeres afectadas por la violencia salir de la situación actual e identificar acciones para el desarrollo de un nuevo proyecto de vida libre de violencia.

5.2.1 Componente de Promoción en Salud para una Vida Libre de Violencia

Este componente está enfocado en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, basadas en evidencias, que aborden los diferentes determinantes de la violencia de género y factores protectores que favorezcan una vida libre de violencia para las mujeres.

El primer nivel de atención, desempeña un rol relevante para el desarrollo de este componente, ya que constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Implica trabajar en el establecimiento de salud y, además, en otros escenarios, para el desarrollo de estas actividades son: hogares, escuelas, centros laborales, instituciones de reclusión y albergues, organizaciones de la comunidad, tales como iglesias y clubes, entre otras.

Igualmente, la Norma nacional de atención integral en salud a personas en situación de violencia de género e intrafamiliar (MISPAS, 2022) establece el desarrollo de las acciones de promoción por parte de los establecimientos de salud correspondientes al segundo y tercer nivel de atención.

Las acciones para realizar como parte de este componente de promoción incluyen:

A. Acciones de divulgación de informaciones

- Disponer de información impresa, audiovisual y/o digital sobre la violencia de género en diversos formatos y puestos a disposición en las áreas de mayor concurrencia por parte de las mujeres afectadas por violencia, incluyendo los baños públicos. Esta información debe ir acompañada de advertencias apropiadas acerca del riesgo que podría implicar llevar ese material al hogar, si allí hay una pareja violenta o personas agresoras.
- Colocar en lugar visible, como parte de la cartera de servicios, la información de que en el establecimiento de salud se ofrece atención a mujeres en situación de violencia.
- Incluir en las actividades de educación para la salud los temas vinculados a la violencia de género.
- Distribuir materiales informativos y educativos relacionados a la violencia de género.

B. Acciones de sensibilización y capacitación

- Desarrollar actividades de sensibilización y capacitación de forma permanente, atendiendo a las necesidades identificadas.
- Fomentar en las mujeres, durante el proceso de la asistencia sanitaria, actitudes, valores y prácticas que favorezcan la autonomía personal y el ejercicio de sus derechos, incluyendo el derecho a una vida libre de violencia.
- Promover estilos de vida saludables que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, una cultura de igualdad y equidad de género con

el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico y libre de violencia.

- Promover los nuevos modelos de masculinidad, los derechos sexuales y reproductivos, patrones de conductas y de crianza no violenta, informaciones sobre instituciones y redes sociales de apoyo a personas en situación de violencia, así como el abordaje de otros temas vinculados a la violencia contra las mujeres.
- Coordinar, organizar y apoyar acciones comunitarias e interinstitucionales para promover el derecho a una vida libre de violencia
- Organizar y apoyar el funcionamiento de espacios de reflexión y autocuidado para el personal de salud que aborda los casos de violencia.

5.2.2 Componente de Prevención y Disminución del Daño por Violencia

La prevención consiste en un conjunto de acciones que se realizan con la finalidad de favorecer los factores protectores y reducir o eliminar los factores de riesgo. Se debe enfatizar en el abordaje de las mujeres en contexto de mayor vulnerabilidad, tales como quienes tienen alguna condición de discapacidad, viven con VIH, migrantes y las víctimas de trata de personas, entre otros.

Las acciones se desarrollan en todos los niveles de atención, a través de los diferentes escenarios establecidos para estos fines, incluyendo: hogar, escuela, centros laborales (espacios de trabajo), instituciones de reclusión, albergues y organizaciones de la comunidad, tales como iglesias y clubes, entre otros.

A partir de este eje se desmontan y transforman las pautas culturales y sociales que refuerzan la violencia contra las mujeres como son los mitos, tabúes y prácticas de discriminación hacia las mujeres.

En este contexto, cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) junto a 12 agencias de Naciones Unidas, promueven la implementación de RESPETO: Siete estrategias para prevenir la violencia contra las mujeres, a la cual se han sumado gran parte de los países de la región, incluyendo la República Dominicana. Este marco de acción proporciona un paquete técnico de estrategias y enfoques basados en evidencia con el mejor potencial para poner fin a la violencia contra las mujeres.

Basamos esta intervención en la estrategia de respeto (OMS, 2020):

- 1- Relaciones con habilidades fortalecidas
- 2- Empoderamiento de las mujeres, niñas y adolescentes
- 3- Servicios garantizados
- 4- Pobreza reducida
- 5- Entornos seguros

- 6- Trabajos de prevención del abuso de niños, niñas y adolescentes
- 7- Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas

5.2.3 Componente de Atención Específica en Salud a Mujeres Afectadas por Violencia

A. Consideraciones generales

Las mujeres en situación de violencia pueden acudir al establecimiento de salud para ser atendidas por demanda espontánea o por referencia, sea esta última de la misma institución o de otra.

La atención a las mujeres afectadas por la violencia está integrada en los diferentes servicios de salud existentes, esto incluye emergencia y urgencias, consulta externa, hospitalización, servicios diagnósticos (laboratorios y estudio de imagen), odontología u otros; correspondientes a todos los niveles de atención, tal como establece la Norma para la atención integral en salud a personas en situación de violencia de género e intrafamiliar.

En algunos establecimientos de salud funcionan unidades exclusivas para la atención de la violencia de género, así como en ciertos servicios pediátricos, donde se brindan atenciones a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia. La existencia de estas unidades no excluye la atención integral a la violencia, que debe estar presente en todos los servicios ofrecidos, especialmente en lo relacionado con la detección y el diagnóstico. En consecuencia, debe tomarse en cuenta que:

1. La oferta de atención integral a personas en situación de violencia debe estar visible, como parte de la cartera de servicios del establecimiento de salud.
2. La revelación de actos de violencia por una mujer usuaria de algún servicio de salud requiere respuesta rápida por parte del personal de salud, que le corresponde ofrecer apoyo de primera línea y de manera inmediata. Además, en los servicios de atención de urgencias, se debe tener en cuenta que las mujeres afectadas por la violencia podrían no regresar; por lo tanto, el personal de salud debe establecer el seguimiento, asegurando que se fije fecha para una próxima consulta.
3. Las normas de confidencialidad deben ser siempre garantizadas por el personal de salud y explicar a la mujer que estas se mantienen, a menos que haya razones legales o situaciones que comprometan la vida de las personas y se requiera notificar la situación de violencia ante el Ministerio Público.
4. Al personal de salud le corresponde asegurar que a las mujeres usuarias se les respete y reciban un trato digno y no discriminatorio por razones de edad, etnia, cultura, ideología, condición de salud, situación económica, de discapacidad o de otra índole que generen vulnerabilidad.

5. El personal de salud debe prestar especial atención a las necesidades múltiples de las personas con alguna condición de discapacidad, quienes corren mayor riesgo de experimentar violencia, incluyendo violencia sexual y de pareja.

B. Características de la atención

La oferta de atención integral a las mujeres en situación de violencia debe cumplir con las siguientes características:

- Disponibilidad
- Accesibilidad, incluyendo medidas de accesibilidad universal
- Aceptabilidad y adecuación cultural
- Atención centrada en las personas sobrevivientes de violencia
- Abordaje de condiciones de vulnerabilidad
- Calidad, trato digno y no discriminatorio
- Seguridad
- No revictimización
- Comunicación eficaz y asertiva
- Fomento del empoderamiento, igualdad y derechos
- Consentimiento informado
- Confidencialidad, en los límites legalmente establecidos
- Recogida de datos y gestión de la información
- Seguimiento y Continuidad de la atención
- Vinculación con otros sectores y organismos a través de la referencia y la coordinación

C. Organización de la atención

Es responsabilidad del personal directivo de cada establecimiento de salud asegurar los recursos humanos y materiales que permitan ofertar la atención integral a las mujeres en situación de violencia de género, esto incluye:

- Disponer del personal con las competencias requeridas, según nivel de complejidad del establecimiento de salud.
- Asignar los espacios físicos apropiados para asegurar atención adecuada y debida privacidad, así como un ambiente respetuoso.
- Dotar de los formularios e instrumentos establecidos en las normativas y protocolos.
- Dotar de insumos y equipos básicos requeridos para la atención y custodia de evidencias.
- Promover la no violencia en la institución y en caso de que ocurra proceder con la denuncia y/o sancionar acorde a las disposiciones legales y las normativas del sistema de salud.
- Velar por el cumplimiento de las normativas y protocolos nacionales.

D. El equipo de atención integral

La atención a las personas afectadas por la violencia está integrada en los servicios de salud existentes, en todos los niveles de atención, por lo tanto, todo el personal del establecimiento de salud tiene responsabilidad y participa en los diferentes componentes del modelo de atención integral. Sin embargo, para la atención específica y el seguimiento a las mujeres en situación de violencia de género que han sido detectadas y diagnosticadas en el establecimiento de salud, se constituye el denominado equipo de atención integral. En algunos hospitales funcionan Unidades de Atención, a cargo de equipos especializados en el abordaje de mujeres en situación de violencia.

a) Integrantes y roles del personal

El presente documento propone a los establecimientos de salud la conformación de un equipo interdisciplinario, encargado de dar seguimiento a las mujeres en quienes se sospecha o detecta que están en situación de violencia. Este equipo debe estar integrado mínimamente por: personal de enfermería, medicina general o familiar, psicología y trabajo social.

En caso de niñas y adolescentes en situación de violencia, el personal de pediatría también será parte esencial del equipo de atención; mientras que, en el caso de mujeres adultas mayores, se integra al equipo el personal especializado en geriatría. También pueden integrarse profesionales y especialistas que son convocados por el equipo, atendiendo a necesidades específicas de cada caso en seguimiento.

La conformación de este equipo está sujeta a las condiciones de cada establecimiento de salud y dependerá del nivel de complejidad, capacidad instalada y los recursos disponibles.

Es responsabilidad de cada gerente o directivo del establecimiento de salud la conformación de este equipo y facilitar que sus integrantes se reúnan para dar seguimiento a los casos que son atendidos en la institución.

El perfil del personal que integra este equipo incluye de manera obligatoria el tener competencias en el abordaje de la violencia de género; por lo menos haber recibido la capacitación básica para este tipo de atención, reconocida o avalada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Además, el personal debe recibir educación continuada en temáticas vinculadas al abordaje de la violencia de género. En este sentido, le corresponde al personal directivo de los establecimientos de salud promover, apoyar y coordinar actividades de capacitación y actualización en prevención y atención a la violencia de género, dirigida al personal de salud a su cargo.

Las funciones y roles del equipo interdisciplinario se complementan al accionar desde cada disciplina para el logro del objetivo común, centrado en la atención integral de la mujer en situación de violencia de género.

b) Competencias según disciplinas

Cada integrante de este equipo interviene, acorde a lo establecido en los protocolos de atención. A continuación, se enuncian las acciones generales que les competen, según disciplinas.

Personal de enfermería

- Realiza el registro inicial de la mujer que acude al establecimiento de salud
- Explica y vela por el cumplimiento de las normas de privacidad y confidencialidad
- Ofrece apoyo de primera línea a mujeres que revelan ser víctimas de violencia
- Presenta al personal médico responsable de la evaluación de las mujeres con sospecha de violencia
- Está presente y asiste al personal médico durante la evaluación, especialmente cuando se trata de violencia sexual
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento.
- Orienta y ofrece consejería específica
- Participa en reuniones del equipo interdisciplinario para análisis y toma de decisiones terapéuticas referidas al seguimiento de las mujeres atendidas
- Colabora con los procesos de sensibilización y capacitación en materia de abordaje a la violencia de género

Personal médico

- Realiza la atención médico-clínica, la cual incluye la historia clínica y el examen físico con recolección de evidencias
- Explica y vela por el cumplimiento de las normas de privacidad y confidencialidad
- Ofrece apoyo de primera línea a mujeres que revelan ser víctimas de violencia
- Registra toda la información en su expediente o récord clínico, incluyendo la descripción precisa del diagnóstico probable o confirmado de violencia
- Aplica los instrumentos protocolizados
- Indica las pruebas y estudios complementarios
- Orienta y ofrece consejería específica
- Notifica a los demás integrantes del equipo interdisciplinario, a fin de confirmar la detección y tomar las medidas terapéuticas correspondientes

- Comunica a las autoridades del establecimiento de salud sobre mujeres en situación de violencia, para la realización de notificación al Ministerio Público de cualquier tipo de violencia para evitar impunidad
- Realiza el tratamiento médico correspondiente
- Solicita interconsultas con profesionales y especialistas, en caso necesario.
- Realiza referencias para atención en otro establecimiento de salud y a otras instituciones para fines de atención, legales y de protección
- Participa en reuniones del equipo interdisciplinario para análisis y toma de decisiones terapéuticas referidas al seguimiento de las mujeres atendidas
- Colabora con los procesos de sensibilización y capacitación en materia de abordaje a la violencia de género

Personal de salud mental

- Realiza la evaluación psicológica, a la vez que ofrece contención y apoyo psicoemocional
- Asegura la integridad de la mujer en el establecimiento de salud
- Explica y vela por el cumplimiento de las normas de privacidad y confidencialidad
- Ofrece apoyo de primera línea a mujeres que revelan ser víctimas de violencia
- Realiza intervención en crisis, según amerite la condición de la mujer
- Evalúa situación de riesgo y peligrosidad en las víctimas de violencia y apoya la elaboración de un plan de seguridad por parte de estas
- Orienta y ofrece consejería específica
- Realiza y da seguimiento al proceso terapéutico desde la perspectiva de la salud mental
- Refiere a psiquiatría y a otros especialistas, en caso necesario
- Aplica los instrumentos protocolizados
- Coordina y colabora con las redes y grupos de apoyo terapéutico en materia de violencia de género
- Participa en reuniones del equipo interdisciplinario para análisis y toma de decisiones terapéuticas referidas al seguimiento de las mujeres atendidas
- Colabora con los procesos de sensibilización y capacitación en materia de abordaje a la violencia de género
- Personal de trabajo social
- Realiza la evaluación desde la perspectiva social, a la vez que ofrece contención y apoyo
- Asegura la integridad de la mujer en el establecimiento de salud
- Explica y vela por el cumplimiento de las normas de privacidad y confidencialidad
- Orienta y ofrece consejería específica
- Completa la investigación sobre la situación familiar y social. Se apoya en el personal de enfermería y promotores de los establecimientos de atención de primer nivel y/o con personas relevantes de la comunidad (representantes de las juntas de vecinos, alcaldes, líderes comunitarios e iglesias, entre otros)

- Realiza visita domiciliaria, según necesidades y disponibilidad de recursos y complejidad del establecimiento de salud
- Evalúa la situación de protección en la comunidad, para verificar la existencia o no de redes de apoyo que le faciliten el mejor afrontamiento a la situación vivida
- Determina y coordina la atención entre las estructuras disponibles en la comunidad: Fiscalía, Oficinas Provinciales y Municipales del Ministerio de la Mujer y redes de apoyo comunitario, entre otras. Además de las juntas locales y Oficinas municipales del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), cuando la situación involucra a niños, niñas y adolescentes
- Aplicar los instrumentos protocolizados
- Coordina y colabora con las redes y grupos de apoyo terapéutico en materia de violencia de género
- Participa en reuniones del equipo interdisciplinario para análisis y toma de decisiones terapéuticas referidas al seguimiento de las mujeres atendidas
- Colabora con los procesos de sensibilización y capacitación en materia de abordaje a la violencia de género

5.3 Acciones de cuidado y autocuidado del personal de atención

La atención directa a personas en situación de violencia es una actividad que demanda esfuerzos extras y mayor carga emocional por parte del personal de salud, por lo que es necesario prever acciones que garanticen el cuidado del equipo de profesionales que trabajan en la atención directa y el seguimiento de los casos de violencia.

El personal de salud que atiende frecuentemente casos de violencia, al cabo de los años de ejercicio, pueden desarrollar el síndrome de estrés laboral el cual tiene un inicio insidioso, no fácil de detectar y que desde sus primeras fases da lugar a atención inadecuada a las víctimas lo que les crea un grave daño añadido. En este sentido se recomienda la coordinación de programas de cuidado y autocuidado orientados al mantenimiento de la salud mental y también a asegurar que el personal asignado a la atención de casos de violencia de género cumpla con satisfacción el trabajo diario. Las intervenciones para desarrollar implican procesos individuales, grupales y gerenciales:

A) Proceso individual

- Reflexionar y entrar en contacto con su propia historia personal
- Designar un profesional de salud mental para el cuidado emocional del personal
- Practicar ejercicios físicos de respiración y relajación
- Respetar horas de sueño y descanso
- Practicar técnicas dirigidas a prevenir el estrés profesional

B) Procesos grupales

- Crear espacios de autoayuda y ayuda mutua dentro del establecimiento de salud
- Crear espacios de estudio de casos y reflexión
- Realizar capacitación continua sobre violencia con enfoque de autocuidado y ayuda mutua

C) Procesos de gestión de personal

- Realizar rotación de funciones respecto a la atención a sobrevivientes de violencia
- Organizar actividades extra laborales que permitan desarrollar vínculos afectivos, capacidad de trabajo en equipo y la solidaridad entre el personal
- Tener presente, ante signos de síndrome de estrés profesional, actuar de inmediato para reducir la exposición a las situaciones estresantes

5.4 Procedimiento para la atención integral a mujeres afectadas por la violencia

La atención integral en salud a la violencia de género procura restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas.

La Norma Nacional establece que todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios de salud, del sector público, privado, social y de otra categoría, clasificación o denominación deben garantizar atención integral en salud a las personas en situación de violencia de género, mediante un abordaje interdisciplinario, que incluya atención médico-clínica, médico legal, psicológica, orientación y consejería. El personal de salud capacitado en violencia contra las mujeres estará a cargo de este abordaje, en cumplimiento del presente documento de directrices.

5.4.1 Procedimientos generales

- Realizar la atención de manera respetuosa, sin ningún tipo de discriminación y evitar la revictimización.
- Realizar el examen médico y la atención de la salud física y emocional seguidamente una de la otra de manera secuencial, siempre que sea posible
- Explicar y obtener el consentimiento informado por parte de la mujer víctima de violencia, en relación con cada uno de los aspectos siguientes: examen médico, estudios complementarios, tratamiento, recogida de pruebas forenses y la divulgación de información a terceros
- Realizar la valoración del grado de riesgo a la integridad física o riesgo de muerte para la mujer sobreviviente de violencia. Para determinarlo, el personal de salud se apoya en el

formulario de valoración de riesgo y lo aplica según el instructivo correspondiente (ver formulario 1). Según los resultados de esta valoración, se elabora el plan de seguridad en conjunto con la víctima. Este formulario se incluye en el expediente clínico

- Atender de manera inmediata a las personas afectadas por violencia que están en crisis y brindarle toda la atención requerida. La intervención en crisis es una prioridad, si el servicio no tiene la capacidad resolutive para realizarla, debe estabilizar a la mujer afectada por la violencia y referirse a un establecimiento de salud que ofrezca este tipo de intervención
- Ofrecer apoyo, orientación y consejería a la persona afectada por la violencia
- Establecer el tratamiento a las personas afectadas por la violencia, este incluye el restablecimiento de las funciones físicas, psicológicas y sociales. Dar seguimiento a las mujeres sobrevivientes de violencia, brindando la atención y apoyo necesario para la rehabilitación de sus vidas, incluyendo el acceso a grupos de apoyo y a las redes de prevención y atención a la violencia
- Referir en caso de no disponer de la capacidad resolutive requerida para la atención que se amerita, sea a otro servicio de salud u otra institución que forme parte del sistema de atención a la violencia y aborde los aspectos legales, de protección u otro tipo. Tener en cuenta, para fines de referencia, que las mujeres en situación de violencia ameritan una atención de urgencia
- En el marco de la atención a la violencia, se consideran como servicios o medidas esenciales: la identificación de las sobrevivientes; la asistencia directa que incluya el tratamiento médico de urgencia, la atención a las agresiones sexuales, la atención de la salud mental y la documentación médico legal
- Tener presente que la hospitalización o ingreso en el establecimiento de salud de una mujer en situación de violencia está indicada en caso de que exista un peligro inminente contra su vida, aunque no presente criterios clínicos para ser ingresada, si no tiene un lugar seguro donde ir. Si el nivel de complejidad del establecimiento de salud no permite la hospitalización, se debe referir a uno, con la capacidad resolutive requerida, dentro de la red de servicios
- Estos casos son considerados de alta complejidad y deben ser de conocimiento de las autoridades del área de salud, quienes realizan los trámites necesarios con el Ministerio Público para el referimiento a una Casa de Acogida. En aquellas situaciones donde no haya comunicación directa con los servicios de la fiscalía que corresponda, se opta por establecer comunicación vía el Centro de Contacto Línea Vida, a través del teléfono 1-809-200-1202

5.4.2 Principales acciones de orientación

Todo el personal de salud debe ofrecer orientación a las mujeres víctimas de violencia que accedan al servicio, para que estas reciban las atenciones con calidez y calidad, garantizando sus derechos. Se debe hacer énfasis en las siguientes orientaciones:

- La persona sobreviviente no es culpable del maltrato
- Nada justifica el maltrato y que la persona merece respeto
- Existe ayuda para este tipo de situación, se puede enfrentar el problema y detener el maltrato
- Hacerle saber que no está sola y que hay personas que quieren ayudarla
- Sugerir a la mujer que le cuente a alguien de su confianza lo que le está pasando
- Hay que enfatizar que la violencia no es natural, que es un crimen penado por la ley
- Informar a la mujer sobre sus derechos y los mecanismos para denunciar la violencia

5.4.3 Detección y diagnóstico

- La detección y el diagnóstico de la violencia de género constituyen un paso esencial para la protección, asistencia y seguridad de las mujeres en situación de violencia. A través de este componente se busca ofrecer apoyo de primera línea y asistencia directa centrado en la mujer afectada, cuando ésta revela actos de violencia o la situación es identificada por el personal de salud.
- La detección de la violencia puede ser realizada en todo tipo de servicio: emergencia, consulta externa, hospitalización, servicios diagnósticos (laboratorios y estudios de imagen), odontología u otros, por lo tanto, se requiere que todo el personal tenga por lo menos una capacitación básica en el abordaje de la violencia
- No se debe realizar detección universal de acuerdo con lo establecido en la Norma Nacional, con base en las evidencias científicas y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2016). El personal de salud no debe aplicar el método de detección universal, rutinario o de indagación sistemática para detectar la violencia de género (consistente en formular preguntas a las mujeres en todos los encuentros de atención de salud). Sin embargo, el personal sanitario debe tener una actitud de alerta ante síntomas o signos de sospecha de violencia
- Todo diagnóstico está basado en la anamnesis y exploración. En general, la víctima acude a los servicios de salud, para ser atendida por lesiones físicas. Es menos frecuente que solicite atención debido a maltrato psíquico, salvo que se encuentre en un estado de crisis que haya desbordado la capacidad de gestionar su situación. No obstante, la diferenciación entre maltrato físico y psíquico es inexistente cuando se presenta con lesiones físicas, pues éstas suponen en todos los casos daño psíquico
- La violencia sexual en el contexto de agresión en las relaciones de pareja se concreta fundamentalmente en forzar una relación sexual no deseada o realización de determinadas

prácticas sexuales no consentidas. Esta puede conllevar lesión psíquica y física. Por lo expuesto, no conviene hacer diferenciación entre las diferentes formas de violencia, pues en la mayoría de las veces, se presentan de forma conjunta. Al inicio en sus primeras fases suele ser una violencia de tipo psíquico con insultos, desprecios y todo tipo de vejaciones. Según se van produciendo nuevos episodios de violencia se suman las lesiones físicas que, además, en sucesivas fases van siendo de mayor intensidad hasta que, en no pocos casos, terminan en la muerte.

5.4.3.1 Anamnesis

Esta es diferente según el tiempo transcurrido entre la agresión y la atención en salud. Se presentan dos posibilidades:

- 1.- La mujer acude al establecimiento de salud inmediatamente tras ocurrir la fase de agresión.
- 2.- La mujer acude al centro de salud pasadas horas o días de la agresión.

En caso de que hayan pasado horas o días, comienza el proceso de banalización de lo ocurrido, hasta el punto en que la víctima solo solicita atención de las lesiones que sufre, pero minimiza los hechos ocurridos, refiere que la causa de las lesiones apreciables es fortuita, incluso por mecanismo y contexto totalmente diferente al que realmente se produjo.

- La entrevista a la mujer se desarrolla con una actitud libre de prejuicios, prestando apoyo a sus inquietudes, sin invadir su autonomía, con uso de un lenguaje sencillo y comprensible, estableciendo un clima de confianza que facilite la comunicación y la expresión de sentimientos
- En caso de que la mujer afectada no esté en condiciones de responder, debido al desconocimiento o manejo deficiente del idioma español, el establecimiento de salud debe disponer o gestionar de personal de apoyo para la traducción. De igual forma, si la mujer afectada tiene alguna discapacidad que le impida comunicarse, el establecimiento de salud debe disponer o gestionar de personal calificado que brinde asistencia para garantizar la adecuada comunicación
- En el proceso de indagación sobre los antecedentes de la violencia, se le explica el manejo de las normas de confidencialidad y se enfatiza que esta se mantiene a menos que haya razones legales o situaciones que comprometan la vida de las personas y se requiera notificar la situación de violencia al Ministerio Público y la referencia correspondiente
- Se debe mantener en todo momento un trato digno y respetuoso, evitando en lo posible la revictimización, pero abordando directamente la causa que le ha llevado a acudir al establecimiento de salud, a la vez que se genera un ambiente de seguridad que facilita comunicar lo ocurrido

- El personal de salud debe tener en cuenta que la persona que está entrevistando, aun siendo una víctima, puede minimizar o incluso negar los hechos por muy evidentes que parezcan, como un mecanismo de defensa ante los sentimientos de fracaso o culpa que le invaden y de responsabilidad frente a hijas e hijos, entre otros y que según el tiempo de evolución del maltrato que viene sufriendo es posible que hayan producido cambios en su conducta, reprimiendo sus emociones y en general su situación

A lo largo de la entrevista y en los momentos que se entiendan más adecuados, preguntar sobre:

- Las lesiones físicas que se aprecien y otras ocultas bajo las ropas
- Cuando se produjeron
- En el caso de que hayan transcurrido horas o días, la causa del retraso en solicitar la asistencia médica
- Agentes lesivos u objetos utilizados

Los datos que se obtienen en la anamnesis tienen un gran interés para establecer el grado de congruencia entre lo referido y las lesiones físicas que presente.

5.4.3.2 Examen físico

La exploración debe ser minuciosa y detallada, anotando la naturaleza y características de las lesiones halladas, para esto se seguirán las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016). El personal de salud realiza un examen exhaustivo de las lesiones y debe describir:

- Número de lesiones
- Tipo de lesiones
- Tamaño de cada una de ellas
- Localización anatómica
- Posible agente causal de la lesión (cinturón, cadena, uñas, martillo, cigarrillo, bate u otros)
- Evolución aproximada de las lesiones (referido unitariamente o comparativamente entre las diferentes lesiones, las más recientes, las más antiguas), coloración, bordes, cicatrización y otras características

El personal de salud establece la relación entre los datos obtenidos en la anamnesis y los hallazgos objetivos de las lesiones observadas y anota en la historia clínica la existencia, cuando ocurra, de incongruencia entre lo referido por la mujer y las lesiones.

Las incongruencias son consecuencia de la fase de banalización que sigue a la de agresión, en la cual la víctima minimiza u oculta lo ocurrido incluso llega a retractarse, lo que tiene

repercusión en el sector salud y también limita la acción de la justicia y la adopción de medidas, de manera que se reanuda la convivencia para producir un nuevo episodio de violencia. Las incongruencias descritas, permiten, por tanto, saber que la mujer está en fase de banalización y en proceso de retractación.

Las lesiones más frecuentes que se van a encontrar en la violencia física en el contexto de las relaciones de pareja son muy variadas y pueden presentarse con diferente intensidad, constituyendo indicadores que orientan el diagnóstico de la violencia.

A) Contusiones

1.- *Contusiones superficiales simples* (producidas por un mecanismo de acción):

- Sin solución de continuidad: eritemas, equimosis, hematomas
- Con solución de continuidad: erosiones, excoriaciones y heridas contusas
- Complejas (producidas por dos o más mecanismos de acción)
- Mordeduras
- Aplastamientos
- Caídas aceleradas
- Precipitaciones

2.- *Contusiones profundas*

- Roturas hepáticas
- Estallidos de bazo

B) Lesiones por armas blancas (cristales, láminas metálicas, cuchillos, navajas, punzones, otras):

- Heridas punzantes
- Heridas incisivas o cortantes
- Heridas punzantes-cortantes.
- Heridas cortantes-contundentes

C) Lesiones por asfixia mecánica

- Lesiones por intentos de estrangulación a mano
- Lesiones por intentos de estrangulación a lazo
- Lesiones por sofocación – obstrucción de orificios respiratorios
- Lesiones por compresión externa torácico abdominal
- Lesiones por mecanismos de asfixia mixtos

D) Lesiones por arma de fuego

- proyectil único (bala)

- Proyectil múltiple (perdigones de cartucho)

E) Quemaduras

F) Lesiones por la acción de sustancias cáusticas sobre la superficie corporal (ácidos o álcalis)

G) Lesiones en órganos de los sentidos:

Oculares:

- Contusiones periorbitales y anexos
- Conjuntivitis traumática
- Lesiones de córnea (como queratitis, y/o afines)
- Lesiones de la piel (como queratosis, y/o afines)
- Subluxación o luxación de cristalino
- Desprendimiento de vítreo
- Desprendimiento de retina

Auditivas:

- Rotura timpánica

H) Lesiones neurológicas posterior a traumatismo craneoencefálico

✓ Indicadores de la violencia contra la mujer, por las características de las lesiones:

- Presencia de múltiples lesiones
- Diferentes agentes etiológicos causantes de lesiones de diferente naturaleza
- Lesiones en diferente estadio evolutivo, diferente data
- Superposición de unas lesiones sobre otras

✓ Indicadores de la violencia contra la mujer, al relacionar anamnesis con el examen físico:

- Anamnesis en la que figura el relato de maltrato en concordancia con las lesiones físicas
- Anamnesis en la que la mujer minimiza el daño o no existe congruencia alguna entre lo que refiere y lo que el personal de salud observa objetivamente desde el punto de vista clínico, tras la exploración efectuada

5.5 Evaluación psicológica

La situación de violencia continuada da lugar a cambios de comportamientos en la mujer y no pocas veces secuelas, todas ellas relacionadas con la intensidad de las agresiones, la dualidad con lesiones físicas y el tiempo de desarrollo. El estado mental que presenta la víctima es indicador de la violencia psíquica, aunque hay que tener en cuenta que ningún síntoma por sí mismo tiene especificidad como indicativo de maltrato.

Desde el inicio de la atención en salud se puede observar múltiples síntomas inespecíficos, tales como:

- Ansiedad o angustia
- Irritabilidad
- Incontinencia emotiva en forma de llanto, ira o miedo
- Aislamiento progresivo que afecta a las relaciones interpersonales con familiares cercanos y amistades, con limitación de las relaciones sociales y también el ámbito laboral, llegando al ausentismo

En un intento de evitar la confrontación con su agresor, la mujer accede a todo lo que le pide en un deseo de agradarle, adquiriendo una actitud absolutamente sumisa que va a marcar la baja autoestima. Progresivamente, se presentan rasgos depresivos como tristeza vital y desilusión. Le inundan los sentimientos de vergüenza y de culpa. Puede presentarse la ideación suicida. En determinados casos se inicia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Finalmente puede dar lugar al padecimiento de entidades nosológicas psiquiátricas como:

- Trastornos del estado de ánimo – depresión
- Trastornos por consumo e inducidos por sustancias
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastorno de estrés postraumático

Las alteraciones psíquicas descritas, en mayor o menor intensidad, junto con la presencia de lesiones físicas, son claros indicadores de violencia contra la mujer.

5.6 Valoración del riesgo vital por nuevas agresiones y medidas a adoptar

En toda mujer atendida por violencia de género valorar si existe riesgo de sufrir nuevas agresiones que puedan poner en peligro su vida o integridad física y/o la de personas de su entorno o dependientes de ella (hijos, hijas, familiares...), así como la presencia de ideación suicida.

Para estos fines aplicar el formulario de valoración de riesgo y pautas para elaboración del plan de seguridad (ver formulario 1), una vez completado debe ser incluido en el expediente clínico.

5.7 Abordaje de las mujeres en situación de violencia sexual

La violencia sexual puede provocar impactos negativos inmediatos y a largo plazo afectando el bienestar físico, psicológico y social de la persona. Esta debe registrarse como diagnóstico en el expediente clínico.

Las modalidades del maltrato sexual son múltiples, en estas directrices se establecen los parámetros para la atención que debe proveerse a una mujer que sufre una violación en el contexto de una agresión o abuso sexual, pues se trata de una situación particular que demanda una atención específica y urgente, además de la coordinación con el sistema de justicia, debido a que la persona violentada es fuente de indicios, huellas y pruebas en su cuerpo, sus ropas y en su estado psíquico que requieren ser analizadas. La coordinación de la atención en salud y la atención en materia de justicia es fundamental para la restitución de los derechos de las mujeres violentadas.

Las siguientes pautas de intervención y procedimientos están basadas en las recomendaciones basadas en evidencias de la OPS (2016).

5.7.1 Intervención inicial

La violencia sexual hacia las mujeres supone un daño integral a su salud con consecuencias a corto, medio y largo plazo tanto en la esfera física como en la psíquica y social, con un amplio corolario de síntomas y cuadros clínicos. La persona víctima de una agresión o violación sexual se considera una urgencia y debe ser atendida de inmediato.

- Es preciso, explicar a la persona agredida sexualmente los procedimientos y pasos a seguir durante su atención de una manera clara, pausada y lo más detallada posible de manera que sea informada antes de obtener su consentimiento. Además, hay que explicar qué puede hacer preguntas y solicitar que se detenga el examen en cualquier momento
- Si se trata de una persona menor de edad, o una persona con alguna discapacidad para la toma de decisiones, verificar que quien acompaña no sea la persona agresora, quién nunca debe estar en el mismo escenario con la víctima. Los procedimientos deben ser explicados y tener el consentimiento informado por parte de la persona a cargo o tutora
- Si es posible, permitir a la mujer escoger el sexo del personal de salud que le atenderá la manera de actuar del personal salud y medicina legal es conjuntamente, de manera que de forma simultánea se realice la exploración y cada profesional recoja las muestras, por un

lado, de interés clínico y por otro de interés médico legal, evitando así la duplicidad de exploraciones y minimizando de esta manera la revictimización

- El primer paso en la atención a una mujer víctima de violencia sexual es aplicar el apoyo de primera línea (ver cuadro). Tener presente que, si existen lesiones de gravedad, corresponde aplicar el procedimiento indicado para pacientes graves en salas de emergencia y urgencia, según protocolos específicos

Apoyo de primera línea (ANIMA)	
Atención al escuchar	Escuchar con empatía a la mujer en situación de violencia
No juzgar y validar	Demostrar que se comprende a la mujer, que se cree y no se le juzga. Hay que asegurar a la mujer que no tiene la culpa de lo sucedido
Informarse sobre las necesidades y preocupaciones	Evaluar y responder a necesidades y preocupaciones de las mujeres (emocionales, físicas, sociales y prácticas como el cuidado de otras personas a su cargo, sed, frío, entre otras)
Mejorar la seguridad	Analizar con la mujer (adulta) o persona responsable (del niño, niña, adolescente o persona con discapacidad intelectual) la evaluación de riesgo inminente de violencia y plan de seguridad, estrategias de autoprotección, requerimientos adicionales y activación de mecanismos de protección para la mujer y su entorno
Apoyar	Informar sobre derechos, servicios y oferta de protección social

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. 2016

Manifestaciones de violencia sexual según tiempo transcurrido		
Áreas	Corto plazo	Largo plazo
Sexual	Sangrado vaginal e irritación de la zona perineal.	Pérdida o disminución del deseo y excitación sexual, menstruaciones irregulares, dolorosas, síndrome premenstrual, infecciones de transmisión sexual (ITS), dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias repetitivas, entre otras.
Física	Lesiones corporales, tanto en zona genital como en otras partes del cuerpo, de diferente intensidad, contusiones simples, abrasiones, heridas contusas, mordeduras, quemaduras, heridas por arma blanca, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, entre otras.	Dolores de cabeza, dolores crónicos de articulaciones, musculares, de abdomen, cansancio, problemas gastrointestinales, pérdida de apetito, entre otros.

Psicológica	Emociones intensas de culpa, vergüenza, asco, miedo, terror, pánico, indefensión, impotencia, inseguridad, vulnerabilidad, tristeza, desesperanza, rabia o ira. Crisis de ansiedad, estrés y síntomas depresivos. Estado de alerta o hipervigilancia, estado de shock, bloqueo, dificultad para tomar decisiones, incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático y síntomas disociativos, entre otras.	Disminución significativa de la autoestima y de la confianza en sí misma. Emociones persistentes de culpa, vergüenza, asco, miedo, rabia e impotencia, tristeza y desesperanza. Ansiedad, estrés, síntomas depresivos y fobias. Trastorno de estrés postraumático, trastornos de la alimentación, dificultades para dormir, disminución de la concentración, pérdida de memoria, irritabilidad, estado de alerta constante, abuso de sustancias (alcohol, drogas o medicamentos), autolesiones. Aislamiento, desconfianza en los demás y desconexión social. Evitación de estímulos relacionados con la violencia sufrida y dificultad para narrar determinados aspectos de lo ocurrido. Síntomas disociativos.
Social	-----	Estigmatización, rechazo y aislamiento social, pérdida del trabajo y de oportunidades laborales.

Fuente: adaptado de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. 2016

5.7.2 Procedimientos

- Realizar historia y examen clínico
- Proceder al manejo inmediato de lesiones físicas
- Realizar valoración del estado emocional e intervención en crisis si es requerida, por parte del personal de salud mental
- Solicitar la actuación del personal médico forense y colaborar con su trabajo
- Tomar muestras del aparato genital para detectar infecciones de transmisión sexual
- Indicar análisis de laboratorio y otros estudios complementarios
- Aplicar manejo profiláctico de embarazo, VIH y otras infecciones de transmisión sexual
- Asegurar seguimiento a la mujer en situación de violencia

A. Pautas para la entrevista

- Tener en cuenta que la historia clínica puede servir como prueba en un proceso judicial
- Realizar entrevista semiestructurada. No hacer preguntas que puedan llevar a revictimización
- Transcribir los hechos tal como son relatados por la mujer (fecha, lugar, hora, otros)
- Realizar la entrevista acompañado por otro integrante del equipo de salud; previa información y consentimiento de la mujer. Cuando se trate de niñas y adolescentes, estas se entrevistan por separado de sus cuidadores y en presencia de otro personal de

apoyo. Si la víctima tiene menos de 4 años, la recolección general de los hechos se hace a la persona adulta, cuidadora o tutora que esté a cargo

- Asegurar durante la atención a mujeres migrantes, que estas comprenden el español; en caso contrario, disponer de un personal para traducción, preferiblemente del equipo de salud o en su defecto, alguna persona que esté acompañando a la mujer y que sea aprobada por esta
- Tener en cuenta los apoyos y ajustes razonables para proteger los derechos de las mujeres con discapacidad. Cuando cuenten con una persona de apoyo, siempre se debe dirigir la comunicación a la mujer con discapacidad
- Registrar toda la información en el expediente clínico y completar el formulario de registro de atención en caso de violencia de género (ver formulario 2)

B. Procedimientos para la historia clínica

La anamnesis constituye una de las primeras etapas que configuran el examen de una víctima de violación sexual, y durante esta entrevista, se le pregunta acerca de los antecedentes personales y familiares que el personal de salud considere de interés.

En relación con los antecedentes médicos de la víctima, se recomienda recopilar información acerca de:

- Antecedentes médicos previos, especificando fecha aproximada y diagnósticos concretos, en el caso de ser posible
- Antecedentes quirúrgicos previos, especificando fecha aproximada de la intervención, tipo de intervención y motivo de la misma
- En el caso de la existencia de un seguimiento médico actual, motivo del mismo, y tratamiento farmacológico, si lo hubiera
- Posibles alergias

En la anamnesis se debe incluir un apartado específico, diferenciado, relativo a la historia ginecológica, que recabe información acerca de:

- Fecha de la última menstruación
- Periodicidad del ciclo menstrual
- Embarazos previos
- Partos
- Posibles complicaciones durante los embarazos y partos
- Abortos
- Existencia de cirugías pélvicas previas
- Utilización de métodos anticonceptivos y tipo, en caso afirmativo.

- Existencia de una relación sexual consentida con carácter previo a la agresión; fecha de la misma

Específicamente, se debe preguntar a la víctima acerca de la posible existencia de:

- Sangrado genital
- Secreciones
- Irritaciones
- Dolor y su localización
- Sintomatología urinaria y digestiva

Se debe reunir información con respecto a lo siguiente:

- Fecha y hora aproximada de la agresión sexual
- Lugar donde se produjo con breve descripción de la ubicación
- Si reconoce la identidad del agresor o agresores, con especificación de si se trata de un agresor familiar, vecino o conocido, o que hubiera tenido relación, o mostrado interés o violencia previa
- Si se acuerda de lo ocurrido o perdió el conocimiento o situación similar que le impida saber lo ocurrido durante un tiempo determinado
- Si hubo forcejeo previo
- Si ha existido penetración, y en caso afirmativo, por qué vías
- Si hubo lamidas, succiones o chupones y en caso afirmativo descripción de las zonas del cuerpo donde crea que hubo
- Si conoce si ha eyaculado o no
- En el caso de eyaculación, si ha sido fuera de orificios o vías naturales, y en este caso, sobre el cuerpo o ropas
- Si sabe si ha utilizado preservativo
- Si se ha limpiado o lavado posteriormente, parcial o totalmente
- Tipo de violencia, y en su caso, utilización de armas como instrumento intimidatorio, o empleo de medios de sujeción mecánica
- Estado de la vestimenta y maniobras llevadas a cabo sobre ellas durante la agresión, que produjeran roturas, desgarros o se limpiara el agresor en ellas
- Posible empleo de tóxico
- Si recuerda que recibió algún traumatismo craneal (pérdida de memoria o conciencia)
- Si empleó algún medio para filmar la agresión
- Si ha sido víctima o ha denunciado otras agresiones de este tipo

En casos afirmativos a las interrogantes anteriores, deben recabarse sobre lo siguiente:

- Penetración vaginal (pene, dedos, objetos)

- Penetración anal (pene, dedos, objetos)
- Penetración oral
- Eyacuación, y en caso afirmativo, aproximación a la localización de la misma
- Contacto oral del agresor o agresores con algún área anatómica de la víctima, especificando en lo posible, la zona
- Contacto oral forzado de la víctima con alguna región anatómica específica del agresor
- Empleo de preservativos
- Las maniobras realizadas por la víctima y el agresor, con posterioridad al ataque. En el primer caso, es de especial interés conocer si hubo cambio de ropa, lavado y duchado de la víctima, así como si ha orinado o defecado

C. El examen físico: Consideraciones generales

El examen físico de la víctima resulta insustituible para:

- Establecer el estado físico de la víctima, y descartar o no, la necesidad de una asistencia médico-quirúrgica urgente
- Describir desde el punto de vista médico forense el cuadro lesivo consecuencia de la agresión, en el caso de que se hubieren producido lesiones y la interpretación de estas
- Tomar y obtener las muestras e indicios, destinados a estudios clínicos y médico forenses

Es muy importante tener en cuenta que, frecuentemente, las víctimas de violaciones sexuales no presentan lesión física alguna, de manera que la ausencia de ese tipo de lesiones nunca debería inducir a la duda.

Antes de comenzar el examen físico de la víctima de una violación sexual:

- Explicar a la víctima con detenimiento, sin prisas, con calma y precisión, el procedimiento que se va a seguir, las distintas etapas de las que consta, y en qué va a consistir cada una de ellas, respondiendo a cuantas cuestiones pueda ésta plantear
- Permitir la presencia de un familiar o allegado a la víctima durante el reconocimiento, siempre que no resulte perjudicial para la investigación y durante la ejecución del procedimiento
- Asegurar que esté presente un personal de apoyo durante el proceso del examen de la víctima
- Tener presente al realizar el examen, ir informando a la víctima del siguiente paso que se va a dar, siempre que hubiera otorgado el consentimiento
- Tener en cuenta que cuando sea necesario que la víctima se desvista, al ser la vestimenta una posible localización de indicios, proceder colocando a la víctima sobre una sábana blanca o papel camilla y se vaya retirando cada una de las prendas sucesivamente con el

máximo cuidado, procurando su depósito sobre la sábana o papel camilla. Posteriormente realizar un embalaje independiente de cada una de las prendas, conservando al mismo tiempo, la sábana sobre la que estaban depositadas, para su estudio en el laboratorio. Se debe garantizar la máxima privacidad a la mujer y al finalizar proveer una vestimenta alternativa

- Realizar una exploración completa y que permita disminuir los tiempos de actuación.

● **Procedimiento del examen externo**

Comenzar por las manos y muñecas. Ante la posibilidad de maniobras de defensa, se realiza un suave raspado del material subungueal, o alternativamente, el corte del borde libre de las uñas, conservando, empaquetado individualmente el producto obtenido. Se continuará con el siguiente orden:

- Antebrazos y brazos
- Región axilar
- Región craneofacial, incluidos pabellones auriculares
- Cuello
- Hombros, tórax, anterior y posterior, con especial atención a la región mamaria
- Abdomen y miembros inferiores

● **Procedimiento del examen genital y anal**

- Realizar inicialmente un completo examen externo, incluyendo y describiendo todas aquellas alteraciones o lesiones que puedan estar presentes en el monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, himen y carúnculas
- Tener en cuenta que antes de proceder a la realización de maniobras manuales durante el examen externo, siempre realizar la obtención de muestras mediante la aplicación de hisopos, secos y humedecidos, según las necesidades, así como la realización de un peinado púbico, en el caso de que sea posible
- Tener en cuenta que antes de introducir el espéculo, realizar obtención de muestras mediante la aplicación de hisopos secos sobre pared vaginal y el fondo de saco vaginal posterior, así como la realización de un lavado mediante la inyección intravaginal de 10cc de suero fisiológico, que posteriormente se recuperarán mediante aspiración
- Utilizar espéculos transparentes, que permitan verificar la existencia de lesiones en pared vaginal
- Realizar un completo examen de la región perianal y anal. Antes de proceder al mismo, se recomienda aplicar hisopos en seco y/o humedecidos, según las necesidades, con la finalidad de obtener las muestras biológicas correspondientes y conservarlas cerca de los 0° C, o por debajo de esta temperatura

- Tener presente para la realización del examen de la región anal que, en la mayoría de las ocasiones, excepto cuando hay sangrado o dolor severo, es suficiente con la manipulación manual. Adicionalmente, realizar irrigación en la ampolla rectal de la región anal con 10ml de suero fisiológico que se aspirarán para su posterior embalaje
- Tener en cuenta que el examen externo no se debe limitar a objetivar la existencia de lesiones, por el contrario, se aconseja que se amplíe a la descripción pormenorizada de posibles alteraciones cromáticas dérmicas presentes, no traumáticas, incluso aquellas artificiales, como los tatuajes, y también la posible existencia de deformidades
- Tener presente que la existencia de deformidades o hipertrofias de labios mayores no guardan relación alguna con prácticas de sexo oral, lo que con cierta frecuencia se interpreta equivocadamente
- Realizar una descripción exhaustiva de todas y cada una de las lesiones observadas durante el examen, toda vez que la interpretación médico forense de las mismas resulta crucial para poder dar respuestas a las múltiples cuestiones que se puedan plantear en el curso de la investigación, e incluso en la fase del juicio oral

La descripción y valoración de las lesiones observadas, debe incluir:

- El tipo concreto de lesión
- Su localización, indicando el área anatómica concreta
- Dimensiones exactas y profundidad aproximada
- Morfología de la lesión, incluyendo sus bordes
- Color de la lesión y del área que la rodea
- Fase evolutiva (posible cronología)
- La posible presencia de material en sus bordes, paredes y/o fondo
- Mecanismo de producción
- Agente causal de las lesiones encontradas
- Diferenciación específica de las posibles lesiones de defensa y lucha

La documentación de las lesiones, además de su descripción, se debe completar con el empleo de los medios de fijación adecuados, que faciliten su demostración en todo momento. En este sentido, se recomienda el empleo de diagramas corporales anatómicos y de la fotografía:

- Realizar fotografías de todas aquellas lesiones observadas en el examen a la víctima de una agresión sexual
- Obtener el consentimiento informado para la realización de las fotografías, este debe incluir la explicación sobre su propósito y manejo. Tener presente que la víctima puede revocar en cualquier momento dicho consentimiento o negarse a la obtención de exposiciones concretas

- Realizar fotografías antes de proceder a la obtención de los indicios y muestras para estudios complementarios
- Asegurar la privacidad de la víctima en todo momento durante la realización de las fotografías. Las zonas que se vayan fotografiando se irán cubriendo para descubrir la siguiente lo que permite la desnudez parcial del área anatómica, evitando así la desnudez total

Durante el desarrollo del examen físico tomar en cuenta:

El examen físico puede ser completo o parcial, este depende de las circunstancias de la agresión y el consentimiento de la víctima, que puede estar limitado a determinadas partes del cuerpo. Es frecuente no encontrar huellas de la violencia sexual, lo cual no es indicativo en ningún caso de que la agresión no haya ocurrido.

- Reiterar el consentimiento de la usuaria, aunque parezca repetitivo
- Evitar interrupciones externas durante el examen
- Respetar la intimidad y el pudor de la persona cubriendo las partes que no están siendo examinadas
- Iniciar el examen en las partes menos íntimas y realizar el examen genital y anal, si proceden, al final de la exploración física

En el expediente clínico debe dejarse constancia de la realización del examen físico que debe estar en concordancia a los datos obtenidos en la anamnesis, evitando la exploración de zonas anatómicas que no resulten de interés, según los casos.

● Examen ginecológico

- Incluir la inspección perineal, vulvo- vaginal y anal
- Examinar el área génito-anal e incluir cara interna de los muslos y glúteos
- Describir cualquier tipo de erosión, excoriación, hematoma, heridas, entre otras
- Tener presente cuando se trate de agresiones a mujeres que previamente no han tenido relaciones sexuales, la evaluación de desgarramiento de himen que puede ser indicativo de penetración
- Realizar tacto vaginal y anal registrando los hallazgos encontrados

D. Exámenes complementarios

Realizar los análisis y otros estudios diagnósticos previo consentimiento informado:

- Tipificación de sangre
- Prueba de embarazo
- Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), gonorrea y clamidia inicial y repetir a los siete días
- Frotis citológico, para búsqueda de tricomonas y monilia
- Sífilis inicial y a las 6 semanas
- VIH inicial, a las 6 semanas y a los tres y seis meses
- Hepatitis B inicial y a las 6 semanas
- Estudios diagnósticos de imágenes, según requerimientos

E. Tratamiento

- Lesiones físicas: en caso de traumatismos físicos se tratarán las heridas de acuerdo con requerimiento específico
 - Trauma psicológico: en los casos de violencia sexual, es importante recordar que siempre estarán presentes los traumas psicológicos, por lo cual las usuarias deben ser referidas a servicios psicológicos para manejo. Si la usuaria es recibida en situación de crisis psico emocional, se realizará intervención en crisis
- **Aplicación de la profilaxis post exposición (PPE) al VIH**
 - La PPE es el método para prevenir la transmisión del VIH, conlleva el uso inmediato de fármacos antirretrovirales entre las 2 y las 72 horas de ocurrencia de la exposición por la violación sexual
 - La PPE debe ser aplicada previo consentimiento informado
 - Toda víctima de violación sexual debe ser remitida inmediatamente para que le sea aplicada la PPE, para minimizar el riesgo de contraer VIH, así mismo debe contar con la información adecuada y el seguimiento que requiera luego de la administración de los medicamentos
 - La selección de los antirretrovirales y dosis se aplican según protocolos específicos
 - **Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)**
 - Está indicada la administración de antibióticos solos o asociados, tomando en cuenta la edad, estado gestacional y posibles alergias, estos se aplican según protocolos específicos
 - Tener presente la efectividad del tratamiento preventivo para gonorrea, clamidia, tricomoniasis y sífilis en posible incubación
 - No hay ninguna necesidad de hacer un análisis para la detección de las ITS antes de tratarlas

- Revisión de vacunación contra la hepatitis B, en caso de estar incompleta o desconocer; iniciar la inmunización

- **Aplicación de la anticoncepción de emergencia**

La anticoncepción de emergencia es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección. No es un método abortivo. Se han postulado varios mecanismos de acción según la fase del ciclo ovulatorio en que se use la anticoncepción de emergencia: inhibición de la ovulación, alteración del moco cervical, alteración del transporte de gametos y alteración de la función lútea.

- La anticoncepción de emergencia debe ser aplicada previo consentimiento informado
- Su uso está indicado hasta el 5to día luego de una violación sexual. Siendo más efectiva su aplicación en las primeras 72 horas
- La recomendación de primera línea es el uso de las píldoras de emergencia. Sí no existe la disponibilidad de estas, se puede utilizar como opción el método Yuzpe, que es la combinación de píldoras anticonceptivas comunes que se toman en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo de emergencia
- *Método de Yuzpe*: Consiste en administrar 2 tabletas de anticonceptivos de macrodosis, que incluye 50 mg de Etinilestradiol y 250 mg de Levogestrel durante las primeras 72 horas de una relación sexual sin protección y repetir la ingesta 12 horas más tarde. También se pueden administrar 4 tabletas de microdosis de 30 mg de Etinilestradiol y 150 mg de Levonorgestrel durante las primeras 72 horas y repetir la dosis, 12 horas más tarde.

5.8 Acciones conjuntas y de colaboración entre el sistema de salud y el judicial

Las dificultades de dar cobertura inmediata a todas las actuaciones médico legales deben plantearse como una situación real. El Sistema Nacional de Salud realiza el abordaje interinstitucional de las mujeres en situación de violencia, pues se trata de un problema de salud de primer orden que conlleva inherente una actuación judicial, la cual es solicitada por la institución de salud, quien la tramita a través del fiscal coordinador de la Unidad de Atención a la Violencia de Género, Intrafamiliar y Delitos Sexuales competente.

En el caso de que, por las circunstancias que sean, el médico forense o médico legista no pueda acudir con inmediatez al establecimiento de salud para la atención de la mujer afectada por violación sexual, dado que amerita actuación urgente, el personal de salud asume la parte correspondiente a la descripción de lesiones a fin de que queden incorporadas en la historia clínica, así como la obtención de muestras con fines de investigación médico legal.

El establecimiento de salud custodia la muestra hasta tanto el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) se haga cargo de las mismas y del resto de actuaciones periciales que se deriven del caso

La recogida de muestras biológicas con fines de investigación forense por el personal de salud, al tiempo que se recogen muestras con fines clínicos, termina con el adecuado envasado, empaquetado, depósito y custodia hasta que los Servicios del Instituto Nacional de Ciencias Forenses, sin dilación, procedan a su recogida en el establecimiento de salud correspondiente.

Para llevar a cabo la recogida de muestras con fines de investigación forense, proceder a su almacenamiento y etiquetado, manteniendo la cadena de custodia y al tiempo preservar la dignidad de la mujer durante el proceso de exploración y recogida de muestras, es aconsejable contar con los kits para agresiones sexuales que cuentan con material necesario para realizarlo incluso en situaciones precarias o adversas. Estos kits deberían estar preparados para su utilización, al menos, especialmente en el primer nivel de atención, ante medios más limitados de estos niveles y la necesidad de ofrecer la más adecuada atención a la víctima ya sea en el ámbito rural o en las grandes ciudades.

5.8.1 Las muestras y los indicios de las violaciones sexuales. Consideraciones generales

El análisis de los indicios y de las muestras biológicas obtenidos durante el examen que se realiza a la mujer, constituye uno de los pilares fundamentales en la investigación médico legal y judicial de este tipo de violaciones. El análisis de los indicios aporta datos con respecto a:

- La existencia de un contacto reciente
- El empleo de violencia durante el mismo
- Corroborar científicamente detalles del episodio
- Determinar la identidad del agresor o agresores

Se recomienda obtener simultáneamente los indicios y muestras biológicas adecuadas al tipo de agresión relatada en la historia, y a la vez que se realiza el examen de la mujer, con la finalidad de disminuir el tiempo de actuación, la pérdida de indicios, su contaminación y para no incrementar la victimización. Tener presente, siempre que sea posible, realizar los peritajes juntamente con los médicos forenses a los fines de asegurar los aspectos probatorios.

El examen y la búsqueda de indicios y muestras biológicas, debe estar proporcionado y corresponderse con lo relatado por la mujer, debiendo ajustarse a las circunstancias del caso.

1.- Muestras indubitadas (para determinar el perfil genético de la víctima)

- **Hisopos bucales:** dos hisopos bucales obtenidos frotando la zona interna de las mejillas. Realizar un enjuague bucal previo a la toma de muestra, especialmente si se ha comido recientemente
- En caso de sospecha de penetración oral se debe utilizar como muestra la sangre venosa. Recoger unos 5 ml en un tubo con anticoagulante tipo EDTA. Si se requiere sangre para realizar otro tipo de análisis (serológico, toxicológico, etc.), deben recogerse muestras adicionales

2.- Muestras dubitadas (para determinar perfil genético de agresor o agresores y cotejo)

En caso de penetración bucal: realizar toma de muestra con hisopos bucales y lavado bucal:

- Utilizar dos hisopos estériles en seco obtenidos frotando la zona interna de las mejillas, lengua y espacio sublingual, alrededor de las encías, dientes (por ambas caras), incidiendo especialmente en los incisivos, espacios interdentes y paladar (duro y blando)
- Realizar posteriormente la recogida del enjuague bucal (que debe ser enérgico), con suero fisiológico en tubo estéril para análisis

Toma de muestra de superficie corporal (zonas de cuello, mamas, nalgas...):

- Recoger muestras con hisopos estériles en caso de que se encuentren o se sospeche la existencia de restos de semen, saliva o sangre. Si se encuentran pelos recoger con dedos enguantados y limpios
- Tomar muestras con los hisopos en cada zona por duplicado; en el caso de que sea necesario aplicar un hisopo húmedo, sobre la misma superficie se usará posteriormente uno seco, con el fin de obtener el residuo restante. Cuando sea necesario, el hisopo se humedece solo con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico estéril para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra
- Tener presente si la mujer refiere lametazos por parte del agresor en determinadas zonas corporales, obtener muestras con hisopos de estas zonas
- Tener en cuenta ante signos de mordeduras, aplicar los hisopos humedecidos y secos sobre éstas para la obtención de muestras

Toma de muestra de uñas (recortes o hisopos)

- Cortar el borde distal de las uñas. Si no se pueden recortar, limpiar con hisopos estériles para obtención de la muestra
- Recoger en un sobre pequeño la muestra para cada uña

Toma de muestras ginecológicas (genitales externos, cérvix, vagina y lavado vaginal)

- Utilizar dos hisopos estériles para cada una de las áreas de interés
- Realizar lavado de la cavidad vaginal con 5 ml de suero fisiológico estéril que se inspirará para la recogida de posibles restos de semen

Toma de muestras anales (perianales y rectales)

- Utilizar dos hisopos estériles para cada una de las áreas de interés

Toma de muestra en las ropas de la mujer

- Recoger y enviar la ropa interior (panti y brasier) y las prendas de vestir que se consideren de interés

Otras muestras de interés

- Tener presente según el caso otras muestras que podrían ser de interés para fines legales, tales como toallas diarias y preservativos, entre otras

5.8.2 Recogida de muestras con fines de investigación toxicológica

En caso de haber sospechas o certeza de ingesta o uso de sustancias prohibidas consideradas tóxicas, incluido el alcohol, solicitar:

1. Analítica para investigar presencia de tóxicos.
2. Tener presente que la toma de muestras para estudios toxicológicos está indicada si no han transcurrido más de 5 días (120 horas) desde la agresión sexual. En este caso, se extraerán al menos 1 tubo de 5 ml de sangre con 2,5 g/ de fluoruro sódico 1, 2 g/l de oxalato potásico y otro tubo de 5 ml de sangre con EDTA, desinfectando la piel, evitando utilizar etanol u otros disolventes con fracciones volátiles y procurando llenar los tubos al máximo para evitar en la medida de lo posible, la formación de una cámara de aire. Homogeneizar los tubos. Mantener en frío desde ese momento
3. Realizar toma de muestra de sangre para análisis toxicológico cuando hay sospecha de intoxicación (alcohol, drogas, sumisión química) y esta ha tenido lugar en las primeras 48 horas desde los hechos
4. Indagar si la mujer comió o bebió y en qué momento perdió la conciencia o si empezó a encontrarse «rara». Preguntar sobre todas las sustancias que haya ingerido voluntariamente, lo que incluye una estimación de la cantidad de alcohol consumido en el período precedente a la presunta agresión, si ha tomado alguna droga, así como los

medicamentos de dispensación con receta o de venta libre que pueda haber tomado recientemente

5. Recoger la muestra de orina, entre 30 y 100 ml, conservar en frío. No se debe descartar la muestra, aunque esté contaminada (las bacterias no interfieren ni en la técnica ni en los resultados)

Tener en cuenta los indicadores de sospecha de agresión sexual facilitada por drogas, que se detallan a continuación:

- Amnesia completa
- Amnesia parcial
- Parálisis sin pérdida de conocimiento
- Pérdida de conocimiento
- Confusión
- Comportamiento inusual
- Desinhibición
- Resaca desproporcionada o síntomas no consistentes con el consumo recordado
- Disartria y alteraciones en el habla
- Alteraciones visuales
- Somnolencia
- Mareo o vértigo
- Alteraciones de la motricidad o del equilibrio
- Náuseas o vómitos
- Agitación o alucinaciones
- Alteración del juicio

5.9 Abordaje de salud mental a las mujeres en situación de violencia

Una mujer en situación de violencia puede llegar a la atención de salud mental de forma espontánea o por referencia. Si llega de forma directa, es decir, sin ser referida al servicio de atención psicológica y es detectada, se le deben aplicar el formulario 2 de registro de atención de personas en situación de violencia (ver anexo)

Tener presente que el primer contacto con una mujer en situación de violencia podría ser en un estado de crisis emocional, requiriendo aplicar medidas inmediatas de intervención en crisis. Igualmente, tener presente que las mujeres en situación de violencia de género requieren continuidad en la atención y acompañamiento psicosocial para el retorno a una vida libre de violencia.

5.9.1 Intervención en crisis

La crisis psicoemocional es un estado temporal de desequilibrio que se caracteriza por la incapacidad de enfrentar situaciones traumáticas. Se debe implementar la intervención en crisis con el objetivo de bajar los niveles de ansiedad, recuperar el equilibrio y apoyar a la mujer en la toma de conciencia respecto a su situación. Puede presentarse con las siguientes manifestaciones:

- Llantos incontrolables
- Negación para expresar sentimientos o relatos continuos y desorganizados del hecho de violencia o abuso
- Dificultad respiratoria, sudoración, temblores
- Ansiedad
- Intento o amenaza de suicidio

En los casos que la mujer en situación de violencia presenta signos de crisis personal acompañada de potenciales conductas autodestructivas, como ideas o intentos suicidas debe ser referida a psiquiatría, previa intervención en crisis. En estos casos se considera estar frente a una urgencia psiquiátrica y la atención especializada debe ser inmediata.

5.9.2 Manejo de la contención emocional

La intervención debe dirigirse a tranquilizar emocionalmente a la mujer y orientarla para que pueda organizar sus ideas sobre la situación que está viviendo y sobre las acciones a seguir en el corto plazo. Tener en cuenta:

- Seleccionar un lugar privado y garantizar la confidencialidad
- Mantener una escucha activa
- Mostrar una actitud empática
- Utilizar un lenguaje comprensible
- Evitar los prejuicios, minimizar a la mujer o revictimizarla
- Evitar comentarios que induzcan a la reconciliación
- Respetar la toma de decisiones por parte de la mujer. Tener presente que el rol del personal de salud es orientar
- Brindar seguridad a la mujer
- Disponer de los contactos requeridos para fines referimiento a otros servicios e instituciones para atención a la violencia

Pautas de contención ante la crisis emocional

- Hacer contacto visual, llamarle por su nombre; a la vez que se transmiten seguridad y empatía
- Invitar a la mujer a que cambie de posición, buscando que esta se sienta cómoda
- Animar a la mujer a que realice ejercicios respiratorios, a fin de contener el llanto y la crisis emocional, indicando cómo realizarlos

- Proceder, luego de haber logrado la contención inicial, a la conversación con la mujer centrada en la situación y las acciones a realizarse en el corto plazo

5.9.3 Continuidad de la atención en salud mental

- **Sesiones terapéuticas**

El proceso terapéutico estará contenido en un total de 6 a 8 sesiones que pueden ser semanales y si el caso lo amerita realizar alguna cita extraordinaria. Cada sesión tomará de 45 minutos a una hora (ver cuadro). Las sesiones terapéuticas estarán a cargo de personal especialista en salud mental con capacitación en el manejo de personas en situación de violencia, estas se realizan en un espacio físico que proporcione seguridad y confidencialidad a la mujer.

CUADROS SESIONES TERAPÉUTICAS	
SESIONES	CONTENDO
1	<ul style="list-style-type: none"> ● Levantar informaciones sobre los acontecimientos ● Aplicar la ficha de valoración de riesgos (ver Formulario 1) ● Elaborar el plan de seguridad de emergencia, según corresponda (ver Formulario 1) ● Informar a la mujer sobre sus derechos ● Orientar a la mujer sobre los servicios que ofrece el establecimiento de salud y los procedimientos a seguir ● Realizar los referimientos que sean necesarios
2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> ● Analizar con la mujer su situación de violencia y motivar a identificar en la etapa que se encuentra, llevarla a darse cuenta de la relación de violencia a la que está sometida, disuadiéndola de las justificaciones que aporta tanto al comportamiento de ella como el del agresor ● Identificar recursos con los que cuenta (redes de apoyo, recursos económicos, habilidades profesionales)
4 y 5	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar con la mujer la estrategia a utilizar para enfrentar el problema ● Enseñar a la mujer técnicas para el manejo de emociones, miedo, rabia, culpa, duelo y manifestaciones de ansiedad ● Fortalecer las capacidades de toma de decisión y el empoderamiento
6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyar a la mujer en la elaboración de un plan de vida libre de violencia ● Dar seguimiento a los referimientos ● Evaluar y reforzar técnicas para manejo de emociones ● Evaluar y reforzar las capacidades de toma de decisión ● Fortalecer la autoestima de la mujer
8	<ul style="list-style-type: none"> ● Dar seguimiento al plan de una vida libre de violencia ● Evaluar avances. En caso de que la mujer muestre avances, dejar cita abierta ● Contemplar el acompañamiento en casos de procesos judiciales

--	--

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MISPAS 2010. Guía y protocolo para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y contra la mujer.

5.10 Registro de los casos

Las acciones para realizar el registro son las siguientes:

- Registrar en la historia y expediente clínicos la situación de violencia contra la mujer detectada y el diagnóstico de sospecha o confirmación de violencia, a fin de que el diagnóstico sea considerado en las estadísticas de salud.
- Describir en el expediente clínico, los signos y síntomas e indicadores de sospecha de violencia o maltrato físico, psicológico y sexual, que sustentan el diagnóstico probable o confirmado de violencia.
- Describir de manera detallada, clara y precisa, la información recolectada durante la entrevista y el examen físico, incluyendo:
 - El tiempo que refiere la persona afectada de vivir en situación de violencia
 - El estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista
 - La descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato y causas probables que las originaron
 - Los procedimientos diagnósticos efectuados
 - El diagnóstico presuntivo o confirmado
 - El tratamiento indicado
 - La orientación proporcionada
 - Cualquier información referida sobre la o las personas que fueran mencionadas como los probables responsables del maltrato
- Completar el instrumento protocolizado para fines de registro de las atenciones por violencia: Formulario de atención a personas en situación de violencia de género, según el instructivo correspondiente (ver formulario 2), este es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud, sin importar el nivel de atención.
- Escribir el diagnóstico o probable diagnóstico de la violencia como tal, de forma explícita, clara y precisa en la sección del expediente donde se ubica el diagnóstico, señalando el tipo de maltrato detectado. Es decir, no limitarse a la lesión física o psicoemocional encontrada, por ejemplo: trauma ojo derecho, desgarró vaginal o crisis de ansiedad.
- Incluir en el registro diario de consulta y/o emergencia los casos detectados, colocando de manera explícita el diagnóstico de la violencia contra la mujer identificado, ya sea sospecha o confirmación.
- Incluir en el certificado de defunción la situación de violencia cuando la mujer fallezca a causa de esta. Colocar dentro del apartado de circunstancias que dieron origen a la lesión la leyenda “atribuible a violencia”.

- Especificar, en caso de muerte violenta, si es consecuencia de violencia de género y en lo posible, lo relativo a la relación de la persona fallecida con el probable agresor o agresora (por ejemplo, pareja o expareja). Esto, para codificar la posible causa de muerte a partir de lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y hacer visible los casos de violencia feminicida.

5.11 Notificación de los casos de violencia

A. Proceso de notificación epidemiológica

Los casos probables o confirmados de maltrato físico y violencia sexual se inscriben en el marco de los eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de acuerdo con la normativa establecida. Pasos que seguir:

- Realizar la notificación individual inmediata, en las primeras 24 horas del diagnóstico, de todo caso sospechoso o probable de maltrato físico y violencia sexual en niñas y adolescentes menores de 18 años. La notificación es institucional y el personal directivo del establecimiento de salud debe garantizar que esta se realice
- Recopilar, por parte del personal responsable de la vigilancia epidemiológica en el establecimiento de salud le corresponde el número de atenciones debidas a violencia, como maltrato físico y violencia sexual, para ser incluidos en el Informe Semanal de Enfermedades y Eventos No Transmisibles (Epi-2) del sistema de información gerencial de vigilancia epidemiológica

B. Proceso de notificación al Ministerio Público

Las situaciones de violencia son eventos de orden público y requieren ser notificadas al Ministerio Público. Para estos fines, en los establecimientos de salud se procede de la siguiente manera:

- Registrar en el expediente clínico la situación de violencia o posible violencia detectada, por parte del personal de salud
- Comunicar a la autoridad del área (jefe de consulta y/o emergencia y/o del servicio) la situación de violencia o posible violencia detectada. Este a su vez, lo comunica a la máxima autoridad del establecimiento de salud
- Notificar al Ministerio Público y dejar constancia en el expediente clínico de que se realizó la notificación del caso de violencia. Esta acción corresponde a la persona responsable del establecimiento de salud, quien la tramita a través del fiscal coordinador de la Unidad de Atención a la Violencia de Género, Intrafamiliar y Delitos Sexuales competente
- Tener presente que, en caso de sospecha o diagnóstico confirmado de violencia contra niñas y adolescentes menores de 18 años, la notificación se realiza al Ministerio Público y también al Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CONANI) y está siempre se realiza de forma inmediata.
- Tener en cuenta que todos los casos de violencia requieren ser informados de manera verbal, lo más inmediato posible, a las autoridades correspondientes vía llamada

telefónica, pudiendo utilizarse las líneas de emergencias establecidas para estos fines (LÍNEA VIDA: 809-200-1202)

5.12 Referencia y contrarreferencia

El personal de salud realizará las referencias acordes a lo establecido en los protocolos específicos. La referencia puede ser realizadas a los siguientes lugares:

- A lo interno del mismo establecimiento de salud, a otro servicio o disciplina
- A otro establecimiento de salud, público o privado
- A otra institución o servicio diferente de salud (como el Ministerio Público, Ministerio de la Mujer, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, organizaciones comunitarias, redes locales de apoyo u otras)

Pasos por seguir:

- Tratar las lesiones y estabilizar a la mujer sobreviviente de violencia previa referencia
- Referir al nivel de atención de mayor complejidad, si la capacidad resolutive del establecimiento de primera recepción no permite responder a las necesidades presentadas. Los casos que lo requieran deben ser referidos a manejo multidisciplinario
- Tener en cuenta que, si la evaluación del nivel de riesgo vital indica la necesidad de aplicar medidas de protección, se refiere el caso al Ministerio Público o a la oficina correspondiente de CONANI, si el caso involucra a niñas y adolescentes
- Tramitar la referencia y contrarreferencia el mismo día que sea solicitada. Se debe atender con prioridad y no rechazar en ninguna circunstancia a las personas que acudan a los servicios con una indicación de referencia debida a violencia de género
- Disponer en los establecimientos de salud de un listado de instituciones, organizaciones y contactos claves para la referencia de casos de violencia de género
- Tener presente que los casos referidos deben ser devueltos a su lugar de origen, luego de ser atendidos y resuelta la situación que motivó la referencia
- Utilizar para fines de referencia y contrarreferencia los instrumentos protocolizados

6. DIRECTRICES PROCEDIMENTALES

DIRECTRIZ DE ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO	Niveles de atención		
	I	II	III
Acciones			
Realizar la identificación o sospecha de violencia.	X	X	X
Ofrecer apoyo, orientación y consejería a la persona afectada por la violencia.	X	X	X
Realizar historia clínica. Aplicar técnicas de entrevista.	X	X	X
Realizar valoración física, previo consentimiento informado.	X	X	X
Solicitar la actuación del personal médico forense y colaborar con su trabajo.	X	X	X
Recolectar, registrar y custodiar muestras con fines clínicos y legales.	X	X	X
Realizar valoración psicoemocional y según se requiera la intervención en crisis.	X	X	X
Realizar la valoración de riesgo y si es necesario elaborar plan de seguridad. (Ver formulario 1: valoración de riesgo y pautas para la elaboración del plan de seguridad).	X	X	X
Realizar pruebas de laboratorio y estudios complementarios, según se requiera.	X	X	X
Proceder con el tratamiento según corresponda.	X	X	X
Describir en el expediente clínico el diagnóstico de violencia y la atención provista, además de registrar en los instrumentos protocolizados (ver anexo formulario 2: registro de atención a las personas en situación de violencia de género).	X	X	X
Notificar los casos de violencia de género al Ministerio Público.	X	X	X
Realizar la referencia o contrarreferencia según se requiera. Referencia interna: <ul style="list-style-type: none"> ● A un servicio dentro de un mismo establecimiento de salud, según el caso lo amerite. ● Referencia externa: <ul style="list-style-type: none"> ● A otro establecimiento de salud con la capacidad resolutive que el caso amerite. ● A servicios de tipo legal y de apoyo a mujeres en situación de violencia. Contrarreferencia: Los casos recibidos como referencia deben ser devueltos a su lugar de origen, luego de ser atendida la situación que amerita la referencia, utilizando los instrumentos correspondientes.	X	X	X
Establecer continuidad de la atención y cita de seguimiento según corresponda.	X	X	X

DIRECTRIZ DE ATENCIÓN EN SALUD A MUJERES EN CASO DE VIOLENCIA FÍSICA	Niveles de atención		
	I	II	III
<p>Acciones</p> <p>Acogida y entrevista inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Establecer un clima de confianza que facilite la comunicación, con escucha activa y empática, libre de prejuicios, sin invadir su autonomía, con uso de un lenguaje sencillo y comprensible. ● Informar sobre la violencia y sus consecuencias, incluyendo el peligro para la vida de la persona violentada y sus familiares. ● Ofrecer orientación y responder a las inquietudes de la mujer. ● Observar el estado emocional de la persona afectada, poner atención al lenguaje no verbal. En caso de crisis emocional, referir al personal del área de psicología. ● Explicar a la mujer que se respetaran sus derechos, incluyendo las normas de privacidad y confidencialidad. ● Evitar la revictimización. ● Solicitar consentimiento e informar con detalle los procedimientos que le serán realizados, por qué, dónde, cómo y por qué. ● Informar sobre alternativas legales y recursos de apoyo. 	X	X	X
<p>Diagnóstico</p> <p>Historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfatizar en los antecedentes de violencia (durante la niñez, adolescencia, embarazo, separación, otros). ● Investigar antecedentes familiares. ● Indagar sobre la situación de pareja (formas de resolver los conflictos, roles, entre otros). ● Recolectar información sobre situación económica en el hogar (actividad laboral, desempleo, otros) ● Investigar antecedentes de lesiones físicas frecuentes y uso de servicios de salud (frecuencia, ausencias, cumplimiento de citas y tratamientos). ● Indagar sobre el hecho o situación de violencia actual que motivó su llegada al establecimiento de salud. Transcribir al expediente los hechos tal como son relatados por la mujer. <p>Examen físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar un examen físico completo de la persona. ● Observar y describir las lesiones físicas: ● Naturaleza y características de las lesiones. ● Número de lesiones. ● Tamaño de cada una de ellas. ● Localización anatómica. ● Posible agente causal de la lesión (cinturón, cadena, uñas, martillo, cigarrillo, bate u otros). ● Evolución aproximada de las lesiones. ● Registrar en el mapa corporal del instrumento de registro de atención a la violencia las lesiones encontradas, según instructivo (ver anexo 	X	X	X

<p>formulario 2 registro de atención a las personas en situación de violencia de género).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En caso de violencia sexual concomitante a la violencia física, manejar según la guía de actuación de la violencia sexual y protocolos específicos. <p>Exámenes complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pruebas hematológicas (según se requiera). ● Estudios diagnósticos según necesidades (radiografías, TAC, ecosonografía, otros). 			
<p>Realizar la valoración de riesgo y si es necesario elaborar plan de seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aplicar el formulario 1: valoración de riesgo y pautas para la elaboración del plan de seguridad). 	X	X	X
<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratar las lesiones físicas acorde a las necesidades específicas y la capacidad de resolución del establecimiento de salud. 	X	X	X
<p>Registrar como caso de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Describir en el expediente clínico el diagnóstico de violencia y la atención provista. ● Completar el formulario de registro de atención a personas en situación de violencia (ver anexo formulario 2 registro de atención a las personas en situación de violencia de género). 			
<p>Referencia y contrarreferencia:</p> <p>Referencia interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A un servicio dentro de un mismo establecimiento de salud, según el caso lo amerite. <p>Referencia externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A un establecimiento de salud con la capacidad resolutoria que el caso amerite. ● A servicios de tipo legal y de apoyo a mujeres en situación de violencia. <p>Contrarreferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los casos recibidos como referencia deben ser devueltos a su lugar de origen, luego de ser atendida la situación que amerita la referencia, utilizando los instrumentos correspondientes. 	X	X	X
<p>Seguimiento:</p> <p>Debe ser realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En el nivel I, por el personal de salud que atendió a la mujer violentada. <p>En los niveles II y III, por el equipo multidisciplinario capacitado y sensibilizado en el manejo de la violencia.</p>	X	X	X

DIRECTRIZ DE ATENCIÓN EN SALUD A MUJERES EN CASO DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Niveles de atención		
	I	II	III
<p>Acciones</p> <p>Acogida y entrevista inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener durante toda la entrevista el apoyo emocional a la mujer en situación de violencia. ● Verificar si es la primera vez que la mujer es atendida, en caso afirmativo solo actualizar información requerida, a fin de evitar revictimización. ● Establecer un clima de confianza que facilite la comunicación, con escucha activa y empática, libre de prejuicios, sin invadir su autonomía, con uso de un lenguaje sencillo y comprensible. ● Explicar a la mujer que se respetaran sus derechos, incluyendo las normas de privacidad y confidencialidad. ● Solicitar consentimiento e informar con detalle los procedimientos que le serán realizados, por qué, dónde, cómo y por qué. ● Informar sobre alternativas legales y recursos de apoyo. 	X	X	X
<p>Diagnóstico</p> <p>Historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfatizar en los antecedentes de violencia (durante la niñez, adolescencia, embarazo, separación, otros). ● Investigar antecedentes familiares. ● Indagar sobre la situación de pareja (formas de resolver los conflictos, roles, entre otros). ● Recolectar información sobre situación económica en el hogar (actividad laboral, desempleo, otros) ● Indagar sobre el hecho o situación de violencia actual que motivó su llegada al establecimiento de salud. Transcribir al expediente los hechos tal como son relatados por la mujer. ● Indagar sobre el hecho o situación de violencia actual que motivó su llegada al establecimiento de salud. Transcribir al expediente los hechos tal como son relatados por la mujer. ● Verificar la presencia de indicadores asociados a violencia psicológica. ● En caso de identificar otros tipos de violencia, se aplicará el protocolo correspondiente. <p>Valoración e intervención psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar la condición anímica y las funciones psíquicas de la mujer en situación de violencia. ● Realizar intervención en crisis, si se requiere. ● Si la mujer presenta signos de crisis personal acompañada de potenciales conductas autodestructivas, como ideas o intentos suicidas debe ser referida a psiquiatría, previa intervención en crisis. En estos casos la atención especializada debe ser inmediata y manejarse como una urgencia psiquiátrica. 	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar las coordinaciones con otras áreas y servicios para brindar un manejo integral y suplir las necesidades de atención de la mujer en situación de violencia. ● Asegurar la continuidad de la atención en salud mental, a través de sesiones terapéuticas enfocadas en retomar una vida libre de violencia. 			
Realizar la valoración de riesgo y si es necesario elaborar plan de seguridad: <ul style="list-style-type: none"> ● Aplicar el formulario 1: valoración de riesgo y pautas para la elaboración del plan de seguridad. 	X	X	X
Registrar como caso de violencia. <ul style="list-style-type: none"> ● Describir en el expediente clínico el diagnóstico de violencia y la atención provista. ● Completar el formulario de registro de atención a personas en situación de violencia (ver anexo formulario 2 registro de atención a las personas en situación de violencia de género). 	X	X	X
Referencia y contrarreferencia: <ul style="list-style-type: none"> ● Aplicar instrumentos protocolizados para estos fines. 	X	X	X
Seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar a través de sesiones terapéuticas, por parte del personal de salud mental. 	X	X	X

DIRECTRIZ DE ATENCION EN SALUD A MUJERES EN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL	Niveles de atención		
Acciones	I	II	III
<p>Acogida y entrevista inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atender a la mujer víctima de agresión sexual como un caso de urgencia. ● Explicar a la persona agredida sexualmente o a la persona a cargo o tutora cuando corresponda, los procedimientos y pasos a seguir antes de obtener su consentimiento. Explicar, además, que puede hacer preguntas y solicitar que se detenga el examen en cualquier momento. ● Permitir a la mujer escoger el sexo del personal de salud que le atenderá. ● Asegurar que la mujer víctima de violencia sexual sea asistida en un espacio de privacidad y seguridad. Aplicar normas de confidencialidad y privacidad, si la víctima lo desea puede estar presente alguien de su confianza. ● Evitar la revictimización. ● Realizar la entrevista acompañado por otro integrante del equipo de salud; previa información y consentimiento de la mujer. Cuando se trate de niñas y adolescentes, estas se entrevistan por separado de sus cuidadores y en presencia de otro personal de apoyo. Si la víctima tiene menos de 4 años, la recolección general de los hechos se hace a la persona adulta, cuidadora o tutora que esté a cargo. ● Asegurar durante la atención a mujeres migrantes, que estas comprenden el español; en caso contrario, disponer de un personal para traducción, preferiblemente del equipo de salud o en su defecto, alguna persona que este acompañando a la mujer y que sea aprobada por esta. ● Tener en cuenta los apoyos y ajustes razonables para proteger los derechos de las mujeres con discapacidad. Cuando cuenten con una persona de apoyo, siempre se debe dirigir la comunicación a la mujer con discapacidad. ● Aplicar pasos iniciales del apoyo de primera línea (ANIMA): ● Escuchar con empatía a la mujer en situación de violencia. ● Demostrar que se comprende a la mujer, que le cree y no se le juzga. Hay que asegurar a la mujer que no tiene la culpa de lo sucedido. ● Evaluar y responder a necesidades y preocupaciones de las mujeres (emocionales, físicas, sociales y prácticas como el cuidado de otras personas a su cargo, sed, frío, entre otras). 	X	X	X

<p>Diagnóstico</p> <p>Historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tener en cuenta que la historia clínica puede servir como prueba en un proceso judicial. ● Recabar información sobre antecedentes familiares, médicos y quirúrgicos, especificando fecha aproximada de la intervención, tipo de intervención y motivo de la misma. ● Incluir un apartado específico, diferenciado, relativo a la historia ginecológica y obstétrica. ● Registrar, en caso de la existencia de un seguimiento médico actual, motivo de este y tratamiento farmacológico si lo hubiera ● Indagar los detalles sobre la agresión sexual o situación de violencia actual que motivó su llegada al establecimiento de salud. Transcribir al expediente los hechos tal como son relatados por la mujer (fecha, lugar, hora, otros). <p>Examen clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antes de comenzar el examen físico de la víctima de una violación sexual: ● Explicar a la víctima el procedimiento que se va a seguir, respondiendo a cuantas cuestiones pueda ésta plantear. ● Permitir la presencia de algún familiar o persona allegada a la víctima, si esta lo consiente. ● Asegurar que esté presente un personal de apoyo durante el proceso del examen de la víctima. ● Tener presente al realizar el examen, ir informando a la víctima del siguiente paso o procedimiento a realizar, siempre que hubiera otorgado el consentimiento. ● Iniciar con el examen externo, seguido del examen genital y anal. ● Realizar una exploración completa y que permita disminuir los tiempos de actuación. ● Tener en cuenta durante el examen, salvaguardar posibles evidencias. Tomar y obtener las muestras e indicios, destinados a estudios clínicos y médico forenses. ● Realizar, en la medida de lo posible, examen médico-clínico y médico legal conjuntamente, evitando así la duplicidad de exploraciones y la revictimización. <p>Exámenes complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tipificación de sangre. ● Prueba de embarazo. ● Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), gonorrea y clamidia inicial y repetir a los siete días. ● Frotis citológico, para búsqueda de tricomonas y monilia (o cándida). ● Sífilis inicial y a las 6 semanas. ● VIH inicial, a las 6 semanas y a los tres y seis meses. ● Hepatitis B inicial y a las 6 semanas. 			
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Estudios diagnósticos de imágenes, según requerimientos. 			
<p>Actuación clínica:</p> <p>Tratamiento inmediato de lesiones físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proceder al manejo inmediato de lesiones físicas. ● Establecer el estado físico de la víctima, y descartar o no, la necesidad de una asistencia médico-quirúrgica urgente. ● Tener presente que, si existen lesiones de gravedad, corresponde aplicar el procedimiento indicado para pacientes graves en salas de emergencia y urgencia, según protocolos específicos. ● Estabilizar a la mujer en caso de presentar lesiones que ameriten tratamiento médico inmediato y requiere ser referida ● Solicitar la actuación del personal médico forense y colaborar con su trabajo. Tener presente salvaguardar posibles evidencias, tener en cuenta que no se debe lavar, ni descartar las ropas que pueden servir de evidencia. <p>Atención psicoemocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar valoración del estado emocional. ● Realizar intervención en crisis si es requerida, por parte del personal de salud mental. ● Asegurar la continuidad de la atención en salud mental. <p>Profilaxis post exposición al VIH, en caso de violación sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La PEP es el método para prevenir la transmisión del VIH, conlleva el uso inmediato de fármacos antirretrovirales entre las 2 y las 72 horas de ocurrencia de la exposición por la violación sexual. ● Aplicar previo consentimiento informado. ● Aplicar los antirretrovirales y dosis según protocolos específicos. <p>Prevención de infecciones de transmisión sexual, en caso de violación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar muestras del aparato genital para detectar infecciones de transmisión sexual. ● Administrar antibióticos, según protocolos específicos, para prevenir y tratar las siguientes ITS: Clamidia, Gonorrea, Tricomoniasis y Sífilis. Pueden ser aplicados hasta 5 días luego de haber ocurrido la agresión sexual. ● Revisar la vacunación contra la hepatitis B. En caso de inmunización incompleta o desconocimiento, se recomienda iniciar la inmunización. <p>Aplicación de la anticoncepción de emergencia, en caso de violación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Su uso está indicado hasta el 5to día luego de una violación sexual. Siendo más efectiva su aplicación en las primeras 72 horas. ● Aplicar previo consentimiento informado. 			

<ul style="list-style-type: none"> ● Tener presente que, si no existe la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia, se puede utilizar como opción el método Yuzpe, que es la combinación de píldoras anticonceptivas comunes que se toman en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo de emergencia. 			
<p>Actuación médico forense:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar muestra de interés legal. ● Señalar la locación e importancia de las lesiones. ● Fotografiar lesiones. ● Realizar informe médico forense para fines legales 		X	X
<p>Realizar la valoración de riesgo y si es necesario elaborar plan de seguridad:</p> <p>Aplicar pasos finales del apoyo de primera línea (ANIMA):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Analizar con la mujer (adulta) o persona responsable (del niño, niña, adolescente o persona con discapacidad intelectual) la evaluación de riesgo inminente de violencia y plan de seguridad, estrategias de autoprotección, requerimientos adicionales y activación de mecanismos de protección para la mujer y su entorno. ● Aplicar el formulario 1: valoración de riesgo y pautas para la elaboración del plan de seguridad). ● Informar sobre derechos, servicios y oferta de protección social. 	X	X	X
<p>Registrar como caso de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Describir en el expediente clínico el diagnóstico de violencia y la atención provista. ● Completar el formulario de registro de atención a personas en situación de violencia (ver anexo formulario 2 registro de atención a las personas en situación de violencia de género). 			
<p>Referencia y contrarreferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Referir a un nivel de mayor complejidad, si la mujer agredida sexualmente es recibida en un servicio de atención primaria. ● Aplicar instrumentos protocolizados para estos fines. 	X	X	X
<p>Seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar a través del equipo multidisciplinario. 		X	X

7. GLOSARIO

Violencia contra la mujer. Es “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Art.1 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belem do Pará, 1994).

Violencia basada en el género. Se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas (Norma para la atención Integral en salud de las personas en situación de violencia de género e intrafamiliar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2022).

Violencia contra las mujeres en el ámbito de la relación de pareja. Es el acto abusivo dirigido a dominar, someter, controlar o agredir a una mujer y que atenta contra su dignidad, bienestar, integridad física, psicológica, económica o patrimonial, cometida en el marco de la relación de pareja o sentimental por parte de su cónyuge, excónyuge, conviviente, exconviviente, novio, ex novio o pretendiente; también constituye violencia doméstica o familiar contra la mujer, la cometida por personas unidas a ella por parentesco consanguíneo o por afinidad, pudiendo habitar o no en el mismo lugar.

Violencia física. Toda acción, omisión o patrón de conducta que pone en peligro o daña la integridad corporal de las mujeres, niñas y adolescentes; causándole sufrimiento o daño físico, enfermedad, lesiones, discapacidad o muerte. Esta incluye el uso de todo tipo de sustancias corrosivas, que, de forma directa o indirecta, inmediata o retardada afecten la integridad física. (Adaptada de: Norma para la atención Integral en salud de las personas en situación de violencia de género e intrafamiliar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2022).

Violencia sexual. Es la acción o conducta por la que se obliga a una persona a mantener contacto o comportamiento de contenido sexual, sin consentimiento o consentimiento viciado, sorpresa, amenaza o constreñimiento que amenaza o vulnera su derecho a decidir libre y voluntariamente sobre su sexualidad. Comprende no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto “sexualizado”, con o sin acceso genital, físico o verbal, mediante el uso de fuerza, acoso, intimidación, coerción, chantaje, soborno, engaño, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite su voluntad personal. (Norma para la atención Integral en salud de las personas en situación de violencia de género e intrafamiliar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2022).

La violencia sexual comprende el contacto sexual, la participación en un acto sexual no consentido y la tentativa o consumación de actos sexuales. También es violencia sexual

cuando se implica y/o expone a niños, niñas y adolescentes con una persona adulta o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de desventaja frente aquellos que, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que le une a la niña, niño o adolescente, por su ubicación de autoridad o poder a cualquier tipo de contacto o acto sexual.

También incluye el incesto, definido como todo acto de naturaleza sexual realizado por un adulto mediante engaño, violencia, amenaza, sorpresa o constreñimiento en la persona de un niño, niña o adolescente con el cual estuviere ligado por lazos de parentesco natural, legítimo o adoptivo hasta el cuarto grado o por lazos de afinidad hasta el tercer grado, según lo establecido en el Código Penal Dominicano.

Igualmente, son formas de violencia sexual, la denegación o engaño respecto a tomar medidas de protección contra infecciones de transmisión sexual en una relación sexual. Así mismo, son tipos de violencia sexual, la mutilación genital, la explotación sexual y comercial, así como utilizar, producir, reproducir, conservar, compartir o difundir material de abuso sexual por cualquier vía o exponerle a cualquier tipo de material con contenido sexual.

Violencia psicológica. Toda acción u omisión tendente a degradar, desestabilizar, manipular o controlar la conducta, comportamiento, creencias o decisiones de una persona mediante amenazas, restricciones, humillaciones, deshonra, descrédito, manipulación, intimidación o aislamiento que menoscabe, de manera temporal o permanente, su estabilidad psicológica o emocional, su autodeterminación o desarrollo personal. (Norma para la atención Integral en salud de las personas en situación de violencia de género e intrafamiliar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2022).

Violencia vicaria. Es la violencia ejercida por un maltratador con el objetivo de causar daño a la mujer a través de sus seres queridos y, especialmente, utilizando a sus hijas e hijos e incluso a los descendientes en común, pudiendo llegar en casos extremos a terminar con la vida de estos. Es a la mujer a la que se persigue causar el daño, es una violencia directa, desde el punto de vista de la afectación psicológica, el daño se hace a través de terceros.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2022). Protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a mujeres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid (Código VISEM). Madrid.
2. Comisión Interamericana de la Mujer. Mecanismo de Seguimiento a la Convención de Belém do Pará Convención, MESECVI (2014). Guía para la aplicación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) p.; cm. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.6.14) En: <https://oig.cepal.org/es/documentos/guia-la-aplicacion-la-convencion-interamericana-prevenir-sancionar-erradicar-la-violencia>
3. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía (2020). Protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. [Ruiz Pérez (coordinación) et al.]. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía, España. En: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-protocolo-urgencias.html>
4. Ministerio de la Mujer (2020). Plan Estratégico por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres. www.mmujer.gob.do
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2023). Guía Práctica Clínica de las Infecciones de Transmisión Sexual (Actualización). División de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2022). Norma nacional de atención integral en salud a personas en situación de violencia de género e intrafamiliar. Departamento de Igualdad de Género, Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2021). Boletín género y salud “Violencia contra las mujeres: El sistema de salud responde”, Año 6 No.2, noviembre 2021. Departamento de Igualdad de Género, Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2021). Guía Nacional de Consejería Pre y Post Prueba en ITS y VIH. Vínculos con Violencia Basada en Género.

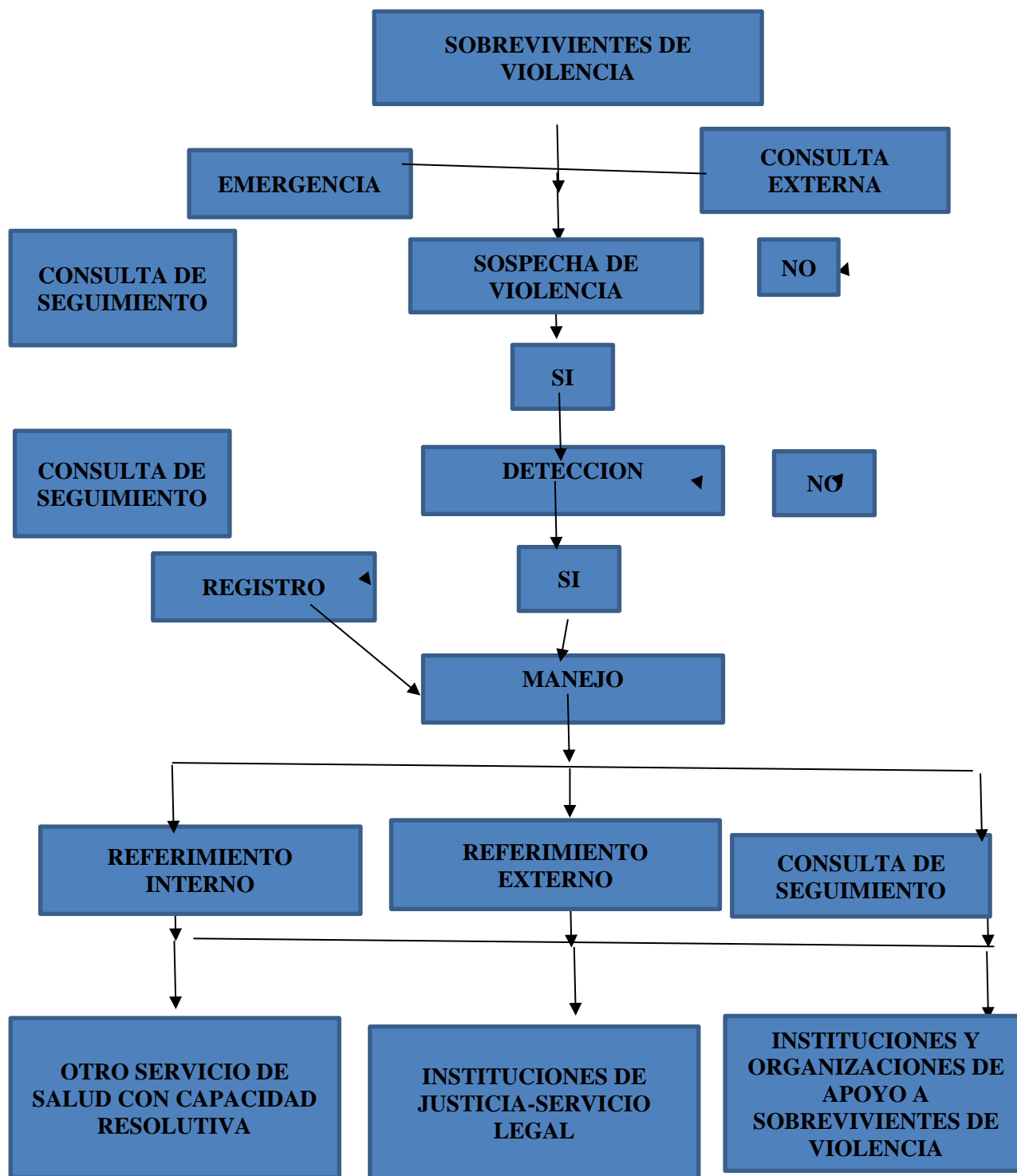
División de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SID (DIGECITSS).
Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.

9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2020). Guía de la Profilaxis Pre-Exposición al VIH (PrEP) en la República Dominicana. Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2019). Guía de consejería en salud sexual y salud reproductiva. Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018). Manual de Consejería Pre y Post Prueba de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH y su Vínculo con Violencia Basada en Género. División de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017). Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en República Dominicana. División materno Infantil y Adolescentes, Ministerio de Salud y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012). Guía y protocolo para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y contra la mujer. Oficina de Equidad de Género y Desarrollo. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MISPAS, República Dominicana.
14. Ministerio Público y Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2014). Protocolo para la investigación del Crimen de Femicidio en República Dominicana.
15. Ministerio Público y Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2016). Guía de Recomendaciones para la Investigación y procesamiento de Delitos Sexuales en República Dominicana.
16. Oficina Nacional de Estadísticas y Ministerio de la Mujer (2018). Encuesta Experimental Situación de las Mujeres. En: <https://web.one.gob.do/media/3xmjy2o3/encuestaexperimentalsobrelasituaciondelasmujeres2018.pdf>

17. ONUMUJERES (2020). COVID-19 y prestación de servicios esenciales a las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres y las niñas. En: <https://www.unwomen.org/es/digitallibrary/publications/2020/04/brief-covid-19->
18. Organización Mundial de la Salud (2021). Violencia contra la mujer. Hoja informativa. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
19. Organización Mundial de la Salud (2020) RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (WHO/RHR/18.19). <https://www.apps.who.int/iris/>
20. Organización Mundial de la Salud (2020), Escuela de higiene y medicina tropical de Londres, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS, Ginebra.
21. Organización Panamericana de la Salud (2020). COVID19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer. En: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contramujer>
22. Organización Panamericana de la Salud, OPS (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Washington, D.C.: OPS, 2016. En: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/>
23. Organización Panamericana de la Salud, OPS (2014). Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: OPS, 2014. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7705>
24. Organización Panamericana de la Salud, OPS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. En: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220>
25. Procuraduría General de la República Dominicana (2023). Estadísticas de feminicidios y homicidios de mujeres. En: <http://estadisticas.pgr.gob.do>
26. Walker, L. (2012). El Síndrome de la Mujer Maltratada. Desclée de Brouwer Editores.

9. ANEXOS

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA¹



¹ Adaptado de: Guía y protocolos de atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2012.

INSTRUMENTOS

FORMULARIO 1.

FORMULARIO DE VALORACIÓN DE RIESGO Y PAUTAS PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD ²

FORMULARIO DE VALORACIÓN DE RIESGO Y PAUTAS PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

Nombre _____ No. Expediente _____

No.	Preguntas	Si	No
1	¿Ha aumentado la frecuencia de violencia física últimamente?		
2	¿Ha aumentado la severidad de la violencia física últimamente y/o ha habido uso de armas (de fuego, cortantes u otras, o amenazas de hacerlo)?		
3	¿Alguna vez ha tratado de ahogarla?		
4	¿Alguna vez ha tratado de Estrangularla?		
5	¿Hay algún arma de fuego u otra que pueda usarla para hacerle daño?		
6	¿Alguna vez ha sido forzada a tener relaciones sexuales?		
7	¿La ha tratado de inducir a tomar alcohol de algún tipo?		
8	¿La ha incitado a usa drogas, como: Cocaína, Marihuana u otras?		
9	¿Amenaza con matarla?		
10	¿Usted cree que es capaz de matarla?		
11	¿Controla la mayoría de sus actividades diarias?, por ejemplo: ¿le dice quiénes pueden ser sus amistades? ¿Cuánto dinero debe usar para comprar? ¿Cuándo, dónde y con quién salir? ¿Llama constantemente para saber qué está haciendo? ¿Le persigue a dónde va?		
12	¿Alguna vez la ha golpeado durante el embarazo?		
13	¿Hay celos constantes y violentos? Por ejemplo, le dice: ¿Tú eres mía o de nadie?		
14	¿Alguna vez ha pensado en suicidarse? ¿Lo ha intentado?		
15	¿Es violento con sus hijos e hijas?		
16	16. ¿Es violento con familiares de usted o conocidos?		
17	17. ¿Abusa sexualmente de sus hijos y/o hijas?		
18	18. ¿Tiende a destruir objetos o pertenencias cuando se enoja?		
19	19. ¿Conoce si el agresor está vinculado a otro hecho de violencia?		
20	20. ¿Siente usted que su vida o la de sus hijos e hijas está en peligro?		

Total, de respuestas positivas _____

Respuestas positivas del 1 al 7 y del 10 al 16 son indicativas de la necesidad de protección inmediata (Ver pautas de elaboración Plan de seguridad).

MEDIDAS TOMADAS POR EL PERSONAL:

Referido a: _____

Se le dio orientación sobre: _____

Se le dio apoyo psicológico Si ___ No ___

Se elaboró plan de seguridad Si ___ No ___

Personal que atiende _____

¹ Adaptado de: Normas nacionales para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2011.

² Adaptado de: Normas nacionales para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2011.

PAUTAS PARA ELABORAR PLAN DE SEGURIDAD

¿Qué es un plan de seguridad?

El plan de seguridad es el conjunto de estrategias, alternativas y medidas que una mujer víctima de violencia puede ejecutar ante un alto riesgo para su integridad y la de sus hijos e hijas. Este plan se realiza después de una valoración de riesgo cuyo resultado indica que existe una situación de alta vulnerabilidad para la mujer.

El personal de salud debe elaborar este plan junto a la mujer, tomando en cuenta sus necesidades y escenarios particulares, propiciando que sea realista y ejecutable en un momento de crisis. Hay que validar y respetar las decisiones de la mujer en situación de violencia.

Pautas para elaborar el plan de seguridad, tomando en cuenta las necesidades y realidades de la persona afectada:

- Identifique lugares de confianza, donde podría acudir a refugiarse en caso de una emergencia, si son más de uno pedirle que priorice.
- Si no ha contado a alguien de su situación de violencia, hágalo con personas de confianza de forma que puedan servirle de apoyo.
- Haga acuerdos con estas personas de confianza y acuerden alguna señal que sirva como alerta de que necesita ayuda inmediata.
- Hacer acuerdos con las hijas e hijos sobre sus propias medidas de seguridad si son testigos de violencia: como por ejemplo salir de la casa, pedir ayuda.
- Trate de fotocopiar los documentos personales y guárdelos en un lugar seguro dentro de un bulto o cartera, que no sea el mismo lugar donde están los originales. De ser posible, guarde originales donde una persona de confianza.
- Guarde cierta cantidad de dinero en efectivo para transportarse y mantenga su celular cargado y disponible para realizar llamadas.
- Tenga preparado un bulto con ropas y pertenencias para usted y sus hijas e hijos.
- En caso de que decida irse, de ser posible, traiga a sus hijos e hijas consigo.

Pautas mientras esté en casa

- Aparte y ahorre todo el dinero que le sea posible, de ser necesario vaya ahorrando pequeñas cantidades del dinero diario.
- Identifique posibles salidas de emergencia.
- Planifique, practique y aprenda bien los pasos a seguir en caso de tener que escapar (si considera prudente, podría hacerlo con sus hijas e hijos).
- Si están en una discusión acalorada procure mantenerse en lugares que le ofrezcan posibilidad de escapar, como las puertas de salida y lejos de donde él pueda encontrar o tomar un arma u objeto que pueda usar como tal.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE VALORACIÓN DE RIESGO Y PAUTAS PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD.

Este formulario contiene una serie de preguntas dirigidas a la mujer sobreviviente de violencia, las cuales deben ser aplicadas por el personal de salud, garantizando la confidencialidad y privacidad.

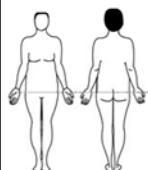
Cada pregunta será respondida de forma afirmativa o negativa (Si/No). La valoración del riesgo estará dada por las respuestas afirmativas a las preguntas contenidas en el formulario, según se describe en este.

Las pautas para la elaboración del Plan de Seguridad se utilizan cuando los resultados de la valoración del riesgo indican una alta vulnerabilidad para la mujer.

Al final del formulario se describen las medidas tomadas por el personal de salud en función de la valoración del riesgo.

FORMULARIO 2

FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO ³

FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO				
Fecha: ___/___/___		Hora: _____		No. expediente: _____
1. CENTRO DE SALUD				
Centro de salud: _____ Servicio Regional de Salud _____				
Provincia _____		Municipio: _____		Localidad: _____
2. DATOS				
2.1 Datos personales:			2.2 Condición vulnerabilidad:	
Nombre: _____ Apellidos: _____			Discapacidad: No () Sí ()	
Apodo: _____ Edad: _____ Hombre () Mujer ()			Tipo: _____	
Estado civil: _____ No. hijos/as: _____ Nivel educativo _____ Ocupación: _____			Embarazo y puerperio: No () Sí ()	
Nacionalidad _____ Dirección: _____			Migrante: No () Sí ()	
Teléfono: _____			Viviendo con VIH: No () Sí ()	
Afiliación a seguridad social: No: _____ Sí: _____ Titular: () Dependiente ()			Niña/adolescente: No () Sí ()	
Aseguradora: _____			Otra: _____	
2.3 Datos de Acompañante: Nombre: _____ Apellidos: _____ Apodo: _____				
Hombre: () Mujer: () Dirección: _____		Teléfono: _____		
Relación con la persona usuaria: _____				
3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN				
3.1 Fecha de la agresión ___/___/___		3.3 Tipo de maltrato	3.4 Lugar de la ocurrencia	
3.2 Frecuencia		Físico () Sexual () Psicológico ()	Escuela () Hogar () Lugar de recreación ()	
Primera Vez () Reincidente () Cuántas _____			Lugar de trabajo () Vía pública ()	
			Transporte público () Otro: _____	
3.5 Tipo de lesión física		3.6 Medio utilizado	3.7 Localización de la lesión	3.8 Gravedad de la lesión
Contusiones ()		Objeto punzante ()	Cabeza o cuello ()	
Heridas por armas blanca ()		Objeto cortante ()	Cara () Oídos ()	
Lesiones por asfixia mecánica ()		Objeto contundente ()	Brazos y/o manos ()	
Lesiones por arma de fuego ()		Sustancia cáustica ()	Tórax ()	
Ahogamiento o por inmersión ()		Arma de Fuego ()	Columna vertebral ()	
Quemaduras ()		Se ignora ()	Abdomen () Pelvis ()	
Lesiones por sustancias cáusticas ()		Otros _____	Glúteos ()	
Lesiones en órganos de los sentidos ()			Piernas y/o pies ()	
Lesiones neurológicas posterior a traumatismo craneoencefálico ()			Área genital ()	
Otros: _____			Otros _____	
3.9 Presencia de signos y síntomas tipo psicológico:				
Ansiedad () Angustia () Irritabilidad () Llanto () Ira () Miedo () Aislamiento () Ideación suicida ()				
Otros _____				
4- RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL:				
Diagnostico (CIE-11): _____				

³ Adaptado de: Normas nacionales para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2011.

5. DATOS DE SUPUESTA PERSONA AGRESORA:	
Se ignora () Edad () Hombre () Mujer () Parentesco: Cónyuge () Pareja () Padrastro () Padre () Madre () Otro: _____	
6. ATENCION:	
6.1 Servicio de Atención: Consulta externa () Tipo: _____ Emergencia () Hospitalización () Otro Servicio: _____	6.3 Medidas tomadas: Hospitalizada () Referida a Consulta Externa () ¿Cuál? _____ Referida a otro centro de salud () ¿Cuál? _____ Referida a otra institución () ¿Cuál? _____ Otras _____
6.2 Descripción de la Atención: Tratamiento clínico () Tratamiento psicológico () Tratamiento quirúrgico () Otros: _____	
7. NOTIFICACION:	
Se avisó al Ministerio Público: No () Si () Especifique _____ Nombre persona que atendió: _____ Otras notificaciones: No () Si () Especifique _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____	
8.OBSERVACIÓN:	
Nombre profesional atiende: _____ Firma: _____ Fecha: _____	

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Este instrumento será llenado a la persona en situación de violencia detectada en el establecimiento de salud, en este se registran las informaciones pertinentes relacionadas con la situación de violencia. Este debe ser llenado en su totalidad, tomando en cuenta los parámetros descritos en las presentes Directrices y en los protocolos específicos, evitando la revictimización.

El llenado del instrumento se hará marcando con una X las opciones que corresponda, teniendo presente que se puede marcar más de una opción si aplica. Además, incluye casillas para completar información específica.

- El instrumento debe ser completado por el profesional a cargo de la atención, indicando la fecha, hora y número de expediente.
- En la casilla 1, se completan los datos sobre el establecimiento de salud.
- La casilla 2 corresponde a los datos de la persona atendida. Estos se obtienen directamente de la persona y/o acompañante, según sea el caso. El apartado 2.1 se refiere a los datos personales; el 2.2 indica si existe alguna condición de vulnerabilidad y en el 2.3 se recogen los datos de alguna persona acompañante.
- Para el llenado de la casilla 3 sobre la descripción de la situación el profesional de salud reseña los aspectos más relevantes, según lo informado por la persona. Se indaga sobre la fecha de la agresión, la frecuencia, lugar de ocurrencia y tipo de violencia, tomando en cuenta que puede marcar más de una casilla. En los apartados 3.5, 3.7 y 3.8, están referidos a lesiones físicas: el personal de salud completará según su observación, examen y experiencia profesional, mientras que en el 3.6, debe preguntar a la persona, si está en condiciones de responder, con qué tipo de objeto fue agredida. En el apartado 3.7 se marca con una X las áreas afectadas y también se señala en el dibujo de la figura humana. En el apartado 3.9 describe la presencia de signos y síntomas de tipo psicológico, para marcar según valoración del profesional.
- En la casilla 4 se realiza un resumen de la situación actual, señalando el diagnóstico de acuerdo al CIE-11, para que pueda ser registrado en las estadísticas (maltrato físico, psicológico y/o sexual).
- En la casilla 5, se registran los datos de la supuesta persona agresora. Si la usuaria desconoce por quién fue agredida, se marca que el dato se ignora.
- En la casilla 6 es importante el llenado de toda la atención que se proporcionó y las medidas tomadas.
- En la casilla 7 se registra la notificación al Ministerio Público, especificando el lugar exacto donde se notificó y quien atendió. Además, se registra si hubo otro tipo de notificación, especificando la institución.

- En la casilla 8 se completa con cualquier observación relevante.
- Por último, el personal de salud que atiende coloca el nombre, firma y fecha.
- Este instrumento se incluye en el expediente para que la información sirva como base a todo el personal de salud que atienda a la persona.



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA

