



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 638 -

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO EN EL SISTEMA DE SALUD SEGUNDA EDICIÓN, Y LOS INSTRUMENTOS QUE LO CONFORMAN.

Asunción, 23 de agosto de 2021.-

VISTO:

La Nota DGPS N° 175/2021, de fecha 14 de julio de 2021, a través del cual la Dirección General de Programas de Salud solicita la aprobación del Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema de Salud, segunda edición; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Paraguay, en su Art. 68 encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, y en su Art. 69 enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

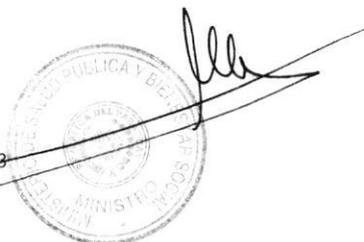
Que la Ley N° 836/1980, Código Sanitario, establece que: "...Art. 3° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social..., Art. 4° La autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación".

Que el mismo cuerpo legal, en el Artículo 7°, dispone: "que los planes, programas y actividades de salud y de bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación".

Que la Ley N° 1032/1996, Que crea el Sistema Nacional de Salud, disponiendo en el Artículo 4°, su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores público y privado. En este sentido, las normas que dicta el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tienen carácter coercitivo para los servicios públicos y privados de todo el país.

Que el Decreto N° 4541/2015, por el cual se aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030, establece las líneas de acción que el Estado Paraguayo está decidido a realizar en el periodo para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes del Paraguay. De este modo, el país se compromete a responder al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud que se encuentran en el núcleo de los desafíos contemporáneos.

Que el Paraguay está comprometido al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en este sentido la atención a la violencia se enmarca en el ODS N° 5: "Igualdad de Género y empoderamiento de la mujer", incluye como metas: 5.1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo; 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación; 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina, entre otras.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 638 -

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO EN EL SISTEMA DE SALUD SEGUNDA EDICIÓN, Y LOS INSTRUMENTOS QUE LO CONFORMAN.

Asunción, 23 de agosto de 2021.-

Que el Plan Nacional de Prevención y Atención a la violencia basada en género desde el Sistema Nacional de Salud 2020-2025, fue aprobado por Resolución S.G. N° 784, de fecha 31 de diciembre de 2020, estableciendo líneas de acción para la respuesta a la violencia intrafamiliar, sexual y basada en género desde el sector salud.

Que por Resolución S.G. N° 544, de fecha 31 de mayo de 2013, se aprueba el documento "Violencia intrafamiliar y de género. Manual de atención integral a víctimas en el Sistema de Salud y se dispone la implementación de las normas, directrices e instrumentos que la conforman".

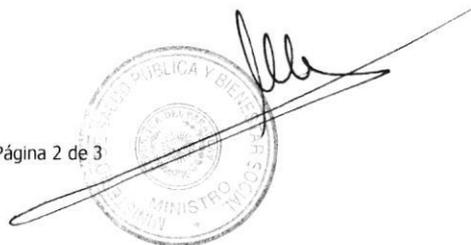
Que en el año 2018, la Dirección de Género consideró necesaria la actualización del documento citado antes teniendo en cuenta las novedades en el marco jurídico nacional, especialmente la aprobación de la Ley N° 5777/2016, "De protección integral a las mujeres contra toda forma de violencia", y la Ley N° 6202/2018, "De prevención y atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual".

Que para ello se llevó adelante un proceso de revisión coordinado por la Dirección de Género y en el marco de las reuniones del Equipo Técnico Multidisciplinario. Participaron además otros actores claves conforme a la lista que se detalla en adjunto. Se realizó así mismo una reunión con actores del Ministerio Público en relación a la toma de muestra siendo validado este apartado en el Taller de Validación.

Que en los distintos espacios se revisó y actualizó el marco jurídico; el flujograma e instructivo identificando las instancias de atención; el tratamiento profiláctico de prevención de ITS; el abordaje a la salud mental y se precisaron aspectos del examen físico. Se incorporó un apartado específico que aborda el protocolo de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual conforme al mandato de la Ley N° 6202/2018, Art. 5º, dispone: "El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dentro de los 6 (seis) meses de entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un protocolo de diagnóstico y atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual dirigido a profesionales de la salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo el territorio nacional". Al mismo tiempo el presente protocolo pone en vigencia las disposiciones de la Ley N° 5777/2016, "De Protección Integral a las Mujeres contra toda forma de violencia".

Que el Ministerio Público comunicó su aval institucional y autorización para uso del logotipo por nota F.G.E. N° 151, de fecha 29 de junio de 2021; y por su parte, el Ministerio de la Mujer otorgó su aval institucional y autorización para uso del logotipo por nota MINMUJER/DM/SG N° 195, de fecha 12 de julio de 2021. El Ministerio de la Mujer realizó además algunas consideraciones y aportes, que fueron incorporadas en su totalidad por la Dirección de Género.

Que en concordancia con lo preceptuado en el Artículo 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21376/1998, en su Artículo 19, dispone "Compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución a su cargo"; y en su Artículo 20, establece "Son funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social: ...6. Ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros. 7. Dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones...".





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 638.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO EN EL SISTEMA DE SALUD SEGUNDA EDICIÓN, Y LOS INSTRUMENTOS QUE LO CONFORMAN.

Asunción, 23 de agosto de 2021.-

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, ha emitido su Dictamen A.J. N° 1556, de fecha 10 de agosto de 2021.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales,

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:

- Artículo 1º.** Aprobar el Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema de Salud, segunda edición, año 2021, que forma parte como anexa de la presente Resolución.
- Artículo 2º.** Disponer su implementación, así como de los instrumentos que la conforman, en los establecimientos públicos y privados integrantes del Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 3º.** Encomendar a la Dirección General de Programas de Salud, a través de la Dirección de Género, la capacitación de los profesionales de salud en la presente norma ministerial, con el apoyo de la Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud.
- Artículo 4º.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



[Signature]
DR. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS
MINISTRO

Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema de Salud



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**



KUÉANGUÉRA
YKERO
Mujeres
Ministerio de la
MUJER



**GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

FICHA TECNICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Dr. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS
Ministro

Dr. VICTOR HERNÁN MARTÍNEZ ACOSTA
Viceministro

Dra. PATRICIA ALEXANDRA VEILUVA ARGÜELLO
Directora General de Programas de Salud

Mag. Abg. CLAUDIA PATRICIA SANABRIA MOUDELLE
Encargada de la Dirección de Género

MINISTERIO PÚBLICO

Abg. SANDRA QUIÑONEZ
Fiscal General del Estado

MINISTERIO DE LA MUJER

Lic. CELINA ESTHER LEZCANO FLORES
Ministra de la Mujer

COORDINACIÓN: DIRECCIÓN DE GÉNERO ¹

**EQUIPO RESPONSABLE DE LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN
INTEGRANTES DEL EQUIPO TÉCNICO MULTIDISCIPLINARIO**

Dra. Raquel Lovera, Hospital Nacional de Itauguá
Dra. Lourdes Zelaya, Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu
Dra. Gladys Larrieur, Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu
Lic. Odorina Benítez, Hospital General de Barrio Obrero
Dr. Luis Taboada, Dirección de Salud Mental
Dra. Mirtha Rodríguez, Dirección de Salud Mental
Lic. Elvira Ríos, Dirección de Salud Mental
Lic. Pilar Roig, Dirección Nacional de Salud Indígena
Dra. Mirta Mendoza, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. María Irrazabal, Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
Abg. Faviola Peralta, Dirección General de Asesoría Jurídica
Dr. Carlos Quevedo, Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud
Dra. María del Carmen Martínez, Hospital de Trauma
Lic. María Magdalena Roig, Dirección General de Promoción de la Salud
Lic. Susana Quiñones, Dirección General de Promoción de la Salud.
Lic. María Asunción González, Hospital General de Barrio Obrero
Lic. Nancy Castillo, Instituto de Bienestar Social
Lic. Claudia Arzamendia, Instituto de Bienestar Social
Lic. Gustavo Montañés, Viceministerio de Salud Pública.

¹ La Dirección de Género de la Dirección General de Programas de Salud fue creada conforme a la Resolución S.G. N° 811 de fecha 28 de septiembre de 2014, "Por la cual se actualiza la estructura organizacional de la Dirección General de Programas de Salud y aprueba su Manual de Funciones". Cuenta con dos jefaturas: El Equipo Técnico Multidisciplinario – ETM que fue creado por Resolución S.G. N°1.015/201 y pasó a depender de la dicha dirección luego de su creación; y, el Programa Nacional de Atención Integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género e intrafamiliar.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Lic. Walter Recalde, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta
Lic. Gregorio Villasanti, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta
Lic. María Angélica Bogado, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta
Dr. Cristian Quintana, Hospital de Trauma

EQUIPO TÉCNICO DEL MINISTERIO PÚBLICO

Abg. Carina Sánchez, Unidad Especializada de Lucha contra la Trata y Explotación Sexual.
Abg. Liliana Paredes, Dirección de Asesoría Jurídica.
Abg. Artemisa Marchuck, Unidad Especializada de Violencia Familiar.
Abg. Monalisa Muñoz, Fiscalía Especializada de la Niñez y Adolescencia.
Dr. Pablo Lemir, Dirección de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Dra. Claudia Trussy, Clínica Forense
Dr. Nicolas Garcete, Dirección de Atención a Víctimas.

PARTICIPANTES DEL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN Y VALIDACIÓN. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Dirección General de Programas de Salud

Lic. Silvia Ramos, Jefa Dpto. Programa Nacional de Atención Integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género e intrafamiliar.
Dra. Lilian Arza, Directora - Dirección de Formación, Monitoreo y Gestión de Proyectos.
Lic. Evelyn Cattebeke, Jefa Dpto. - Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia.
Dra. Cynthia Díaz, Asesora - Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Carolina Ruíz, Jefa Dpto. - Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia.
Dr. Antono Ulises Cusihuaman, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Dirección General de Asesoría Jurídica

Abg. Gustavo Irala Villar, Director General
Abg. Marlene Santos, Directora - Dirección Médico Legal.
Abg. Laura Bordón, Directora - Dirección de Derechos Humanos
Abg. Faviola Peralta, Jefa Dpto.- Dirección de Derechos Humanos.

Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Virus de Inmunodeficiencia Humana - SIDA (PRONASIDA)

Dra. Tania Samudio, Directora
Dra. Patricia Ovelar, Jefa de Dpto. Atención integral al VIH/SIDA
Dra. Lilian Duarte, Dpto. Atención integral al VIH/SIDA
Dra. Maria Ines Mora, Dpto. Atención integral al VIH/SIDA
Lic. Daniel Fermin Sosa, Jefe de Dpto. Educación.

Establecimientos de salud.

Dr. Alfredo Chirifé, Hospital del Trauma.
Abg. Graciela Gómez, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta
Dra. Fátima Ocampos, Hospital Nacional de Itaguá.
Dr. José Aquino Solalinde, Hospital General de Barrio Obrero
Lic. Gregoria Villasanti, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta.
Lic. Maria Angelica Bogado, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta.
Lic. Walter Recalde, Hospital Materno Infantil de Loma Pyta.
Dra. Carla Pereira, Dirección Médica. Centro Hospital Nacional de Itaguá.

Otras dependencias.

Dr. Hugo Valdez, Viceministerio de Salud Pública
Lic. Eladio Quintana, Programa Nacional de accidentes y lesiones por causas externas.
Dra. Fulvia Aguilar, Dirección de Vigilancia de Enfermedades no transmisibles.
Lic. Ruth Alvarenga, Dirección de Atención Primaria para la Salud.
Dr. Ronald Segovia, Dirección General de Redes y Servicios de Salud.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS 3

PARTICIPANTES DE OTRAS INSTITUCIONES.

Abg. Silvina Ovelar, Ministerio Público.
Of. Prim. Ángel Acosta, Dpto. de Derechos Humanos. Policía Nacional.
Víctor Rojas, Jefe de Gabinete. Policía Nacional.
Dra. Adriane Salinas, Oficial de Salud Sexual. UNPFA
Lic. Mirtha Rivarola, Oficial de Género. UNFPA
Lic. Patricia Aguilar, Oficial de VIH UNFPA
Dra. Carolina Ruíz, Directora de Medicina Preventiva, Instituto de Previsión Social.
Lic. Jessica Ramírez, Dirección de Medicina Preventiva, Instituto de Previsión Social.
My. San. Méd. Myrian Galeano, Cirugía General, Hospital Militar Central

EQUIPO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN. MINISTERIO DE LA MUJER.

Celina Esther Lezcano Flores, Ministra de la Mujer
Maria Celsa Aquino Bower, Viceministra de Protección de los Derechos de las Mujeres
Shirley Aguayo, Directora General de Asesoría Jurídica.
Mónica Zayas, Directora General de Centros Regionales y Albergues.
Ana Pavón, Directora General contra toda Forma de Violencia.
Karina Ramírez, Directora de Articulación Interinstitucional.

Se autoriza la reproducción y divulgación de su contenido por cualquier medio, citando la fuente.
Se prohíbe su comercialización dentro y fuera de Paraguay.

© *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*
ISBN

Segunda edición actualizada
Agosto 2021



ABOG GUBO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Índice	Página
PRESENTACIÓN	
INTRODUCCIÓN	
<i>PRIMERA PARTE</i>	
ANTECEDENTES	
OBJETIVO	
CONCEPTOS GENERALES	
CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LAS PERSONAS VÍCTIMAS.	
<i>SEGUNDA PARTE. MARCO LEGAL</i>	
<i>TERCERA PARTE. ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD</i>	
Protocolo de diagnóstico y atención en niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.	
Flujograma de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.	
Instructivo del flujograma de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.	
Protocolo de diagnóstico y atención a mujeres víctimas de violencia.	
Instructivo del flujograma de atención a mujeres víctimas de violencia.	
Consentimiento informado	
Información, Autonomía y Consentimiento Informado.	
FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y BASADA EN GÉNERO	
ATENCIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL Y FÍSICA	
TOMA DE MUESTRA	
CADENA DE CUSTODIA DE LAS MUESTRAS	
TRATAMIENTOS PROFILÁCTICOS EN PERSONAS ADULTAS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	
ATENCIÓN AL ÁREA SOCIAL	
ANEXOS	


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

PRESENTACIÓN

La violencia es un problema de salud pública debido a que afecta al desarrollo integral y bienestar biosicosocial de la persona. Los efectos de cualquier forma de violencia pueden conllevar condicionantes de la salud como: ansiedad, depresión, suicidio, embarazo no intencional, infecciones de transmisión sexual, abuso de bebidas alcohólicas, entre otras.

Es por ello que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social trabaja de manera decidida para brindar atención integral a la víctima de violencia en los servicios de salud de todos los niveles cumpliendo su rol garante de derechos, como lo expresa la Constitución Nacional y se delinea como política pública en la Política Nacional de Salud 2015 – 2030 y en el Plan Nacional de Prevención y Atención a la violencia basada en género desde el Sistema Nacional de Salud 2020-2025 aprobado por Resolución S.G. N° 784 de fecha 31 de diciembre de 2020.

Este documento presenta el protocolo de actuación que deben llevar adelante los profesionales que prestan servicios en el Sistema Nacional de Salud, incluyendo al sector público y privado, Hospital Militar, Hospital Policial, Hospital de Clínicas, y todo aquel servicio que brinde atención a la salud.

Se desarrolla en apartados que contemplan el marco legal aplicable, los pasos a seguir para la atención integral a la víctima en el servicio de salud, la comunicación y denuncia de las situaciones de vulneración de derechos a los actores que deben interactuar con el sector salud, así como también la realización inmediata de la toma de muestra.

La aplicación estandarizada del presente protocolo por parte de los profesionales y personal administrativo en todos los servicios del país, hará posible la atención integral de las víctimas y el inicio del proceso de reparación de derechos.

Dr. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS

MINISTRO


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

INTRODUCCIÓN

El presente documento es producto de la actualización de la Norma titulada: “*Violencia intrafamiliar y de género. Manual de Atención Integral a Víctimas en el Sistema de Salud. Paraguay 2012*” publicada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El documento fue originalmente elaborado en el marco del Proyecto de Consolidación y Fortalecimiento del Sistema de Atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar VIF Fase II, co-ejecutado por la Ministerio de la Mujer y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

La revisión se llevó a cabo entre finales del 2018 y durante el primer semestre del 2019, coordinado por la Dirección de Género, en un proceso colaborativo con la participación y contribución de los integrantes del Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM); de otras dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la red de servicios; el Instituto de Previsión Social; el Hospital Militar; el Ministerio Público y el Ministerio del Interior. Posteriormente se remitió la propuesta al Ministerio Público y al Ministerio de la Mujer, solicitando aprobación y aval institucional. El Ministerio Público comunicó su aval institucional y autorización para uso del logotipo por NOTA F.G.E. N° 151 de fecha 29 de junio de 2021; por su parte, el Ministerio de la Mujer otorgó su aval institucional y autorización para uso del logotipo por NOTA MINMUJER/DM/SG N° 195 de fecha 12 de julio de 2021.

El presente manual constituye el Protocolo que estandariza la atención integral a personas víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género, buscando que el mismo sea implementado en el Sistema Nacional de Salud, teniendo importantes puntos de encuentro con otros actores, entre ellos el Ministerio Público que debe actuar de manera inmediata conforme a la ley, ante las situaciones de abuso sexual, violencia intrafamiliar y de género.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Se reconoce y asume la necesidad de dar respuesta integral y efectiva ante el crecimiento de hechos de violencia, así, cabe señalar que más de la mitad de los hogares paraguayos es escenario de algún acto de violencia; en los casos de niñas, niños y adolescentes 6 de cada 10 sufren maltrato físico y psicológico. Por otro lado, una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos de niños y que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres, declaran haber sufrido abuso sexual en la infancia. Al mismo tiempo se sabe que una mujer, es violentada sexualmente cada 9 horas².

Este protocolo incorpora las novedades legislativas que establecen obligaciones para el sector salud en la atención integral a la víctima de violencia, principalmente la Ley N° 5777/2016 “De Protección Integral a las Mujeres contra toda forma de violencia”, y la “Ley N° 6202/2018 “Que adopta normas de para la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual”.

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

La elaboración de un protocolo estándar para la atención integral busca poner en vigencia los mandatos que tiene el Estado Paraguayo, el bienestar de la sociedad, y reparar los derechos de la víctima a través de la atención especializada, con calidad y calidez, el esclarecimiento del hecho y la sanción al o a los responsables. En el ámbito de salud, la aplicación del protocolo, incluye la detección, la inspección correcta, y la atención integral (biopsicosocial) acorde a requerimiento.

² Datos sistematizados por el Ministerio de la Mujer hasta el 2017.

El presente manual incluye definiciones, el marco legal, la descripción de los aspectos a considerar para brindar atención integral, la responsabilidad del servicio de salud y de los profesionales de salud de distintas áreas, el flujograma de atención, el consentimiento informado, el llenado de los formularios de registro y los pasos para la realización de la toma de muestra y guarda de la prueba para aquellos casos en los cuales el sector salud actúe de manera subsidiaria³.

Se espera que este protocolo estandarice la atención integral, sirviendo a los profesionales de salud en el ejercicio del rol garante que le asigna la legislación vigente. Con la implementación de la presente normativa se entregarán prestaciones de calidad tendientes al cumplimiento de los derechos humanos con perspectiva de género.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

³ Se entenderá por subsidiariedad, aquellos casos en los que el Ministerio Público no pueda recurrir para la toma de muestra de manera oportuna.

NOTA DE AVAL INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO PÚBLICO



MINISTERIO PÚBLICO
República del Paraguay

NOTA F.G.E. N.º 151-

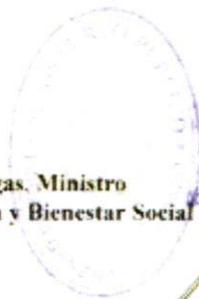
Asunción, 29 de junio de 2021

Señor Ministro:

Sandra Raquel Quiñonez Astigarraga, fiscal general del Estado, tiene el agrado de dirigirse a S.E., con referencia al pedido presentado en la nota MSPyBS/S.G. N.º 1237/2021, en el marco de la actualización del “**Manual de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género en el sistema de salud**”, a fin de comunicar el aval institucional y la autorización otorgada para el uso del logotipo del Ministerio Público en la reglamentación de referencia.

Sin otro particular, hace propicia la oportunidad para saludar a su excelencia con distinguida consideración.

A su excelencia
Dr. Julio César Borba Vargas, Ministro
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
E. S. D.



Sandra Raquel Quiñonez Astigarraga
Fiscal General del Estado


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

NOTA DE AVAL INSTITUCIONAL – MINISTERIO DE LA MUJER



GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

Asunción, 12 de julio de 2021

MINMUJER/DM/SG N° 745

Señor Ministro:

Tengo el honor de dirigirme a Vuestra Excelencia, en ocasión de dar respuesta a la nota MSPYBS/S.G. N° 018/2021, del 26 de enero del corriente, por medio de la cual, en ese entonces el Ministro Julio Mazzoleni, informa sobre la actualización de la norma "Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema de Salud", elaborado por un equipo conformado por su Institución y el Ministerio Público, y que contó con la anuencia del Ministerio de la Mujer.

Atendiendo a la importancia de la actualización del referido instrumento normativo, han solicitado al Ministerio de la Mujer, el aval correspondiente, así como la autorización para el uso del logo de esta Institución.

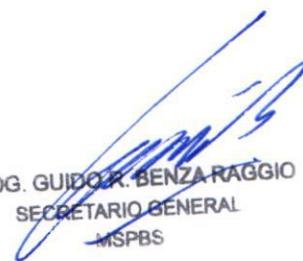
En tal sentido, luego de la revisión jurídica y del área técnica del Viceministerio de Protección de los Derechos de las Mujeres, tengo a bien remitir en adjunto los principales aportes al Manual, y el dictamen jurídico N° 43/2021. Asimismo, se otorga el aval institucional y autorización del uso del logo correspondiente.

Hago propicia la ocasión para reiterar a Vuestra Excelencia las seguridades de mi distinguida consideración.


Celina Esther Lezcano Flores
Ministra de la Mujer

Su Excelencia
Don Julio Borba, Ministro
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción, Paraguay

Presidente Franco N° 780 esq. Ayolas, Edificio Ayra
Pho 13 - Bloque B - Tel. 450-036/8 Fax 450-041 - Planta baja - Tel. 452 060/2
www.mujer.gov.py


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

RESOLUCIÓN MSPyBS Por la cual se aprueba el Manual


ABOG GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

Este convenio tiene como objetivo formular mecanismos para asegurar, defender, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, niñas, niños y adolescentes, coordinando acciones y adaptando los procedimientos procesales para que éstos sean reales y efectivos en el marco de las normas internacionales y nacionales, acorde a las competencias, metodologías y procedimientos respectivos de cada institución.

En el marco de este convenio, el MSPBS se comprometió a realizar un fortalecimiento de la atención de casos de violencia y de los protocolos existentes en los siguientes

⁴ Rabelo PG, Díaz PW, Linares FT, Díaz PH. Lesiones intencionales: la violencia. Rev Cubana de Salud y Trabajo. 2006;7 (1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst11106.html Consultado, 18 de Abril de 2008.


ABOG GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

servicios de salud: Hospital Materno Infantil San Pablo, Hospital General Barrio Obrero, Hospital de Clínicas, Policlínica Rigoberto Caballero, Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” de San Lorenzo y Hospital Nacional de Itauguá⁵.

Otro compromiso asumido fue el de designar al personal de salud de los hospitales mencionados para participar de talleres de capacitación que incluye la difusión, uso y aplicación de los protocolos y flujogramas.

En el marco de esta iniciativa por Resolución S.G. N° 57/2010 (MSPBS) se crea el Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM), para dar respuesta al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional; siendo algunas de sus acciones la elaboración del Programa Nacional de Violencia, el flujograma, así como la construcción de este manual, y los formularios de registro y atención integral para los casos de violencia; éstos últimos de utilidad tanto para el área de la salud como para el Ministerio Público.

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

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

La Dirección de Género fue creada como dependencia de la Dirección General de Programas de Salud conforme a la Resolución SG N° 811 de fecha 28 de septiembre de 2014, “Por la cual se actualiza la estructura organizacional de la Dirección General de Programas de Salud y aprueba su Manual de Funciones”.

⁵ Es preciso aclarar que si bien el Convenio ha sido redactado mencionando a estos hospitales, los hospitales involucrados son: Hospital Materno Infantil San Pablo, Hospital General Barrio Obrero, Centro de Emergencias Médicas, Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” de San Lorenzo, Hospital Nacional de Itauguá y el Centro Teko Pyahu ubicado en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta, dependiente del Instituto de Bienestar Social. El compromiso del MSPBS en dicho convenio consiste además en dotar a los hospitales mencionados de espacio, infraestructura y recursos humanos (médicos, psicólogas, asistentes sociales) para la atención de casos de violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes.


ABOG. GUIDO E. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Por otro lado, el país cuenta con el Plan Nacional contra la violencia hacia las mujeres 2015-2020 y con la Mesa de Prevención Interinstitucional de Prevención a la Violencia contra la Mujer, creada por Ley 5777/16, de conformidad al Art. 27, siendo miembro el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La Organización Panamericana de la Salud aprobó en el 2016, la Estrategia INSPIRE, para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas, en un documento en el que se han reunido contribuciones de expertos técnicos de todas las organizaciones principales que forman parte de esta iniciativa y de muchos otros asociados. Las siete estrategias son las siguientes: implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; padres, madres y cuidadores reciben apoyo; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; y educación y aptitudes para la vida. Por otro lado, INSPIRE incluye dos actividades transversales que contribuyen a vincular y a fortalecer estas siete estrategias, así como a evaluar el progreso hacia su aplicación.

La Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS) de Paraguay fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y el Ministerio de Educación y Ciencias (MEC); con el apoyo de Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta – EEUU (CDC - por su sigla en inglés). La encuesta proporciona información relevante para comprender las condiciones de vida de la población adolescente y los factores de riesgo.

Por otro lado, es de interés el estudio Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) que llevó adelante UNICEF recientemente y que delata el alto porcentaje de uniones tempranas que se siguen dando en el país⁶.

Paraguay cuenta con políticas públicas que apuntan al desarrollo integral de la persona, de manera universal, por un lado y por otro, a la eliminación de la violencia: el Plan Nacional de Desarrollo⁷; la Política Nacional de Salud 2030⁸; Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia basada en Género en el Sistema Nacional de Salud 2020 -2025⁹; la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA) 2014 – 2024¹⁰; el Plan Nacional de Prevención y Atención a la violencia, conocido como **Plan de Acción País** y el IV Plan Nacional de Igualdad 2018 - 2024.

⁶ Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). UNICEF, 2016.
⁷ Decreto N° 2794 de fecha 16 de diciembre de 2014 “Por el cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030”.
⁸ Decreto N° 4541/2015 y Resolución S.G. N° 612 del 25 de agosto del 2015.
⁹ Resolución SG N° 784, de fecha 31 de diciembre de 2020.
¹⁰ Resolución SG N° 01/2015 “Por la cual se aprueba la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA) 2014-2024 y el Plan Nacional de Niñez y Adolescencia (PNA) 2014-2018”.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

OBJETIVO

Brindar lineamientos, orientación y guía para la atención integral a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.

CONCEPTOS GENERALES

En este apartado se presentan conceptos referidos a la Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género, con la intención de orientar criterios que faciliten el abordaje de la atención integral buscando siempre reconocer a la persona que es víctima de violencia como sujeto de derechos.

Género

La expresión de género ha sido definida como “la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado” según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos¹¹. Las relaciones de género revelan jerarquías históricamente desiguales de poder entre mujeres y hombres, en las que las mujeres se encuentran en situación de subordinación y discriminación en comparación a los hombres.

Existen aspectos dentro de estas relaciones que deben ser considerados, tales como; el control masculino del trabajo de las mujeres; el acceso restringido de las mujeres a los recursos económicos, sociales y al poder político; la violencia masculina y el control de la sexualidad de las mujeres¹².

Violencia

Se denomina al uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones¹³.

Círculo o ciclo de la violencia.

Situación de violencia reiterada en la que se encuentra la víctima de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar, dado el vínculo afectivo con el agresor. El ciclo de la violencia incluye las fases de acumulación de tensión, explosión o agresión y

¹¹ Sus recomendaciones adquieren relevancia a partir de la ratificación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969 (Pacto de San José de Costa Rica) por Ley N° 1/89.

¹² Clara Murguialday: Intereses y necesidades de género. Diccionario de Acción Humanitaria Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/>

¹³ Se adopta la definición de la OMS/OPS. 2014.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

reconciliación, y consiste en una conducta reiterativa que impide que la víctima salga de esta situación de violencia¹⁴.

Violencia Basada en Género (VBG)

El artículo 1 de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, conocido como la Convención Belém Do Pará¹⁵ afirma que la violencia contra la mujer es: "...cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado".

Frecuentemente los términos "violencia basada en género" y "violencia contra las mujeres" son usados de modo indistinto en la bibliografía, sin embargo, el término "violencia basada en género" se refiere a aquella dirigida contra una persona en razón del género que él o ella tiene así como de las expectativas sobre el rol que él o ella deba cumplir en una sociedad o cultura. Resulta importante advertir que tanto hombres, adolescentes y niños también pueden ser víctimas de la violencia basada en género¹⁶.

Para la Organización Panamericana de la Salud, la VBG es un problema de salud pública, según la Recomendación de la OPS del año 1993 "...las conductas violentas constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas y que generan pérdidas económicas y daño físico, psíquico y social, muerte prematura evitable y deterioro de la calidad de la vida, entre otros." Esta resolución puntualiza que "...la violencia contra la mujer constituye un problema...de graves repercusiones sociales por la asociación existente entre discriminación y maltrato"¹⁷.

La Recomendación General de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) señala la relación entre violencia y discriminación, al determinar la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer, o que le afecta en forma desproporcionada, como otra forma de discriminación. Incluye actos que ocasionan daños o sufrimientos

¹⁴ Leonore E. Walker investigó, en 1979, las razones que imposibilitan a las mujeres maltratadas a pensar y crear alternativas para salir de la situación de maltrato. En esta investigación, la autora, concluyó que la violencia se producía en tres fases que se repetían de modo cíclico. Estas son: Fase de acumulación de tensión. Aumenta la tensión en la pareja, el hombre se muestra cada vez más enfadado con la mujer sin motivo aparente y se incrementa la violencia de tipo verbal. Estos ataques los suele tomar la mujer como episodios aislados que puede controlar y que acabarán por desaparecer. Fase de explosión o agresión. La situación estalla en forma de agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales. Fase de calma, reconciliación o luna de miel. El agresor pide perdón a la mujer, le dice que está muy arrepentido y que no volverá a pasar. Utiliza estrategias de manipulación afectiva para intentar que la relación no se rompa, como dándole regalos, invitándola a cenar o a ir al cine, haciéndole promesas, mostrándose cariñoso, etc. Muchas veces la mujer cree que el agresor realmente quiere cambiar y le perdona, sin saber que esto refuerza la posición de él. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/146>

¹⁵ Ley N° 605/95 que aprueba la Convención Interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Para).

¹⁶ <http://www.endvawnow.org/es/articles/295-definicion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas.html>

¹⁷ Resolución **CD37.R19**, CD. OPS. 1993.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de libertad, pero también puede ser causa de muerte.¹⁸

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

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

En el resumen de las principales preocupaciones y recomendaciones contenidas en las Observaciones finales del Comité CEDAW a Paraguay 2017¹⁹, se destacan los siguientes aspectos en relación a la Violencia Basada en Género:

Facilitar la denuncia de la violencia contra la mujer, mejorando el acceso a los medios de denuncia de la violencia y el número de albergues para las víctimas, proporcionándoles protección, asistencia legal y médica, rehabilitación psicosocial y programas de reintegración, especialmente en las zonas rurales; y Asegurar que la niña y la mujer estén protegidas de la violencia de género, especialmente en el ámbito doméstico, proporcionen capacitación sobre el protocolo regional para investigaciones sensibles al género sobre delitos intrafamiliares que involucren violencia contra las mujeres, monitoreen su implementación y tomen en cuenta los resultados de la encuesta sobre violencia doméstica basada en el género para desarrollar acciones dirigidas a crear conciencia sobre la naturaleza grave de la violencia doméstica y alentar a las mujeres a denunciar la violencia doméstica.

Violencia contra la mujer

Es la conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, patrimonial o económico a la mujer, basada en su condición de tal, en cualquier ámbito, que sea ejercida en el marco de relaciones desiguales de poder y discriminatorias²⁰.

Dado el enorme número de mujeres, adolescentes y niñas que experimentan la violencia, el término violencia basada en género se asocia generalmente a violencia contra las mujeres²¹.

¹⁸ Comité CEDAW 11º Período de sesiones, Recomendación General Nº19 sobre Violencia contra la Mujer. 1992.
¹⁹ Observaciones finales del Comité CEDAW a Paraguay. Disponible en: <http://www.cde.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Resumen-Observaciones-CEDAW-Paraguay.pdf>
²⁰ Art. 5º, inc. a) de la Ley Nº 5777/2016, concordante con la Convención de Belém Do Pará, art. 1, Ley 605/95.
²¹ <http://www.endvawnow.org/es/articulos/295-definicion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas.html>


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Violencia doméstica

Se consideran las lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar, que comprende el originado por el parentesco, en el matrimonio o unión de hecho, aunque hubiese cesado la convivencia; asimismo, en el supuesto de pareja no convivientes y los hijos, sean o no comunes²².

Violencia intrafamiliar

Es la acción de violencia física o psicológica ejercida en el ámbito familiar contra la mujer por su condición de tal, por parte de miembros de su grupo familiar²³.

Se entiende por “miembros de su grupo familiar” a los parientes sean por consanguinidad o por afinidad, cónyuge o conviviente y a la pareja sentimental. Este vínculo incluye a las relaciones vigentes o finalizadas no siendo requisito la convivencia.

Maltrato infantil

El maltrato infantil se define como las situaciones de abuso y desatención de las cuales son víctimas las personas con menos de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, niña, adolescente o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.²⁴

Es decir, maltrato infantil es “toda acción u omisión que atenta contra los derechos de niñas, niños y adolescentes, realizada con la intención o no de causar daño”²⁵. Además “(...) implica, de un lado, una transgresión del poder/deber de protección del adulto, y del otro, mirar al niño como objeto esto es, una negación del derecho que niñas, niños y adolescentes tienen de ser tratados como sujetos y personas en su condición particular de desarrollo”²⁶.

Violencia contra personas adultas mayores

El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia.” Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión²⁷.

22 Ley N° 1600/2000 “Ley contra la Violencia Doméstica”.

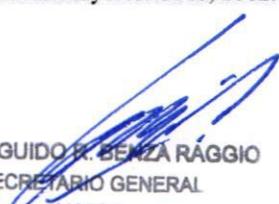
23 Art. 6° inc. i, Ley N° 5777/2016.

24 Maltrato infantil. Nota descriptiva N.º 150. Enero de 2017. OMS/OPS.

25 Mereles, Cándida. Lo que necesitamos conocer acerca del maltrato infantil. Conceptos, N° 1, Asunción, BECA – UNICEF, 2000.

26 Guerra, 2001: 32-33.

27 Declaración de Toronto para la Prevención del Maltrato en Personas Mayores. OMS, 2002.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

La Ley N° 1885/2002 “De las personas adultas”, incorpora en el Art. 3°, los derechos de este grupo poblacional, en los siguientes términos: “Toda persona de la tercera edad tiene derecho a un trato digno y no ser objeto de discriminación de ninguna clase para ejercer funciones públicas o privadas, salvo las incapacidades físicas o mentales especialmente previstas en la ley. Igualmente, tendrá prioridad en la atención a su salud, vivienda, alimentación, transporte, educación, entretenimiento y ocupación, así como en la percepción oportuna de sus haberes, si los tuviere. Goza del pleno ejercicio de sus derechos civiles, comerciales y laborales en igualdad de condiciones con los demás sujetos de crédito, sin que la edad constituya impedimento alguno para contraer obligaciones ante terceros”.

Violencia contra personas con discapacidad²⁸

La protección contra toda forma de violencia contra las personas con discapacidad se encuentran en la Ley N° 3540/2008 “Que aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”; al mismo tiempo es necesario destacar la Ley N° 1.925/02 que aprueba la “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”. Ambas normas tienen como objetivo la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

Violencia psicológica

Acto de desvalorización, humillación, intimidación, coacción, presión, hostigamiento, persecución, amenazas, control y vigilancia del comportamiento y aislamiento impuesto a la mujer.²⁹ Ser testigo de violencia, es otra forma de sometimiento y maltrato psicológico. Se considera que el sufrimiento y las consecuencias son similares a las que experimentan los niños/as y personas adultas que viven la situación de violencia en forma directa.

La violencia psicológica puede ser ejercida de las siguientes formas: Gritos, desprecios, insultos, mentiras, comentarios sarcásticos, degradantes y burlas en público o en privado, observaciones humillantes sobre la falta de atracción física, la inferioridad o la incompetencia, acusaciones, burlas y gestos humillantes, así como encierros, aislamientos y exceso de responsabilidades, entre otra. No permitir el contacto con familiares y/o amistades, así como iniciar o proseguir estudios académicos, laborales, otros.

²⁸ Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia o de cualquier forma de vulneración de derechos por la situación de indefensión en la que se encuentran muchas veces, según un estudio británico de 2004, y tienen menos probabilidades de obtener la intervención de la policía, protección jurídica o cuidados preventivos. Las investigaciones indican que la violencia contra los niños con discapacidad ocurre a tasas anuales por lo menos 1.7 veces mayores que en el caso de sus pares sin discapacidad. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=42&pid=1369>

²⁹ Art. 6° inc. c de la Ley N° 5777/2016.


ABOG. ENRIQUE R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Abandono y negligencia

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

Síndrome de Munchausen

Forma de maltrato infantil poco frecuente en la que uno de los familiares o tutores induce en el/la niño/a síntomas reales o aparentes de una enfermedad conllevando a múltiples consultas en los centros de salud y/o internaciones prolongadas. Si no se establecen rápidamente la detección y tratamiento, el niño/a corre serios riesgos vitales y emocionales. Esta es una forma de maltrato que contempla tanto violencia psicológica como física.

Se presenta al niño o la niña al equipo de salud aduciendo que padece determinados síntomas que obligan a realizar múltiples exámenes, incluso invasivos. Pueden simular síntomas de enfermedad en su hijo/a añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo/a, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan diversos tipos de síntomas.

Violencia física

Es la acción que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño en su salud o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato que afecte su integridad física³⁰.

Así también es comprendida la violencia contra el niño, niña, adolescente, como aquella acción que produzca dolor, daño en su salud o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato que afecte su integridad física. Algunas de las formas en las que se ejerce: pellizcos, quemaduras, golpes, empujones, bofetadas, puñetazos, puntapiés, amenaza con arma (de fuego, blanca o cualquier tipo de objeto), dar medicación innecesaria (especialmente a personas adultas mayores y a niños y niñas).

Violencia patrimonial y económica

Acción u omisión que produce daño o menoscabo en los bienes, valores, recursos o ingresos económicos propios de la mujer o los gananciales por disposición unilateral, fraude, desaparición, ocultamiento, destrucción u otros medios, así como el negar o impedir de cualquier modo realizar actividades laborales fuera del hogar o privarle de los medios indispensables para vivir³¹. Se ejerce de distintas formas, entre ellas: Control del acceso al dinero, impedir que la mujer trabaje, obligar la entrega de ingresos.

Violencia institucional

Actos u omisiones cometidos por funcionarios, de cualquier institución pública o privada que tengan como fin retardar o impedir a las mujeres el acceso a los servicios públicos o privados o que en la prestación de estos se les agreda o brinde un trato

³⁰ Art. 6° inc. b) de la Ley N° 5777/2016.

³¹ Art. 6°, inc. f de la Ley N° 5777/2016.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

discriminatorio o humillante³². Puede darse de manera directa cuando se niega atención, se pone barreras para el acceso, o en forma indirecta cuando se omite dar las condiciones para que la persona acceda. Omisión respecto a la participación de la mujer en el manejo y las decisiones de los bienes y recursos económicos dentro del hogar.

Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”³³. En la legislación paraguaya, el abuso sexual en mujeres, es la acción que implica la vulneración del derecho a decidir libremente acerca de su vida sexual, a través de cualquier forma de amenaza, coacción o intimidación³⁴.

Es el ejercicio abusivo de poder para satisfacción sexual de quien lo ejerce. Es un acto de poder sobre otro/a y puede ser llevado a cabo por cualquier persona. No es sólo penetración o coito, incluye además todas aquellas conductas de contenido sexual. En la mayoría de los casos el abuso sexual no deja signos físicos e incluye a distintos tipos de acercamientos sexuales inadecuados. Al ser una situación sumamente compleja donde se conjugan diversos factores bio-psico-sociales y legales es de fundamental importancia que el abordaje sea siempre multidisciplinario.

Se presenta de distintas formas: La violencia sexual incluye pero no se limita a lo siguiente:

- Violación: Es la imposición del coito o penetración (anal, vaginal, bucofaríngeo) sin consentimiento, realizada por imposición, utilizando la fuerza física o moral o aprovechándose de la situación de vulnerabilidad de la persona (estado de ebriedad, estado de inconciencia o situación de incapacidad de defensa a causa de consumo de medicamentos o drogas lícitas o ilícitas). Puede darse violación en el matrimonio, unión de pareja o en citas amorosas, violación por desconocidos o por conocidos.
- Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la calle, en instituciones educativas, el lugar de trabajo, etc.)
- Violación sistemática, esclavitud sexual, explotación sexual.
- Abuso sexual en personas con alguna discapacidad.
- Violación y abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.
- Formas “tradicionales” de violencia sexual, como matrimonio, unión de pareja o cohabitación forzadas; dadas en ciertas culturas, y tomadas como “situación normal”, como sería la convivencia de un adulto con una niña o adolescente a cambio de brindar recursos económicos a su familia pero que implican

³² Art. 6°, inc. n de la Ley N° 5777/2016.

³³ Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington, DC : OPS, 2013. WHO/RHR/12.37.

³⁴ Art. 6°, inc. d de la Ley N° 5777/2016.


ABOG. EMILIO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

situaciones no consentidas en especial en mujeres, que violentan sus derechos sexuales.

Abuso sexual en niñas, niños y adolescentes

El Abuso sexual es un crimen tipificado, que implica a la vez todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido hacia un niño, niña o adolescente que utiliza la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor y que constituyen hechos definidos en el Art. 1° de la Ley N° 6202.³⁵

Tipos de Abuso sexual

- **Abuso sexual no comercial:** Cualquier relación o contacto entre un niño, niña o adolescente y un adulto provocada por el adulto a efectos de satisfacer sus deseos sexuales.
- **Abuso sexual comercial:** Modalidad de abuso sexual también conocida como “explotación sexual”. Se trata de la utilización de niñas, niños o adolescentes en actividades sexuales, eróticas o pornográficas para la satisfacción de los intereses o deseos de una persona o grupo de personas a cambio de un pago o promesa de pago económico, en especie o de cualquier tipo, para niñas, niños o adolescentes o para una tercera persona. Existen diferentes tipos de explotación sexual, como la prostitución infantil, el turismo sexual, la pornografía y la trata de niñas, niños o adolescentes con fines de explotación.
- **Incesto:** relaciones sexuales entre parientes, vinculados por lazos de consanguinidad como: tutores, padrastros y padres adoptivos.
- **Violación de niños, niñas y adolescentes:** Es la imposición del coito o penetración (anal, vaginal, bucofaríngea) a través de engaños, coerción o amenaza, con o sin consentimiento, utilizando la fuerza física o moral.
- **Contacto físico o visual:** consiste en toqueteos, frotamiento, manoseos y besos, obligar a exhibir sus partes íntimas o a mirar las de la persona agresora, coaccionar a mirar actos sexuales, exponer a personas menores de 18 años al exhibicionismo.
- **Exposición a contenido pornográfico:** a través de películas, revistas, páginas web, redes sociales, fotografías, celulares.

³⁵ Ley No. 6202/2018.

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LAS PERSONAS VÍCTIMAS.

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

Las causas de la violencia son múltiples, estas responden a factores de riesgos sociales, culturales, características individuales de la mujer (esta redacción podría entenderse como que es la mujer quien causa la violencia), situaciones de vulnerabilidad, subordinación y dependencia de la mujer, de los niños, niñas y adolescentes. La causa principal de la violencia es el abuso poder, Poder que le es social y culturalmente conferido al varón.

Debe entenderse a la violencia como el síntoma de situaciones sociales complejas e inequitativas, que posicionan a la mujer en un estado de subordinación, inferioridad y desigualdad en el ejercicio de sus derechos. En el país persisten patrones patriarcales, que naturalizan la violencia.

Las niñas, niños y adolescentes son en todos los casos víctimas directas de la violencia.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes:

- un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual);
- un historial de exposición al maltrato infantil (autores y víctimas);
- la experiencia de violencia familiar (autores y víctimas);
- el trastorno de personalidad antisocial (autores);
- el uso nocivo del alcohol (autores y víctimas);
- el hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores);
- las actitudes que toleran la violencia (autores);
- la existencia de normas sociales que privilegian a los hombres o les atribuyen un estatus superior y otorgan un estatus inferior a las mujeres; y
- un acceso reducido de la mujer a empleo remunerado.

Entre los factores asociados específicamente a la violencia de pareja cabe citar:

- los antecedentes de violencia;
- las dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja;
- la conducta dominadora masculina hacia su pareja.

Y entre los factores asociados específicamente a la violencia sexual destacan:

- la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual;
- las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre; y
- la levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.

Las desigualdades entre hombres y mujeres y la aceptación de la violencia contra la mujer son la causa principal de la violencia ejercida contra estas.³⁶

³⁶ OMS, 2017. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

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

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

La violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH³⁷.

La violencia de pareja (física, sexual y emocional) y la violencia sexual ocasionan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo a las mujeres. También afecta a sus hijos y tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad. Este tipo de violencia puede:

- Tener consecuencias mortales, como el feminicidio o el suicidio como instigación al mismo o como producto de un trastorno grave de depresión.
- Producir lesiones (temporales y/o permanentes), y el 42% de las mujeres víctimas de violencia de pareja refiere alguna lesión a consecuencia de dicha violencia.
- Ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH. El análisis de 2013³⁸ reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o violencia sexual a manos de su pareja tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH en algunas regiones, en comparación con las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja. Por otra parte, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos.
- La violencia en la pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. El mismo estudio de la OPS realizado en 2013 puso de manifiesto que la probabilidad de sufrir un aborto espontáneo entre las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja es un 16% mayor y la de tener un parto prematuro un 41% mayor.
- Estas formas de violencia también pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio. El análisis referido más arriba, concluyó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida.
- Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.
- Siguiendo el mismo estudio, la violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida. Así mismo se asocia

³⁷ OMS, 2017. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

³⁸ OMS, 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, 2013.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

a la comisión (en el hombre) y el padecimiento (en la mujer) de actos de violencia.

Secuelas en niñas, niños y adolescentes.

Las niñas, niños y adolescentes que crecen en familias en las que se experimentan situaciones de violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos trastornos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida.

La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas o malnutrición).

Costos sociales y económicos

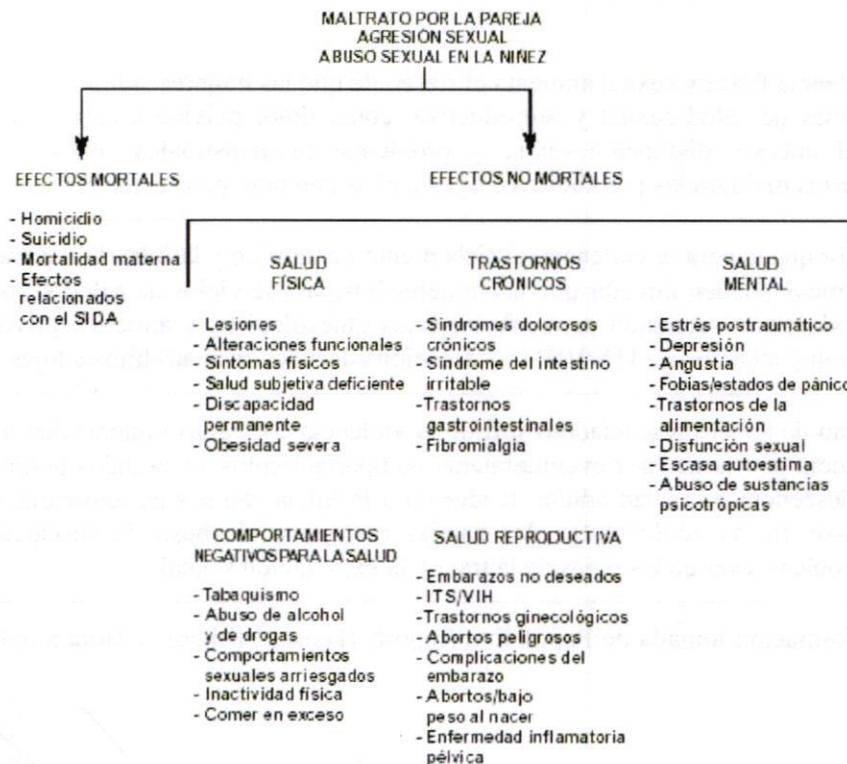
Los costos sociales y económicos de este problema son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos³⁹

Figura 1.2 Efectos de la violencia⁴⁰. Heise, Ellsberg, y Gottemoeller 1999

³⁹ OMS, 2017. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

⁴⁰ Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller 1999. *Ending Violence against Women. Population Reports. Series L. No. 11.* Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.*


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS



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

Recuadro 1-1. Salud Reproductiva: Riesgos y consecuencias de la violencia contra las mujeres⁴¹

- Es más probable que los hombres autores de maltrato físico tengan múltiples parejas sexuales y que las fuercen a mantener relaciones, con lo cual las exponen a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH.
- Las mujeres víctimas de maltrato generalmente son obligadas a mantener relaciones sexuales forzadas, se les prohíbe el uso de métodos anticonceptivos o no se les permite negociar el empleo del condón, con lo cual aumenta su riesgo de embarazos no deseados y de contraer ITS/VIH.

⁴¹ Recuadro extraído de: La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2003.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

- La violencia física y sexual aumenta el riesgo de que las mujeres sufran muchos problemas de salud sexual y reproductiva, como dolor pélvico crónico, flujo vaginal intenso, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de embarazos malogrados por abortos e hijos e hijas con bajo peso al nacer.
- El temor que genera la violencia, el aislamiento geográfico y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud sexual y reproductiva —atención prenatal, servicios ginecológicos y anticonceptivos, detección y atención de ITS/VIH— y atención adecuada para sus hijos e hijas.
- El hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia podría generar eventualmente comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: tendencia a la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso de sustancias psicotrópicas, caer en las redes de la trata y la explotación sexual.

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


ABOG GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

SEGUNDA PARTE

MARCO LEGAL

A continuación se presenta de manera sucinta, las normas jurídicas que deben conocer los profesionales de salud para brindar atención integral a la víctima de violencia intrafamiliar, sexual y basada en género para facilitar la puesta en vigencia de los derechos de la persona, como así también cumplir con su rol establecido en la legislación

Marco legal de la violencia contra la mujer.

El marco jurídico nacional contempla la igualdad de las personas, así como la igualdad de los derechos entre el hombre y la mujer, siendo obligación del Estado garantizar la prevención, sanción y erradicación de la violencia.⁴²

En la Constitución Nacional se enuncia así el Art. 46 De la igualdad de las personas: “Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios”. Seguidamente en el Art. 47 se establecen las garantías de la igualdad; y en el Art. 48, dispone: “El hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. El Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio y facilitando la participación de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional”.

Así también el Art. 54° de la Carta Magna establece que la familia, la sociedad y el Estado deben proteger al niño contra toda forma de violencia. En caso de conflicto de intereses, siempre deben prevalecer los Derechos del Niño.

De manera concordante el Art. 60° dispone que: “El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad”.

El Art. 68 dispone que: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

Finalmente, el Art. 88 incorpora el derecho a la no discriminación: “No se admitirá discriminación alguna entre los trabajadores por motivos étnicos, de sexo, edad, religión, condición social y preferencias políticas o sindicales. El trabajo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas o mentales será especialmente amparado”.

⁴² Ver también artículos 46, 47 y 48 de la Constitución Nacional.

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

Ley	Instrumento
Ley 1215/86	Que aprueba la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)
Ley N° 69/89	Que aprueba y ratifica la convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1984.
Ley 57/90	Que aprueba la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.
Ley 5/92	Que aprueba el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
Ley 4/92	Que aprueba el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Ley 400/94	Que aprueba el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de derechos civiles y políticos.
Ley 605/95	Que aprueba la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (conocida como Convención de Belém do Pará)
Ley 1683/01	Que aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)
Ley 1663/01	Que aprueba el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional
2128/2003	Que aprueba la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial.
Ley 2298/03	Que aprueba la Convención de las Naciones contra la Delincuencia Organizada Transnacional
Ley 1134/03	Que aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención de los Derechos del Niño relativo a la venta, prostitución infantil y la utilización de niños en pornografía
Ley 2396/04	Que aprueba el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Trasnacional (Protocolo de Palermo)

Por su parte, el Código Sanitario (CS), Ley N° 836/80, Artículo 3° y 4°, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales de bienestar social, y que dicha autoridad es ejercida por el/la Ministro/a, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes en dicho ámbito. El mismo cuerpo legal en el Artículo 7° dispone que los planes, programas y actividades de salud y de bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio, que debe orientarlo de acuerdo a la política de salud y al bienestar social de la Nación.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

La Ley N° 1032/1996 crea el Sistema Nacional de Salud, disponiendo en el Artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores público y privado. En este sentido, las normas que dicta el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tienen carácter coercitivo para los servicios públicos y privados de todo el país.

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

En dicha ley las instituciones de Salud Pública deben: atender con urgencia a la víctima y otorgar el tratamiento por profesionales idóneos, disponer todos los exámenes pertinentes, y la derivación del paciente a instituciones especializadas, si fuese necesaria; entregar copia del diagnóstico al paciente y al Juzgado de Paz que corresponda, dentro de las veinticuatro horas; y, dar comunicación inmediata al Ministerio Público de todo hecho de violencia. El Ministerio Público es responsable de la tipificación del hecho punible.

La Ley N° 4788/2012 “Integral contra la trata de personas” tiene por objeto: “prevenir y sancionar la trata de personas en cualquiera de sus manifestaciones, perpetrada en el territorio nacional y en el extranjero. Es también su objeto el proteger y asistir a las víctimas, fortaleciendo la acción estatal contra este hecho punible”. En cuanto a la asistencia, el Art. 33 de la citada ley, establece: “De los programas de asistencia inmediata”, y en el inc. 1° numeral 5, incorpora la asistencia desde el sector salud que debe ser proveída: “Cuidados de salud y tratamiento médico necesario, incluso, cuando proceda, examen confidencial, gratuito y opcional del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual”. Por su parte, en el Artículo 34 se incorporan los “Programas de asistencia mediata que deben abordar el acceso a tratamiento médico y psicológico de larga duración (inc.3).

La Ley N° 5777/2016 “De Protección Integral a las Mujeres contra toda forma de Violencia”, y Decreto Reglamentario N° 6973/2017, establece obligaciones para las instituciones responsables de brindar una respuesta y define diferentes formas de violencia antes no contenidas en el derecho positivo. Reconoce el Femicidio como un tipo penal.

Esta ley reconoce la violencia en distintos ámbitos más allá del ámbito doméstico o de relaciones de pareja, ampliándolas a formas de violencia expresadas también en espacios comunitarios y/o estatales (Art. 3).

El Art. 6 sienta las bases conceptuales para implementar políticas públicas dirigidas a prevenir, disminuir y eliminar diferentes formas de violencia: violencia física, psicológica, sexual, contra los derechos reproductivos, patrimonial, laboral, político, intrafamiliar, obstétrica, mediática, telemática, simbólica y contra la dignidad.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Por su parte, el Artículo 22 establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social deberá:

- a) Diseñar y aplicar protocolos específicos de detección precoz y atención a las mujeres en situación de violencia, en todas las especialidades.
- b) Organizar efectivamente la aplicación de un Registro de las personas asistidas por situaciones de violencia contra las mujeres, para los reportes al Sistema Único y Estandarizado de Registro.
- c) Dotar de presupuesto suficiente al Programa Nacional de Prevención y Atención de la Violencia, dependiente de la Dirección de Género de la Dirección General de Programas de Salud u otras iniciativas.
- d) Crear programas para la atención integral a mujeres en situación de violencia como de sus hijas e hijos.
- e) Establecer un sistema de servicio de salud integral en las Casas de Acogida dependientes de las Gobernaciones, las que deberán implementar los lineamientos del programa nacional para la prevención y atención integral de la violencia.
- f) Crear programas para la atención psicológica de la persona agresora, a fin de evitar la reincidencia.
- g) Otorgar, en forma inmediata, la constancia médica y diagnóstico médico y/o psicológico a las víctimas de violencia que acudan al servicio de salud.
- h) Sensibilizar y capacitar al personal de salud y monitorear la función desempeñada por los mismos en torno a los temas de violencia contra las mujeres.



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Tipo de violencia

Marco legal

[Faint, illegible text in the main body of the page, likely bleed-through from the reverse side.]

En lo que refiere a la Ley N° 1160/1997 “Código Penal” (CP) y leyes modificatorias⁴³, se citan los tipos de violencia contemplados en el mismo:

⁴³ Ley 5378/2014.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

VIOLENCIA FAMILIAR	<p>Art. 229 Violencia familiar: 1° El que, aprovechándose del ámbito familiar o de convivencia, ejerciera violencia física o psíquica sobre otro con quien convive o no, será castigado con pena privativa de libertad de uno a seis años.</p> <p>2° Cuando el hecho de violencia provocará los resultados de la Lesión Grave, se aplicará la sanción prevista en el Artículo 112 del Código Penal.”</p> <p><i>Ley N° 5378/2014 MODIFICA EL ARTICULO 229 DE LA LEY N° 1160/97 "CÓDIGO PENAL" Y SU MODIFICATORIA LA LEY N° 4628/12</i></p>
LESIÓN, LESIÓN GRAVE O MALTRATO	<p>1° Será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años el que, intencional o conscientemente, con la lesión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- pusiera a la víctima en peligro de muerte, 2- la mutilara considerablemente o la desfigurara por largo tiempo, 3- la redujera considerablemente y por largo tiempo en el uso de su cuerpo o de sus sentidos, en su capacidad de cohabitación o de reproducción, en sus fuerzas psíquicas o intelectuales o en su capacidad de trabajo, o, 4- causara enfermedad grave o afligente. <p>2° El que dolosamente maltratara físicamente o lesionara a otro y con ello causara uno de los resultados señalados en el inciso 1, habiendo tenido como posibles, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Será castigada también la tentativa. (Art. 112° Código Penal – CP)</p>
MALTRATO A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BAJO TUTELA	<p>El encargado de la educación, tutela o guarda de una persona menor de dieciocho años de edad, que sometiera a ésta a sufrimientos psíquicos, maltratos graves y repetidos o lesiones en su salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o multa, salvo que el hecho sea punible como lesión grave según el Art. 112°. (Art. 134° CP)</p> <p>La Ley N° 4295/2011 ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL EN LA JURISDICCION ESPECIALIZADA</p>
COACCIÓN	<p>El que mediante fuerza o amenaza constriña gravemente a otro a hacer, no hacer o tolerar lo que no quiera, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa. (Art. 120° CP).</p>
COACCIÓN GRAVE	<p>Se aplicará una pena no menor de ciento ochenta días-multa o una pena privativa de libertad de hasta tres años cuando la coacción se realizará:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mediante amenaza con peligro para la vida o la integridad física; o 2. abusando considerablemente de una función pública. (Art. 121° CP).
COACCIÓN SEXUAL Y VIOLACIÓN	<p>1°.- El que, mediante fuerza o amenaza con peligro presente para la vida o la integridad física, coaccionara a otro a padecer en su persona actos sexuales, o a realizar tales actos en sí mismo o con terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años.</p> <p>2°.- Cuando la víctima haya sido violada, coaccionándose al coito con el autor o con terceros, la pena privativa de libertad será de tres a doce años.</p> <p>3°.- Cuando la víctima del coito haya sido una persona menor de dieciocho años de edad, la pena privativa de libertad será de tres a quince años.</p> <p>4°.- La pena podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67 cuando de la</p>


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

	<p>relación de la víctima con el autor, surgieren considerables circunstancias que lo ameriten (Art. 128° CP).</p> <p>Ley N° 3440/2008 Modifica varias disposiciones de la ley n° 1.160/97, código penal</p>
ABUSO SEXUAL DE PERSONAS INDEFENSAS	<p>1° El que realizara actos sexuales en otra persona que se encontrase en estado de inconsciencia o que, por cualquier otra razón, estuviese incapacitada para ofrecer resistencia, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años. Será castigada también la tentativa.</p> <p>2° Si los actos sexuales con personas que se encontraran en las condiciones referidas en el inciso anterior comprendieran el coito, la pena privativa de libertad podrá ser aumentada hasta diez años.</p> <p>3° La pena podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67 cuando, por las relaciones de la víctima con el autor, se dieran considerables circunstancias atenuantes. En este caso no se castigará la tentativa (Art. 130° CP).</p>
ABANDONO	<p>1° El que: 1. Expusiera a otro a una situación de desamparo; o 2. Se ausentara, dejando en situación de desamparo a quien esté bajo su guarda o a quien, independientemente del deber establecido por el artículo 117, deba prestar amparo, y con dicha conducta pusiera en peligro su vida o integridad física, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años.</p> <p>2° Cuando la víctima fuera hijo del autor la pena podrá ser aumentada hasta diez años.</p> <p>3° Cuando el autor, antes de que se haya producido un daño, voluntariamente desviara el peligro, la pena prevista en los incisos 1° y 2° podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67. Cuando el peligro haya sido desviado por otras razones, bastará que el autor haya tratado voluntaria y seriamente de desviarlo (Art. 119° CP).</p>
INCESTO	<p>1° El que realizara el coito con un descendiente consanguíneo, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años.</p> <p>2° El que realizara el coito con un ascendiente consanguíneo, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa. La misma pena se aplicará, cuando el coito haya sido realizado entre hermanos consanguíneos.</p> <p>3° No serán aplicados los incisos anteriores a los descendientes y hermanos, cuando al tiempo de la realización del hecho no hayan cumplido dieciocho años. (Art. 230)</p>


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

Marco legal de la violencia hacia niñas, niños y adolescentes⁴⁴

El marco jurídico nacional contempla la obligación del Estado de garantizar protección al niño, niña y adolescentes, en este contexto constitucionalmente se contempla que la *“La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos, protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación”*⁴⁵.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada por Ley 57/90 contempla expresamente que *“los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”*⁴⁶. Igualmente se observa que los *“Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales.....para impedir la incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, la explotación del niño en la prostitución, u otras prácticas sexuales ilegales, la explotación en espectáculos o materiales pornográficos.”*⁴⁷

El Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) Ley 1680/2001, reconoce al niño y al adolescente como sujetos de derecho que merecen protección integral y oportuna teniendo a resguardar el desarrollo de sus potencialidades.

La citada ley instala igualmente el Sistema Nacional de Protección y de Promoción Integral a la Niñez y Adolescencia. El mismo implica la creación y fortalecimiento de un conjunto de organismos interrelacionados que implementan acciones dirigidas hacia un mismo fin, cual es *la protección y promoción de los derechos de la niñez y la adolescencia.*⁴⁸

Por su parte, la recientemente aprobada Ley N° 6202/2018 define el abuso sexual de manera amplia e introduce la particularidad de que constituye el hecho cualquier acto que esté dirigido a niños, niñas y adolescentes. Delimita las responsabilidades institucionales y define los pasos mínimos con los cuales debe contar un protocolo de diagnóstico y atención integral al abuso sexual. Establece el deber de denunciar y las sanciones para los profesionales e instituciones que incumplan.

⁴⁴ Extraído del Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar 2010-2015, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Setiembre 2010. Asunción – Paraguay.

⁴⁵ Artículo 54 de la Constitución Nacional.

⁴⁶ Artículo 19, CDN.

⁴⁷ Artículo 34, CDN.

⁴⁸ Está pensado como un sistema de regulación e integración de los programas y acciones a nivel nacional, departamental y municipal. Sus principios son: la descentralización administrativa, la coordinación de acciones, la participación ciudadana, el interés superior del niño y la niña, y la integralidad de la atención.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

A continuación se citan algunas de las disposiciones contenidas en el (CNA) en relación a la protección de niñas, niños y adolescentes:

Disposición	Marco legal
PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR	Toda medida que se adopte respecto al niño o adolescente, estará fundada en su interés superior. Este principio estará dirigido a asegurar el desarrollo integral del niño o adolescente, así como el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos y garantías (Art. 3°).
RESPONSABILIDAD SUBSIDIARIA	Los padres biológicos y adoptivos, o quienes tengan niños o adolescentes bajo su guarda o custodia y las demás personas mencionadas en el artículo 258 del Código Civil, tienen la obligación de garantizar al niño o adolescente su desarrollo armónico e integral, y a protegerlo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso y la explotación. Cuando esta obligación no fuere cumplida, el Estado está obligado a cumplirla subsidiariamente. Cualquier persona puede requerir a la autoridad competente que exija a los obligados principales y al Estado el cumplimiento de sus obligaciones (Art. 4°).
OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR	Toda persona que tenga conocimiento de una violación a los derechos y garantías del niño o adolescente debe comunicarla inmediatamente a La Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña, Adolescentes (CODENI) o en su defecto al Ministerio Público o al Defensor público. El deber de denunciar incumbe en especial a las personas que, en su calidad de trabajadores de la salud, educadores, docentes o de profesionales de otra especialidad desempeñen tareas de guarda, educación o atención de niños o adolescentes. Al recibir la información, la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI), el Ministerio Público y el Defensor Público adoptarán las medidas correspondientes, que les competen (Art. 5°).
PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE	Las instituciones de salud y las de educación exhibirán en lugares públicos y visibles los datos concernientes a personas o instituciones a la que podrán recurrir el niño, sus padres, tutores, o responsables en los casos mencionados anteriormente (Art. 6°).


 ABOG. GUIDO R. BENZARAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

DERECHO A LA SALUD	<p>El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.</p> <p>Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón (Art. 13°).</p>
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA	<p>El Estado proveerá gratuitamente asistencia médica y odontológica, las medicinas, prótesis y otros elementos necesarios para el tratamiento, habilitación o rehabilitación del niño o adolescente de escasos recursos económicos (Art.15)⁴⁹.</p>
DERECHO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE A SER PROTEGIDOS CONTRA TODAS LAS FORMAS DE EXPLOTACIÓN	<p>El niño y el adolescente, tienen derecho a estar protegidos contra toda forma de explotación y contra el desempeño de cualquier actividad que pueda ser peligrosa o entorpezca su educación, o sea nociva para su salud, o para su desarrollo armónico e integral (Art. 25°).</p>
PROHIBICIÓN DE LA PUBLICACIÓN	<p>Queda prohibido publicar por la prensa escrita, radial, televisiva o por cualquier otro medio de comunicación, formato de transmisión digital de informaciones, sistemas de mensajerías y redes sociales, los nombres, las imágenes y audios o cualquier otro dato que posibilite identificar al niño o adolescente, víctima o supuesto autor de hechos punibles o que hayan presenciado accidentes o eventos catastróficos, resulte víctima de la violación de algún derecho o garantía.</p> <p>Asimismo, queda prohibida la realización de entrevistas al niño o adolescente que se encuentre en las situaciones referidas en el párrafo anterior.</p> <p>Exceptuase de la prohibición de publicación en los casos de niños, niñas y adolescentes extraviados o víctimas de secuestro, con autorización de sus padres o en su defecto</p>

⁴⁹ Ley N° 1680/2001, y Ley N° 5099/2013 "De gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".


ABOGADO GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

	<p>mediante autorización judicial.</p> <p>Los que infrinjan esta prohibición serán sancionados conforme al artículo 147 “Revelación de un secreto de carácter privado”, de la Ley N° 1.160/97 “Código Penal”, sin perjuicio de configurarse dicha conducta en otros tipos penales.” Art 29 del CNA, modificado por la Ley N° 6083/2018 Que modifica el Código de la Niñez y la Adolescencia.</p>
MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y APOYO	<p>Cuando el niño o el adolescente se encuentre en situaciones que señalan la necesidad de protección o apoyo, se aplicarán las siguientes medidas: a) la advertencia al padre, madre, tutor o responsable; b) la orientación al niño o adolescente y a su grupo familiar; c) el acompañamiento temporario al niño o adolescente y a su grupo familiar; d) la incorporación del niño en un establecimiento de educación escolar básica y la obligación de asistencia; e) el tratamiento médico y psicológico; f) en caso de emergencia, la provisión material para el sostenimiento del niño o adolescente; g) el abrigo; h) la ubicación del niño o adolescente en una familia sustituta; e i) la ubicación del niño o adolescente en un hogar (Art. 34°).</p>
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DEL MALTRATO	<p>En caso de maltrato del niño o adolescente, recibida la denuncia por el Juzgado de la Niñez y la Adolescencia, éste deberá adoptar inmediatamente las medidas cautelares de protección al niño, niña o adolescente previstas en este Código, sin perjuicio de las acciones penales que correspondan. La medida de abrigo será la última alternativa (Art. 191°).</p>

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


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

En materia **penal** existen disposiciones específicas que tipifican los delitos cometidos contra niñas, niños y adolescentes. Los principales son:

Disposiciones	Marco legal
ABANDONO	<p>1° El que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expusiera a otro a una situación de desamparo; o 2. Se ausentara, dejando en situación de desamparo a quien esté bajo su guarda o a quien, independientemente del deber establecido por el artículo 117, deba prestar amparo, y con dicha conducta pusiera en peligro su vida o integridad física, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. <p>2° Cuando la víctima fuera hijo del autor la pena podrá ser aumentada hasta diez años.</p> <p>3° Cuando el autor, antes de que se haya producido un daño, voluntariamente desviara el peligro, la pena prevista en el inciso 1° y 2° podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67. Cuando el peligro haya sido desviado por otras razones, bastará que el autor haya tratado voluntaria y seriamente de desviarlo (Art. 119° CP).</p>
MALTRATO A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BAJO TUTELA	<p>El encargado de la educación, tutela o guarda de una persona menor de dieciocho años de edad, que sometiera a ésta a sufrimientos psíquicos, maltratos graves y repetidos o lesiones en su salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o multa, salvo que el hecho sea punible como lesión grave según el Art. 112° (Art.134° CP. Ley 3440/2008).</p>
ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y NIÑAS	<p>“Art. 135a.- Abuso sexual en niños.</p> <p>1° El que realizara actos sexuales con un niño, o lo indujera a realizarlos en sí mismo o a terceros, será castigado con pena privativa de libertad de cuatro a quince años. Con la misma pena será castigado el que realizara actos sexuales manifiestamente relevantes ante un niño y dirigido a él, o lo indujera a realizarlos ante sí o ante terceros.</p> <p>2° En los casos señalados en el inciso anterior la pena privativa de libertad será de diez a quince años cuando el autor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. al realizar el hecho haya maltratado físicamente a la víctima; 2. haya abusado de la víctima en diversas ocasiones; o, 3. haya cometido el hecho con un niño que sea su hijo biológico, adoptivo o hijastro, o con un niño o niña cuya educación, tutela o guarda esté a su cargo. <p>3° Cuando concurra más de una circunstancia de las señaladas en el inciso 2°, el autor será castigado con pena privativa de libertad de quince a veinte años.</p> <p>4° En los casos señalados en el inciso 1°, la pena privativa de libertad no será menor de quince años cuando el autor haya</p>


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

realizado el coito con la víctima. En caso de que la víctima sea menor de diez años, la pena no será menor de veinte años.

5° Se entenderá por niño, niña a los efectos de este capítulo, la persona que no haya cumplido catorce años de edad.”

Ley 6002/2018 Que modifica el artículo 135 de la ley 1160/97 y de la Ley 3440/2008.

Estupro	Artículo 137.- 1° El hombre que persuadiera a una mujer de catorce a dieciséis años a realizar el coito extramarital, será castigado con pena de multa. 2° Cuando el autor sea menor de dieciocho años se podrá prescindir de la pena.
----------------	--

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

Obligaciones de los profesionales de salud.

El Código Procesal Penal (CPP), Ley 1286/1998, en el artículo 286 establece la Obligación de denunciar los hechos punibles de acción penal pública.

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

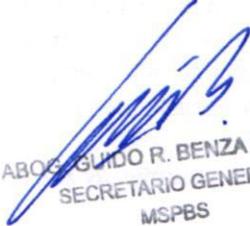
- 1) los funcionarios y empleados públicos que conozcan el hecho en ejercicio de sus funciones;
 - 2) los médicos, farmacéuticos, enfermeros, y demás personas que ejerzan cualquier rama de las ciencias médicas, siempre que conozcan el hecho en el ejercicio de su profesión u oficio y que éste no le haya sido confiado bajo secreto profesional;
- Así también deben brindar atención a quien la necesite, la Omisión de auxilio está tipificada: Art. 117°.- 1° El que no salvara a otro de la muerte o de una lesión considerable, pudiendo hacerlo sin riesgo personal, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa, cuando: 1. el omitente estuviera presente en el suceso; o 2. cuando se le hubiera pedido su intervención en forma directa y personal. 2° Cuando el omitente, por una conducta antijurídica anterior, haya contribuido a que se produjera el riesgo, se aplicará una pena privativa de libertad de hasta dos años o multa.

Por su parte, el Código Sanitario establece en su Art. 307° que: “Los profesionales, técnicos y auxiliares en ciencias de la salud serán pasibles de la suspensión por un plazo no mayor de 6 meses o la cancelación del registro por un término no mayor de 3 años, cuando los mismos rehúyan prestar sus servicios a un enfermo o lo abandone habiendo estado bajo su cuidado o por su negligencia, sean responsables de la muerte o incapacidad de su paciente, o de la propagación de una enfermedad transmisible que ponga en grave riesgo la salud pública, así como los que expidan certificados, análisis, dictámenes o informes falsos o violen voluntariamente el secreto profesional.”


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

La Ley 1626/2000, “De la Función Pública”, dispone en el Art. 57º.- Son obligaciones del funcionario público, sin perjuicio de lo que se establezca en los reglamentos internos de los respectivos organismos o entidades del Estado, las siguientes: h) denunciar con la debida prontitud a la justicia ordinaria o a la autoridad competente los hechos punibles o irregularidades que lleguen a su conocimiento en el ejercicio del cargo. Por último, esta obligación se incorporó en la recientemente promulgada Ley N° 6202/2018 “Que adopta normas de para la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual” que en el Art. 7º establece sobre la obligación de denunciar y el Art. 10 las sanciones.

Resolución SG N° 202/2019 Por la cual se dispone que los asesores jurídicos de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social brindarán asistencia jurídica a los directores generales, directores, jefes, encargados, y profesionales de salud en los casos de atención a pacientes víctimas de violencia familiar, violencia contra la mujer, maltrato y abuso sexual; y se abroga la Resolución 262/2013.



ABOC. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Introducción

La respuesta integral al problema de la violencia significa ir más allá de la recuperación física, de las heridas o las lesiones. Significa aplicar los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social y legal de las víctimas; y acompañar su proceso de recuperación física y emocional y avanzar en los procesos de rehabilitación integral, de justicia y reparación del daño desde una perspectiva de la restitución de derechos. El abordaje integral implica una mirada interdisciplinaria desde la asistencia en el ámbito de la salud, del entorno social, jurídico y psicológico que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas.

En la terminología actual, al hablar de víctimas, se hace referencia a “sobrevivientes” reconociendo la resiliencia y capacidad de sobreponerse a las situaciones de violencia.

La atención clínica de las víctimas de violencia requiere la activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se podrían establecer vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento.

La atención en salud incluye los siguientes procesos:

1. Atención integral:
 - a. Flujograma de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
 - b. Flujograma de atención integral a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.
2. Registros:
 - a. Formulario de registro y atención a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.
 - b. Formulario de registro y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual.
3. Tratamiento de urgencia y seguimiento (rehabilitación).

Las actividades encaradas por el equipo de salud deben ir orientadas a satisfacer las necesidades de las víctimas.

- **Respetar:** los derechos de las víctimas.
- **Evitar:** La revictimización y los juicios de valor o críticas
- **Intervenir:** realizando las acciones necesarias en cuanto al tratamiento.
- **Acompañar:** a la víctima en los pasos a seguir, de manera a llegar a la “sobrevivencia real del evento”, y a la reparación de sus derechos vulnerados.

Consideraciones sobre los procesos de atención integral.

Es de fundamental importancia:

- ✓ Disponer de un adecuado espacio para la realización de la primera intervención, garantizando la confidencialidad del relato, de los registros y el respeto de los tiempos de las víctimas, conforme asimismo a su estado físico y emocional al momento de la primera entrevista. En este punto es importante contar con una profesional psicóloga que pueda realizar la contención emocional durante esta intervención.
- ✓ Hacer un registro textual, amplio y minucioso de los dichos de la víctima, independientemente de su edad, con su vocabulario y sin interpretaciones recordando que el primer relato de los hechos es de vital importancia. El relato debe consignarse en la Historia Clínica y en el Formulario de Registro y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Maltrato y Abuso Sexual y de Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género.
- ✓ Los hechos a ser registrados deberán ser aquellos que la víctima exprese sin necesidad de indagar. La evaluación psicológica o escucha se hará ante el profesional especializado. Evitar hacer preguntas en las que se pueda interpretar como que la víctima es responsable del hecho de violencia.
- ✓ Registrar de manera correcta los campos de los formularios de registro.
- ✓ Cuando la derivación de la víctima se da desde la instancia administrativa, judicial, ministerio público, policial, u otro servicio de salud, es necesario incluir en el Expediente Clínico la documentación en la que se solicita la intervención del equipo de salud.
- ✓ Investigar si existen otras personas (niños, niñas o adolescentes, mujeres) expuestos a la situación de violencia, abuso sexual por parte del agresor y actuar en consecuencia, comunicando a las instancias competentes. Esta consulta debe ser anónima.
- ✓ Recordar la obligación personal que tienen los profesionales de salud de notificar a las instancias correspondientes sobre el hecho ocurrido según los marcos y normativas vigentes (Art. 5° del Código de la Niñez y Adolescencia).
- ✓ Remitir a las instancias legales correspondientes la notificación con los informes de los profesionales intervinientes (Médico, Psicología, Trabajo Social, Asesoría Jurídica).
- ✓ Precautelar la integridad física y psíquica de la persona víctima, evitando que permanezca en contacto con la persona agresora. Entre tanto se sustancien las medidas cautelares a través de la justicia especializada, en el caso de niñas, niños y adolescentes se debe indicar la hospitalización en el servicio de salud de mayor complejidad o especializado que se encuentra más cercano. En el caso de adultos, se debe buscar los sistemas de contención y protección, acudiendo a redes familiares, comunitarias y asistenciales.
- ✓ Debe tenerse en cuenta que, si el examen físico y psicológico fue realizado en un servicio de salud, debe ser tomado en consideración evitando una nueva evaluación Forense que producen la revictimización ya sean secundaria y/o terciaria.

Revictimización⁵⁰

La degradación causada a una persona, tras haber sufrido un acto de violencia, puede ser de tal magnitud que el miedo y la angustia de la víctima, si es que sobrevive, la llevarán a una fractura en su confianza y modos de comunicarse con su ambiente psico-social.

El sector salud debe garantizar que las víctimas de violencia NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. Para los efectos de este manual, se hablará sobre tres tipos de victimización, según el momento y el sujeto:

1. **Victimización primaria:** las experimentadas por la víctima, en forma directa, sufridas como producto inmediato de la violencia.

2. **Victimización secundaria o revictimización⁵¹:** La **victimización secundaria** es producida por las instituciones y profesionales de salud, justicia, sistema de protección y otros sectores implicados. Consiste en sometimiento de la persona protegida a demoras, derivaciones, consultas inconducentes o innecesarias, como así también a realizar declaraciones reiteradas, responder sobre cuestiones referidas a sus antecedentes o conductas no vinculadas al hecho denunciado y que excedan el ejercicio del derecho de defensa de parte; a tener que acreditar extremos no previstos normativamente, ser objeto de exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos y a toda práctica, proceso, medida, acto u omisión que implique un trato inadecuado, sea en el ámbito policial, judicial, de la salud o cualquier otro (Decreto N° 6973/17, que reglamenta la Ley N° 5777/16 – Art. 3°).

3. **Victimización terciaria:**

Es aquella producto de la estigmatización del conjunto de la comunidad o sociedad misma, y posterior discriminación a través de cualquier circunstancia tal como los medios de comunicación, los rumores y habladurías a nivel local. El término también es conocido como victimización del delincuente o el acusado; o “victimización por parte del sistema legal del victimario mismo”.

Formas frecuentes de revictimización dentro de los servicios de salud y cómo evitarla:

EXPRESIONES UTILIZADAS QUE REVICTIMIZAN	SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ● Y qué hacía a esa hora sola-o. ● <i>Usted permitió que le hicieran eso. Pudo haberse defendido.</i> ● <i>Con esa forma de vestir, como no iba a provocar esa situación.</i> ● <i>¿Como estaba vestida?</i> ● Por qué no averiguó quien era el acompañante. ● Por qué no gritó o llamó a alguien en su ayuda. ● Por qué consumió o aceptó atenciones. ● Cuando la situación es reiterativa: ¿Por qué no lo dijo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Respetar el relato y no emitir juicio alguno sin interrumpir. ● Evitar la interrupción del relato de la víctima. ● Visualizar que el agresor es el único y total responsable de lo que sucedió. ● Manifestar a la víctima que ella no es responsable de lo que le sucedió y que hay personas que comprenden lo que le ha sucedido y que pueden ayudar. ● Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.

⁵⁰ Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Colombia. Año 2011.

⁵¹ Para este Manual se utilizará el termino revictimización.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

<p>antes? - ¿Esta seguro/a de que no lo consintió en algún momento? - ¿está consciente de que con su denuncia originará un conflicto familiar?</p> <ul style="list-style-type: none">• Someter a la víctima a preguntas constantes y/o insistentes sobre los hechos• ¿Cuántas veces sucedió? ¿Qué le decía? ¿Qué le hacía? ¿Con qué la amenazó? Entre otros detalles que no aportan al proceso y si reviven de forma reiterada la situación.	<ul style="list-style-type: none">• Manifestar en todo momento que el proceso a seguir es con miras a su recuperación integral.• Seguir el presente protocolo.
---	---



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Protocolo de diagnóstico y atención en niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.

Atención integral en los servicios de salud.

Para brindar atención a niñas, niños y adolescentes, rige la Ley N° 6202/2018 “Que adopta normas para la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual”. Dicha norma establece en el Artículo 5°: “El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dentro de los 6(seis) meses de entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un protocolo de diagnóstico y atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual dirigido a profesionales de la salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo el territorio nacional”.

Este mandato es de cumplimiento obligatorio para todos los servicios del Sistema Nacional de Salud sean éstos públicos, autárquicos y/o privados. La omisión de la atención está penada conforme al Artículo 10, Capítulo V, De las Sanciones, de la Ley N° 6202/2018.

La atención integral a la salud debe brindarse de manera inmediata a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo los casos como emergencia médica.

En la atención integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, se deberán considerar especialmente los siguientes derechos enunciados en el Art. 4°:

- a) Derecho a un trato digno y comprensivo.
- b) Derecho a la protección contra la discriminación.
- c) Derecho a ser informado de modo adecuado, de toda actuación de cualquier naturaleza que devenga del abuso sufrido.
- d) Derecho a ser oído y a expresar opiniones y preocupaciones.
- e) Derecho a una asistencia eficaz por parte de las instituciones, servicios y profesionales competentes.
- f) Derecho a la protección de su intimidad.
- g) Derecho a ser protegido de toda forma de revictimización.
- h) Derecho a la seguridad y protección de peligros provenientes de su condición de víctima de abuso sexual, para la cual las instituciones y servicios intervinientes deberán realizar una evaluación de riesgos permanentes.
- i) Derecho a la reparación en lo que sea posible, incluyendo su plena indemnización, reinserción y recuperación. Los procedimientos para obtener y hacer ejecutoria una reparación deberán ser fácilmente accesibles y adaptados a los niños, niñas y adolescentes.
- j) Derecho a medidas preventivas especiales para niños, niñas y adolescentes expuestos a reiterados actos de victimización por abuso sexual.
- k) Derecho a ser atendido por profesionales especializados.

El protocolo mínimo de atención se establece en el Art. 5° de la citada ley, que dispone:

Todo profesional de la salud que preste servicios de salud en cualquier carácter en una institución de salud, que, al atender en consulta a un niño, niña o adolescente encuentre indicio de que ha sido víctima de abuso sexual, deberá aplicar en forma estricta e inmediata el protocolo a que se refiere el presente artículo.

La atención, además de la aplicación del protocolo, incluirá como mínimo, el cumplimiento de las siguientes acciones y obligaciones:

- a. La atención inmediata de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica. Asimismo, garantizando la confidencialidad del relato y de la identidad de la niñas, niño o adolescente.
- b. La realización del examen y tratamiento primario de enfermedades de transmisión sexual, adquiridas con ocasión del abuso con un profesional especializado.
- c. La provisión de antirretrovirales en caso de que el abuso sexual importe el coito o de violación y/o riesgo de VIH/Sida, para lo cual se deberá contar con el presupuesto necesario y provisión oportuna de antirretrovirales.
- d. La evaluación inmediata física y psicológica del niño, niña y adolescente víctima de abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias y la no revictimización.
- e. La toma y recolección de manera oportuna y adecuada de las evidencias, por parte del médico forense del Ministerio Público.
- f. Previo cumplimiento de las normas que rigen la materia, se deberán practicar de inmediato las pruebas forenses y patológicas que sean necesarias como aporte probatorio para el proceso penal correspondiente, por parte del médico forense asignado por el Ministerio Público.
- g. Comunicar de inmediato al Fiscal Penal de Turno, al Defensor de la Niñez y la Adolescencia de turno, y en ausencia de esta última instancia, a la CODENI.

Se debería garantizar la posibilidad de participación de una profesional psicóloga en el proceso de intervención primaria para realizar la contención de la víctima.

Organización del servicio

Los servicios de salud deberán garantizar la atención integral de calidad y calidez basada en el respeto de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia.

El servicio que recibe a la víctima debe articular con los distintos niveles de las redes para brindar respuesta inmediata conforme al Flujograma. El protocolo será aplicado por los profesionales de salud⁵² de todos los niveles.

⁵² **Profesional de Salud:** Son aquellos que se desempeñan en diferentes escenarios y adoptan decisiones y ejercen las acciones y actividades que inciden en la salud individual y colectiva. A ellos les corresponde cumplir funciones que implican responsabilidades compartidas, en relación con el cuidado, la conservación y el desarrollo de la salud de la población. En base a estas consideraciones, es evidente la necesidad de restituir los espacios y oportunidades para el ejercicio pleno y digno de los profesionales. Esto implica el reconocimiento de la autonomía responsable y de la capacidad de autorregulación, como estamentos sociales e individualmente como miembros de esos conglomerados profesionales. Corresponde a los diferentes prestadores de salud, señalar lo que cada profesional debe saber, que le corresponde hacer y cuáles son los atributos que han de caracterizar su desempeño en el ejercicio autónomo de su profesión. Perfiles y competencias profesionales en salud. Argentina. 2016: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RIDE/.../Perfiles-profesionales-salud.pdf>.



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Para la implementación del Protocolo se dispondrá de la siguiente organización en el servicio de salud:

- Contar con el Equipo Multidisciplinario conformado por profesionales referentes comprometidos, incluyendo como mínimo a: médico/s especialista/s (pediatra, de familia, ginecólogo – infantojuvenil preferentemente y psiquiatra o psicólogo – según nivel de prestación que ofrece cada servicio), psicólogo, trabajador social y asesor jurídico.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para el tratamiento y toma de muestra (profilaxis de VIH e ITS, vacunas y anticoncepción hormonal de emergencia PAE).
- El gerente de cada servicio deberá prever la disponibilidad impresa de los:
 - Formulario de Registro y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Maltrato y Abuso Sexual;
 - Consentimiento informado para la realización de examen médico – legales y procedimiento relacionados en víctimas de agresiones sexuales y lesiones físicas; y
 - Solicitar al Ministerio Público la realización o en su caso el retiro de oportuno de la muestra teniendo en cuenta la cadena de custodia que es responsabilidad de dicha institución.
 - Capacitar a los profesionales de la salud en la aplicación del presente protocolo.

A la vez, la Ley N° 6202/2018, tiene por objeto la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual; así como las sanciones por incumplimiento de las disposiciones y reglamentaciones establecidas en el Capítulo V – Art. 10° de la misma.

- 1) Respecto a los establecimientos prestadores de servicios de salud del Sector Público, Instituto de Previsión Social y servicios hospitalarios de las Fuerzas Públicas:
 - a. Los Directores de las instituciones del Sistema de Salud Pública, los Directores del Instituto de Previsión Social, los Directores de servicios hospitalarios de las Fuerzas Públicas, que fueran responsables del incumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones, cometerán falta grave y serán sancionados por la autoridad competente con la máxima sanción de conformidad a lo establecido en la Ley N° 1626/2000 “De la Función Pública” y sus modificaciones, y demás leyes y disposiciones reglamentarias.
 - b. Cuando el incumplimiento fuera de los médicos sobre quienes recae la obligación de cumplir los protocolos y otras reglas de actuación por causas imputables a ellos, responderán personalmente por los daños ocasionados al niño, niña y adolescente por sus omisiones y serán

En el caso de nuestro país, las definiciones, así como el catálogo de profesionales de salud que conforman la Red Integrada de Servicios de Salud están definidas en la **Resolución S.G.N° 131/2015** “Por la cual se modifica y amplía la Resolución 280/2013 Por la cual se aprueba el Catálogo de Profesionales de Salud del MSPyBS a ser implementado en la Dirección de Registros y Profesiones”.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

sancionados, previo sumario administrativo, con la misma sanción establecida en el inciso a.

- 2) El incumplimiento por parte de los establecimientos prestadores de servicios de salud del sector privado, será sancionado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, previo sumario administrativo, de la siguiente manera:
 - a. La imposición de una multa de hasta 100 (cien) salarios mínimos.
 - b. En caso de reincidencia, la imposición de una multa de hasta 200 (doscientos) salarios mínimos.

Entrevistas a niños, niñas y adolescentes⁵³

Lo primero a considerar es que se trata de sujetos de derecho, con grados diversos de autonomía, por lo que debe contar con las mismas garantías en los servicios de salud que las personas adultas, y como pilares fundamentales de la atención, son los derechos al consentimiento informado, la privacidad y confidencialidad.

El personal de salud deberá:

- Identificarse en forma agradable y saludar haciendo contacto visual con el o la niña, niño o adolescente.
- Preguntar a la persona cómo desea ser llamada.
- Considerar un contacto inicial con el o la niña, niño o adolescente y su acompañante (si tuviera) que permita indagar los motivos de consulta de ambos, que pueden ser diferentes, y observar la interacción entre ellos. Luego se realiza la anamnesis y el examen físico completo, de preferencia con el o la adolescente sólo o sola. En el caso de niños y niñas, se debe valorar en cada caso la necesidad de brindar atención sin la presencia de un familiar en caso de que el agresor sea de su entorno.
- Explicar que las entrevistas por regla general son confidenciales. La única excepción a esta norma es ante la amenaza a la integridad física y mental a la persona, cuando previa conversación con él o ella, informa sobre la situación a padres o tutores, o autoridades competentes (casos de abuso sexual y de violencia intrafamiliar).
- Escuchar atentamente sus inquietudes, dudas y problemas.
- Registrar su impresión inicial sobre el o la niña, niño o adolescente (nivel socioeconómico, situación familiar, gestos, estado de ánimo).
- Tener en cuenta el lenguaje no verbal. Usar lenguaje adecuado, evitando usar apodosos y motes discriminatorios, evitar gestos y frases de desaprobación o de juicio.
- Al indagar el motivo de consulta preferentemente utilice las preguntas abiertas que invitan a hablar evitando juicios de valor (¿Qué quieres decir con eso? ¿Cómo te has sentido? etc.).
- Observar y registrar comunicación no verbal en función a detectar indicadores de violencia, depresión (gestos de preocupación, incoherencias entre el lenguaje verbal y no verbal).
- Dejar los temas más sensibles e íntimos para los que él o la profesional de salud precisa ganarse la confianza (vida sexual, violencia intrafamiliar, violencia

⁵³ Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social- Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia. Cuadro de procedimientos: Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades – IMAN CLINICO. Asunción: OPS/UNFPA, 2011. 80 p.

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

basada en género, consumo de drogas, etc.) para el final, excepto cuando son los motivos de consulta.

Todos los datos que se obtienen durante la entrevista ayudan a detectar los riesgos, factores de protección y los daños existentes. La historia clínica es propiedad de paciente, por lo tanto, la niña, niño o adolescente tiene que estar en conocimiento y haber consensado los datos que en ella se registren. En el caso de no existir consenso, igualmente el profesional debe dejar consignado todas las declaraciones.

Se debe mantener la confidencialidad en todo momento, excepto ante las siguientes situaciones:

- Situación de riesgo de vida inminente para la niña, niño o adolescente o para terceros como violencia intrafamiliar y otras formas de violencia, intentos de suicidio y depresión severa.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de la realidad.
- Dependencia de drogas.
- Déficit intelectual importante que impida la toma consiente de decisiones. En caso de necesidad de informar a los padres o adultos responsables, se recomienda lo siguiente:
- Postergar la información a los padres o tutores hasta lograr el consentimiento del o de la adolescente.
- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección del o de la adolescente, comunicándole la necesidad y conveniencia de informar a una persona adulta sobre una determinada situación, y acordar con él o la adolescente la forma de hacerlo (con la participación o no del personal de salud, el contexto, lugar, momento, etc.).
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos cuando se sospeche una reacción familiar violenta.

La entrevista a niñas, niños o adolescentes en las que se sospecha de violencia, son consideraciones, además de las anteriores:

- La voz de la niña, niño y/o adolescente víctima de abuso sexual, debe ser tomada con la credibilidad y respeto que amerita, en ningún caso se descalificará el testimonio ni se harán juicios de valor.
- En el caso de que una persona con menos de 18 años se presenta sola a la consulta, el profesional efectuará la entrevista garantizando la confidencialidad y protección efectiva. Precautelar en todo momento la atención integral, incluso sin necesidad de acompañamiento.
- En el caso de una persona adolescente que se presente acompañada por un adulto referente, el profesional deberá consultarle si prefiere mantener la entrevista a solas.
- En el caso de niños y adolescentes con discapacidad se debe tener en cuenta que deben acceder a medidas de apoyo adicionales dependiendo del tipo y grado de discapacidad (visual, auditiva, motriz, cognitiva o socio emocional). La discapacidad constituye un factor que multiplica las posibilidades de padecer alguna vulneración de derechos. Su propia situación los deja más expuestos que otros niños, niñas y adolescentes.
- En el caso de niñas, niños o adolescentes de población indígena no se dejará de atender y se dará el mismo tratamiento a los casos de abuso sexual. El protocolo


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

rige de igual manera. Las costumbres no deben prevalecer en el caso de violación de derechos fundamentales como la vida, la integridad, el desarrollo integral, el interés superior del niño, la salud, la educación, la libertad (Art. 54° De la Protección del Niño – Constitución Nacional).

Flujograma de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.



Elaborado por el equipo técnico multidisciplinario (ETM) Resol. S.G. 57/2010 y 1015/2011


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO 52
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

Instructivo del flujograma de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.

Detección de casos: Todo profesional de la salud que trabaja en un servicio de salud debe detectar y/o recepcionar los casos de violencia. Esto implica “no solo contemplar sino actuar”. Las situaciones de violencia pueden estar ocultas o encubiertas

Asistencia: Es el procedimiento de recepción, detección, intervención (activación de mecanismos de protección a las víctimas), atención integral (bio-psico-social) y jurídica en el servicio de salud, incluyendo la participación de diferentes actores para las diversas intervenciones. Se considerará como urgencia, los hechos acontecidos dentro de las 72 horas. La atención integral tal y como indica el Flujograma, incluye la prevención de ITS y la entrega de métodos anticonceptivos hormonales de emergencia.

Denuncia: Ésta debe ser realizada por el profesional de salud que atiende al caso, al momento de la recepción. El profesional debe asegurarse que la denuncia llegue a la instancia correspondiente ya que la obligación de denunciar es personal⁵⁴ para lo cual debe completar correctamente el Formulario de Registro. No se requiere el consentimiento de los progenitores o representantes legales para realizar la denuncia. Es obligación del personal de salud que realizó la denuncia, comunicar a la Asesoría Jurídica de la institución⁵⁵, para que el mismo realice la comunicación escrita, con los informes correspondientes, a las instancias legales pertinentes, al igual que el seguimiento.

Si no se tiene respuesta por parte de las instancias intervinientes (defensoría de la niñez y la adolescencia, fiscalía, juzgado) se deberá realizar el seguimiento correspondiente y comunicar al director del hospital quien a su vez remitirá informes periódicos de la Dirección de Género del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el objetivo de promover mecanismos de respuesta interinstitucional ante casos de violencia.

Dónde y cómo denunciar

Comunicar de inmediato al Fiscal Penal de turno, al Defensor de la Niñez y Adolescencia de turno, y en ausencia de esta última instancia, a la CODENI (Ley N° 6202/2018 “– Art. 5° Inc. g).

Roles institucionales y leyes vigentes.

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

1.1) Fiscalía de la Niñez y de la Adolescencia.

• **Art. 5°** Ley N° 1680/2001.

• **Art. 1°** Ley N° 4295/2011.

1.2) Fiscalía Penal

⁵⁴ Art. 5° Ley N° 1680/2001 y Art. 7° de la Ley N° 6202/2018.

⁵⁵ Resolución SG N° 202/2019 Por la cual se dispone que los asesores jurídicos de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social brindarán asistencia jurídica a los directores generales, directores, jefes, encargados, y profesionales de salud en los casos de atención a pacientes víctimas de violencia familiar, violencia contra la mujer, maltrato y abuso sexual; y se abroga la Resolución 262/2013.

• **Art. 5° Inc. g** de la Ley N° 6202/2018.

• **Art. 284° y 286° CPP.**

2) Defensoría de la Niñez y de la Adolescencia (recibe la denuncia y promueve acciones de protección)

• **Art. 5°** Ley N° 1680/2001.

• **Art. 1°** Ley N° 4295/2011 Que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada.

• **Art. 5° Inc. g** Ley N° 6202/2018.

3) Juzgado de Paz (recibe la denuncia y promueve acciones de protección)

Interviene en los casos en los que no exista la instancia especializada.

• **Art. 1° Segunda Parte** de la Ley N° 1600/2000.

• **Art. 1°** de la Ley N° 4295/2011.

4) Policía Nacional (recibe denuncias)

• **Art. 284° CPP.**

• **Art. 1° Segunda Parte** de la Ley N° 1600/2000.

• **Art. 1°** de la Ley N° 4295/2011.

5) CODENI (Tiene carácter preventivo y promocional. Recibe y deriva denuncias de trasgresiones)

• **Art. 5°** Ley N° 1680/2001.

• **Art. 1°** de la Ley 4295/2011.

• **Art. 5° Inc. g** de la Ley N° 6202/2018. Es necesario destacar que en esta Ley se da el carácter excepcional en cuanto a la denuncia ante la CODENI, según expresa el inciso: "...y en ausencia de esta última instancia, a la CODENI".

Seguimiento: Debe realizarse desde el ámbito de la salud así como en las demás instancias. No perder de vista a la víctima una vez que ingresa al Sistema. Las situaciones de violencia tienen dimensiones complejas y requieren de intervenciones multidisciplinarias en el servicio de salud y desde los demás órganos que actúan.

El registro contribuye a realizar un seguimiento adecuado. El seguimiento debe involucrar a todas las áreas que intervienen (médico, psicológico, social, legal). Se realiza en todos los casos, judicializados o no.

Base de datos y Notificación Epidemiológica: La violencia contra la niñez y la adolescencia sigue siendo invisible, ocurriendo en la mayoría de los casos en el entorno familiar, por lo que el registro y notificación son claves para la toma de decisiones y la respuesta. Los formularios se completan por cada caso y el llenado está a cargo de los profesionales de salud intervinientes. Dichos formularios deben estar archivados en el Expediente Clínico de cada paciente.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Protocolo de diagnóstico y atención a mujeres víctimas de violencia.

Atención integral a mujeres víctimas de violencia.

Introducción

Este apartado presenta las particularidades en cuanto a la atención integral a la mujer víctima de violencia, tomando las definiciones desarrolladas en los capítulos precedentes y adoptando el Flujoograma de Atención Integral a Víctimas de Violencia (doméstica, intrafamiliar y basada en Género). El presente Protocolo pone en vigencia la Ley N° 5777/2016 “De Protección Integral a las Mujeres, contra toda forma de violencia”.

Flujoograma de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia



Elaborado por el equipo técnico multidisciplinario (ETM) Resol. S.G. 5/7/2010 y 1015/2011

ABOG. GUIDO E. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Instructivo del flujograma de atención a mujeres víctimas de violencia.

Detección de casos: Toda persona que trabaja en un servicio de salud (médicos, licenciados, técnicos, auxiliares, administrativos, personal de servicio, agentes comunitarios, promotores de salud) debe ser capaz de detectar y/o recepcionar los casos de violencia. Esto implica “no solo contemplar sino actuar”. Las situaciones de violencia pueden estar ocultas o encubiertas por otras patologías o manifestaciones, por ello requiere “ver más allá de lo obvio”.

Asistencia: Es el procedimiento de recepción, detección, intervención (activación de mecanismos de protección a las víctimas), atención integral (bio-psico-social) y jurídica en el servicio de salud, incluyendo la participación de diferentes actores para las diversas intervenciones. Se considerará como urgencia, los hechos acontecidos dentro de las 72 horas. La atención integral incluye prevención de ITS y la entrega de métodos anticonceptivos hormonales de emergencia (PAE) en los casos de violencia sexual. La seguridad de la víctima es un aspecto fundamental para lo cual el sector salud dará comunicación e intervención a las instancias correspondientes.

Denuncia: Ésta debe ser realizada por el profesional de salud que atiende al caso, al momento de la detección de la situación de violencia⁵⁶ para lo cual debe completar correctamente el Formulario de Registro⁵⁷. La denuncia se realiza directamente ante los órganos receptores de denuncia conforme a lo establecido en el Art. 12 ° del Decreto 6973/2017: “Son instituciones receptoras de denuncia: la Policía Nacional, el Ministerio Público, los Juzgados de Paz y los Juzgados de la Niñez y la Adolescencia...”

De acuerdo a lo dispuesto en el Art 11 del Decreto N° 6973 que reglamenta la Ley N° 5777/2016, se establece: “Cualquier persona que tenga conocimiento de hechos de violencia puede realizar la denuncia correspondiente. Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la Ley N°5777/2016 estarán obligados a formular las denuncias”.

1) Ministerio Público.

1.1) Fiscalía Penal: Iniciar y proseguir la investigación ejerciendo la acción penal a través de los agentes fiscales.

• **Art. 39 inc. b** Ley N° 5777/2016.

2) Ministerio de la Defensa Pública: prestar asistencia jurídica y patrocinio legal a las mujeres en situación de violencia sin necesidad de realizar el beneficio para litigar sin gastos.

• **Art. 38** Ley N° 5777/2016.

3) Juzgado de Paz: recibir las denuncias y disponer las medidas de protección para la preservación de la vida, la integridad de la mujer, sus bienes y sus derechos.

• **Art. 37** Ley N° 5777/2016.

⁵⁶ Art. 11 del Decreto N° 6973/2017 Por el cual se reglamenta la Ley N° 5777/2016.
⁵⁷ Formulario de Violencia Basada en Género, MSPBS, 2012.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Disponer medidas de protección para la mujer conforme a la Ley N° 1600/2000 y de la Ley N° 5777/2016.

Disponer medidas de protección para las niñas y adolescentes conforme a la Ley N° 4295/2011.

4) Policía Nacional (recibe denuncias)

• **Art. 12** Decreto N° 6973/2017 que reglamenta la Ley N° 5777/2016.

5) Ministerio de la Mujer: Brinda protección, asistencia y atención especializada (social, psicológica o jurídica) a las mujeres que acuden a sus servicios de atención.

Seguimiento: Debe realizarse desde el ámbito de salud así como en las demás instancias. No perder de vista a la víctima una vez que ingresa al Sistema de Protección.

Las situaciones de violencia tienen dimensiones complejas y requiere de intervenciones multidisciplinarias en el servicio de salud y desde los demás órganos que intervienen.

El registro correcto contribuye a realizar un seguimiento adecuado. El seguimiento debe involucrar a todas las áreas que intervienen (médico, psicológico, social, legal). Se realiza en todos los casos, judicializados o no, y está a cargo del profesional que esté en conocimiento del caso.

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

Los formularios se completan por caso y el llenado está a cargo de los distintos profesionales intervinientes. Dichos formularios deben estar archivados en el Expediente Clínico de cada paciente. El llenado correcto del registro y las/los fichas/formularios constituyen instrumentos trascendentales que aportan información científica (bio-psico-social) y posibilitan la formulación o adecuación de políticas públicas que respondan a la realidad de las/os usuarios/as. El profesional de salud debe asignar en cada caso el Código que corresponda según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10)


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Consentimiento informado

Información, Autonomía y Consentimiento Informado:

Las víctimas de violencia deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizarse, riesgos y efectos para su salud y su vida, a fin de tomar libremente sus decisiones

El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona, por lo cual no requiere autorización de terceros, excepto en caso de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años o en los casos de que la capacidad de consentir no sea posible⁵⁸.

Se exceptúan los casos en los que se detecte que el agresor o cómplice se encuentra en el entorno familiar o se trata de uno de los representantes legales del niño o adolescente. En tales casos se deberá proceder igualmente a realizar el procedimiento que corresponda, previa información y asentimiento del niño o adolescente, y se comunicará a los órganos intervinientes conforme al Flujograma de Atención descrito en el presente protocolo.

En este caso, se da prevalencia al Derecho a la Salud, dado que, en caso de condicionar la atención a que el representante legal otorgue su consentimiento, se estaría relegando el acceso e incumpliendo la Ley por cuanto establece la inmediatez de la atención.

El personal de salud debe dar la oportunidad de leer y entender el contenido del documento de consentimiento informado, el cual debe firmarse antes del procedimiento al cual será sometido/a y posteriormente debe anexarse al Expediente Clínico.

⁵⁸ Las personas mayores de edad con alguna discapacidad que impida su posibilidad de consentir válidamente y que cuentan con una declaración judicial de insania o inhabilidad, solo en estos casos no podrán prestar su consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN MEDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTO RELACIONADOS, EN VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y LESIONES FISICAS⁵⁹

Fecha y hora: día mes año hora _____

Nombre completo de la persona que examina

Nombre del Representante legal: (en casos de examen de menores o personas con imposibilidad de prestar su consentimiento. Se exceptúa para los casos en los cuales, la violencia es ejercida en el ámbito familiar o entorno cercano del niño, niña o adolescente⁶⁰)

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

Si No a: _____
(Nombre de entidad/Personal de salud que realiza el examen)

para la realización del examen médico legal de _____
(Nombre de la persona a ser examinada)

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

Si No La extracción de sangre o muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses y médicos complementarios (pruebas para VIH, infecciones de transmisión sexual y test de embarazo)

Si No La toma de radiografías.

Si No La toma de impresiones dentales para modelos de estudios y registros de mordidas.

Si No La realización de registros fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.

Si No La realización del registro en video de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.

Recibir la terapia antirretroviral

Recibir píldora de anticoncepción de emergencia

Recibir antibióticos para prevención de las ITS (Infección de Transmisión Sexual)

⁵⁹ Ficha adaptada de la Guía de Consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia. Año 2006.

⁶⁰ Ley N° 1680, Art. 81.- DE LA EXCEPCIÓN A LA REPRESENTACIÓN LEGAL DEL PADRE Y LA MADRE. En el caso de que el niño o adolescente haya sido víctima de un hecho punible y los padres no hubieren interpuesto la acción correspondiente, la víctima o la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia podrá denunciar el hecho ante la autoridad correspondiente.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Recibir vacunas antitetánica y contra hepatitis B.

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

Obs. Si no puede firmar incluir huella dactilar

Firma de la víctima o del/la Representante Legal. _____

Documento de identidad No de _____


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y BASADA EN GÉNERO

NOTA: EN ESTE APARTADO SE INCLUIRÁN LOS FORMULARIOS. VER ANEXO.

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

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

Para llenar los Formularios de Registro y Atención el personal de salud debe:

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

Ofrecer a la víctima la posibilidad de que le acompañe una persona de su preferencia/confianza durante el examen. Recordar que debe haber un momento a solas con la víctima de violencia para la entrevista., en todos los casos.

Explicar la necesidad de realizar el examen con el acompañamiento de otro personal de salud y pedir permiso para el efecto.

Si hubiera estudiantes o practicantes en el servicio, no participarán de la evaluación o examen médico.

Informarle por anticipado y durante el proceso sobre las características de la atención integral.

Determinar el estado de salud del paciente signos vitales, examen físico completo, para valorar y tratar las necesidades médicas inmediatas de la persona, incluyendo la profilaxis de ITS/VIH y la oferta de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) para prevención del embarazo.

Informar que es necesario hacer algunas preguntas muy personales, pero que las mismas se realizan a los efectos de brindar la mejor atención buscando su bienestar. Utilizar lenguaje cotidiano.

Tomar siempre en consideración el estado emocional de la víctima y aplicar técnicas de contención emocional.

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

Hacer las preguntas de modo que se obtengan respuestas breves.

Evitar preguntar varias veces sobre lo acontecido y limitarse a consultar sobre lo necesario para el proceso de intervención.

Explicarle que puede pedir que se detenga el procedimiento si se encuentra incómoda o


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

presenta dolor.

En caso que corresponda notificar a la instancia correspondiente.

La mayoría de los servicios de urgencias pueden llevar a cabo la atención integral y reunir evidencias. Sin embargo si la persona se encuentra en una institución que no puede realizar la toma de muestra, debe informársele que es necesario referirla a otro servicio, tan pronto como sea posible y luego de atender la emergencia médica, administrarle la profilaxis para ITS/VIH y ofertar la anticoncepción de emergencia.

Recordar que la toma de muestra es un acto médico, por lo cual debe ser realizado por personal de salud.



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

ATENCIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL Y FÍSICA

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

Siempre la víctima de violencia se encuentra en una situación de crisis, dado que la violencia altera la integridad física, cognitiva y emocional en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y por tanto debe considerarse una emergencia en salud, a fin de prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

La violencia sexual es una urgencia particular, debido a que se requiere la administración urgente de profilaxis de ITS/VIH y provisión de anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazo.

Se deben desarrollar todas las acciones que amerite el caso en el primer contacto con el servicio, además de articular con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad de la atención integral, tanto de la salud de la víctima como para iniciar el proceso legal.

Consideraciones para una mejor toma de muestra y garantizar la atención integral

Capacitar y sensibilizar para que las personas reconozcan los hechos de violencia como una emergencia de salud, y por tanto acudir de inmediato al servicio de salud más cercano.

Informar a la comunidad la importancia de que las víctimas no se despojen de ninguna ropa, ni se realicen ningún tipo de lavado ni higiene, ni hacer desaparecer ningún signo que permita al personal de salud la recogida de muestras, así como que eviten orinar, defecar, fumar, beber, comer, cepillarse el cabello o los dientes, lavarse la piel y ducharse antes del examen físico⁶¹.

Facilitar y promover el acceso de la víctima al servicio de salud, lo antes posible.

Utilizar este manual para una atención integral adecuada a las víctimas y evitar omisiones.

Explicar a la víctima que las prendas de vestir podrían ser utilizadas como prueba, por lo que es necesario que alguna persona cercana (familiar, amigo, etc.) le traiga un cambio de ropa limpia para el examen. Las evidencias deben de ser debidamente embaladas.

Qué tiene que hacer el personal de salud.

⁶¹ Adaptado de ANEXO 3 Procedimiento para la recolección de evidencia traza como parte de la valoración multidisciplinaria en las salas de entrevista. Ver: <http://ministeriopublico.poderjudicial.go.cr/biblioteca/libros/violenciadomestica>.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Tanto el profesional actuante como el resto del personal sanitario darán un trato comprensivo, apoyo y seguridad que anime a la víctima, en un entorno habilitante⁶² que garantice la privacidad y confidencialidad.

Los exámenes para el diagnóstico incluyendo la recolección de material para estudio forense, la profilaxis de infecciones de transmisión sexual/VIH y la provisión de anticoncepción de emergencia y vacunas se llevarán a cabo en el primer contacto. Ofrecer atención psico-social.

Ofrecer la toma de muestra y obtener por escrito la decisión de la víctima, representante legal⁶³ o responsable de la realización o no de este procedimiento a través del consentimiento informado. Si la persona no puede firmar incluir su huella dactilar.

El personal de salud DEBE EVITAR:

Manifiestar juicio de valor alguno mediante comentarios, preguntas inapropiadas, el tono de voz o gestos.

Inducir al diagnóstico.

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

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

Dramatizar la situación y tampoco minimizarla.

Demstrar sentimientos de rabia, indignación, desaprobación.

Obstaculizar o retrasar la atención.

Recordar que para la atención integral a víctimas de violencia debe garantizarse el respeto a la víctima, así como la privacidad, confidencialidad y el secreto profesional, solo pudiendo informarse sobre los hallazgos a las instancias pertinentes según se establece en las normativas legales.

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

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

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

⁶² Entorno habilitante significa que el servicio de salud, independientemente del nivel del que se trate, cuente con infraestructura, equipamiento, suministros adecuados, normas, medios de comunicación, sistema de referencia y transporte expedito para la atención calificada y oportuna a toda persona.

⁶³ Recordar que para los casos en los cuales la víctima es un niño, niña o adolescente, no se requiere de consentimiento en caso de sospecha de que el agresor esté en el entorno. Se realizan la toma mientras se hace la comunicación a las instancias conforme al flujograma.

- ✓ Mesa ginecológica
- ✓ Escalerilla
- ✓ Luz o lámpara de examen
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Espéculos / metal estériles o descartables (tamaño pequeño, mediano y grande)
- ✓ Espátula de madera
- ✓ Tubos con EDTA para toma de muestras de sangre
- ✓ Hisopos de algodón esterilizados con caja de cartón contenedora
- ✓ Algodón
- ✓ Gasa
- ✓ Alcohol
- ✓ Pinzas anatómicas
- ✓ Pinzas hemostáticas pequeñas
- ✓ Sábanas limpias o sábanas de papel blanco (por ejemplo pliego de papel sulfito)
- ✓ Peine descartable
- ✓ Jeringas de 5 y 10 ml
- ✓ Pliegos de papel sulfito
- ✓ Corta uñas o espátula de plástico (con contenedor para recepcionar la evidencia)
- ✓ Ropa interior descartable
- ✓ Pañal descartable
- ✓ Toalla higiénica
- ✓ Bolsa de papel madera (para guardar la/s evidencia/s)
- ✓ Frasco estéril para colectar orina
- ✓ Papel de filtro (se puede utilizar el filtro de café, cortado en rectángulos)

Obs.: Es importante contar con la Campana de Bioseguridad para secado de evidencia (ropas, sábanas y otros), sobre todo para los puntos más alejados de Asunción.

Examen físico y recolección de muestras

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


 ABOS. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

Colocar en recuadro:

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

Examen del abdomen

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

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

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

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

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

Examen genital del sexo femenino

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

- Inspección del pubis, ingle, la vulva, características del vello pubiano, clítoris, labios mayores y menores. Descripción de eventuales lesiones traumáticas en vulva, periné, horquilla vulvar, erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, desgarros, etc.
- Descripción del himen o sus restos, consignando su forma, las características de los bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes, erosiones, excoriaciones, desgarros descritos según los punteros del reloj. Tener en cuenta que el himen es un órgano muy importante en el examen médico legal, debiendo describir si está intacto o presenta lesiones antiguas cicatrizadas. Se debe considerar que en los desgarros himeneales sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada.

Además hay que considerar el himen complaciente cuyos bordes se distienden ampliamente y permiten el acto sexual sin dañarse y es de relativa frecuencia. Deberá consignarse los genitales de múltipara que solo poseen carúnculas mirtiformes o restos del himen, en lo posible deberá realizarse fotografías o video. En los servicios de salud que posean colposcopio, deberá realizarse vulvoscopía y examen del himen bajo visión colposcópica.

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

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

Luego mediante palpación por tacto bimanual se considerarán las características del útero y los anexos, en mujeres adultas, cuando lo amerite.

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

Si se visualiza lesiones papulosas o ulceradas se sospechará una infección de transmisión sexual como sífilis, condilomas acuminados, herpes genital, etc.

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

Examen genital del sexo masculino

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

Si se visualiza lesiones papulosas o ulceradas se sospechará una infección de transmisión sexual como sífilis, condilomas acuminados, herpes genital, etc.

En caso de flujo uretral se sospechará gonorrea y se tomará un examen directo y cultivo de Thayer-Martin.

Solicitar examen para sífilis y VIH.

En lo posible documentar con fotografía o video y penescopia.

Examen de ano en ambos sexos

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


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- a. Se deberá consignar la tonicidad del esfínter anal que puede estar disminuida, con salida de gases y materia fecal.
- b. Si se cuenta con servicio de proctología, teniendo dudas sobre la tonicidad del esfínter anal, se puede realizar una manometría o electromiografía.
- c. Se tomará una muestra con hisopo estéril del contenido ano-rectal para la búsqueda de semen o espermios, siempre que la consulta sea dentro de las 24 a 48 horas de cometido el delito.
- d. En caso de sospecha de lesión rectal, se realizará un tacto rectal buscando una posible rotura del recto o la presencia de un cuerpo extraño que tendrá tratamiento quirúrgico de urgencia.
- e. En presencia de lesiones papulares y/o ulcerativas se sospechará una infección de transmisión sexual como sífilis, condilomas acuminados, herpes genital, etc.
- f. Se ofrecerá examen para sífilis y VIH.

Observación: Una vez consignados los hallazgos al examen físico, no es posible que el personal de salud afirme que es un delito. El personal de salud registrará y remitirá su apreciación clínica y las pruebas recabadas al respecto a las instancias correspondientes. Debe ofrecer tratamiento oportuno según hallazgos, incluyendo siempre profilaxis para ITS/VIH.



ABOG. GUSTO P. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

TOMA DE MUESTRA

Introducción

La legislación vigente establece el deber de brindar atención inmediata a la víctima de violencia, siendo la toma de muestra un punto clave a tener en cuenta para evitar la no revictimización, integrando los procesos que se requieren realizar en el primer contacto con la víctima (atención integral a la salud y toma de muestra propiamente).

En este apartado se detallan las medidas a tener en cuenta en cada etapa desde la recolección hasta el procesamiento final de la muestra, incluyendo la correcta rotulación para evitar confusión con otras muestras, la conservación adecuada en cámara de frío indicando el uso o no de preservantes, el transporte, la técnica de procesamiento, la experiencia del procesador y la correcta anotación de resultados. No se debe dejar de colocar la fecha y la hora en que se realizó cada procedimiento.

Procedimientos de examen y recolección de evidencia.

El personal de salud actuante deberá informar a la víctima en forma permanente, las prácticas médicas que sean necesarias realizarle, así como toda intervención profesional que deba realizarse e involucre sus intereses, solicitando para ello, en todos los casos su consentimiento previo de la víctima. Asimismo, debe garantizársele la confidencialidad de los datos y de su identidad.

Se debe contar con profesionales de la salud capacitados para la evaluación y recolección de las muestras para evitar revictimizaciones.

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

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

Reiteramos que en cada procedimiento se deberá solicitar el consentimiento previo. Cuando se trate de un niño, niña o adolescente, si el supuesto autor está en el ámbito intrafamiliar, se prescindirá del consentimiento del representante legal dado que podría no ser un referente protector. Siempre se requiere el asentimiento del niño, niña o adolescente víctima.

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

Se debe registrar:

- Signos vitales.
- Peso y talla. Para el examen de adolescentes, niñas y niños se debe utilizar los gráficos de crecimiento (peso/talla) y la escala de Tanner (escala de madurez sexual)


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

para determinar el desarrollo sexual secundario, ya que existe correlación entre el Estadio de Tanner y el desarrollo himeneal⁶⁴, para contribuir a la interpretación de esos hallazgos. Se debe siempre correlacionar la edad cronológica con la edad sexual.

- Impresión de su estado físico y mental

Se debe revisar a la persona desprovista de ropas y en posición de pie, si es posible, primero de cuerpo entero, registrando las lesiones que presenta en el diagrama corporal. Es importante respetar el pudor de la persona, ofreciéndole alternativas para cubrirse sin que esto altere las posibles muestras (por ejemplo que se resguarde tras una sábana sin apoyarla por el cuerpo). Identificar si hay lesiones que requieren una atención más urgente como por ejemplo, heridas por armas, desgarros, objetos extraños.

Recolección de la evidencia

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

Incluye:

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

Si es posible, la víctima debe quitarse las prendas sobre un papel de tamaño suficiente, con la finalidad de que cualquier elemento que esté adherido en las prendas quede sobre la superficie del mismo y no caiga fuera de él, así como disminuir la posibilidad de contaminación de la muestra con elementos que se hallen en la sala de examen. Para esta recolección, asegurarse que se trata de las prendas que la víctima llevaba al momento del hecho.

Cada prenda debe empaquetarse por separado en papel sulfito o papel madera, las cuales deben estar correctamente etiquetadas consignando el nombre de la víctima, su contenido y la fecha y hora de recolección. Así mismo debe recolectarse el papel sulfito o sobre de papel separado.

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

⁶⁴ Con el comienzo de la pubertad y la actividad gonadotrófica, aumentan los niveles de estrógenos, la mucosa vulvar se torna rosada y húmeda, los labios mayores y el Monte de Venus se acolchonan y se cubren de vello, mientras que los labios menores se pigmentan. El himen se engrosa y es muchas veces redundante, con pliegues. El glande del clítoris mide 2 a 4 mm de espesor y el orificio vaginal en la perimenarca es de 1 cm aproximadamente.

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

- *Recolección de pelos y vello*: Se deben colocar en papel todos los vellos y pelos que se encuentren en las ropas o que cayeron al papel sulfito, en forma separada para su correcto empaquetamiento, recordar que además debe obtenerse una muestra de pelo y/o vello de la víctima para su cotejo.

- *Recolección de muestras orales y ano-genitales*: se deben tomar muestras por medio de hisopos cuidando de no contaminarlos con el contacto con otras áreas, en algunos casos y sobre todo cuando se constata la presencia de abundantes secreciones en cavidad, se debe realizar un frotis para efectuar un rápido estudio microscópico. Para la recolección de muestras genitales se debe proceder a una toma de muestra vaginal y otra del canal cervical, en caso de víctima masculina se debe humedecer el hisopo con una gota de agua destilada y desplazarlo por la superficie externa del pene, glande y prepucio, también se puede tomar muestra de la piel escrotal de igual manera, si el caso lo amerita. Tanto en víctimas masculinas como femeninas tomar muestra anal. Para la muestra oral, tomar de los carrillos de la boca. La toma se debe hacer con hisopos. Ampliar información de toma vaginal y anal Hasta cuántos centímetros se deben insertar el hisopo de la vagina y en el ano

- *Muestra de saliva*. Se debe realizar con un hisopo. Para obtener ADN de la víctima para comparación (en caso de contacto sexual-oral, es mandatorio tomar *muestra de sangre*). No debe comer, beber o fumar quince minutos antes de la toma de sangre o hisopado bucal.

- Recolectar muestras para determinación toxicológica si se dan las condiciones para ello.

Integridad de la evidencia

- *Toma de la muestra*: se debe prevenir la posibilidad de contaminación.

- *Manipulación de la muestra*: se debe recordar que es preferible el uso de sobres de papel, ya que el plástico retiene la humedad y facilita la degradación de muestras biológicas.

- Utilizar los medios necesarios para la protección de la persona que realiza la toma de muestra (anteojos, barbijos, guantes)

- *Debe existir el menor período de tiempo posible entre la toma de la muestra y su almacenamiento en un lugar seguro.*

- *Se debe documentar el tipo de muestra que se ha obtenido y su transferencia y almacenamiento.*


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Consideraciones del paso del tiempo para proceder a recolectar evidencia

Lo importante es tomar las muestras en las primeras 72 horas de ocurrido el evento, aunque la víctima se haya higienizado. Independientemente de la recolección de evidencia el examinador debe:

- obtener la historia médica - examinar a la víctima.
- documentar los hallazgos.
- examinar prontamente a la víctima debido a que la violencia sexual es una urgencia, para disminuir la probabilidad de pérdida de evidencia y atender sus necesidades.
- tomar decisiones sobre la obtención o no de evidencia de acuerdo al tiempo que haya transcurrido desde que se produjo el hecho.

Se debe tener en cuenta que el espermatozoides puede ser detectado dentro del canal cervical después de las 72 horas, incluso si la víctima se ha higienizado, y que muestras de orina pueden contener trazas de sustancias hasta 96 horas después de su ingestión.

Otras situaciones en las que la evidencia puede permanecer aún después de ese período de tiempo son los casos en los que hay injurias visibles, lesiones ano-genitales y sangrado genital.

Cadena de custodia⁶⁵

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

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

⁶⁵ Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Pág.: 156 y demás. Colombia. Año 2011.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- Para garantizar la preservación de la muestra se procede a embalar, rotular y sellar; la cual estará en guarda en el servicio de salud hasta que se presente el personal designado (por Fiscalía) para el retiro y transporte de la muestra. La guarda deberá realizarse en un ambiente seco y bajo medidas de seguridad (bajo llave).
- Al ser entregada la Cadena de Custodia al personal designado que actúa como custodio y responsable del transporte y entrega al Laboratorio Forense, se diligencia por su parte nuevamente el registro de continuidad de los elementos materia de prueba.
- Se deja una copia del formato de registro de Cadena de Custodia para ser anexado al Expediente Clínico.

En resumen recordar que debe detallarse:

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



ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

CADENA DE CUSTODIA DE LAS MUESTRAS

CADENA DE CUSTODIA

Datos del Servicio de Salud

Sospecha diagnóstica:.....

Profesional de salud:

.....

Servicio de Salud:

Dpto.:..... Expediente N°:.....

Datos del/la paciente

Nombre y Apellido:

.....

Edad: Sexo: F M Ocupación:

C.I.C. No.:.....

En caso que sea niña, niño o adolescente, colocar también los siguientes datos de la persona responsable que acompaña:

Nombre y Apellido:

.....

Edad: Sexo: F M Ocupación:

C.I.C. No.....

Relación o parentesco con la víctima:

Datos del suceso

Fecha: Hora:.....

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

.....

Toma de muestra

Fecha:..... Hora:.....

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

Indique el tipo de muestra y la cantidad que remite: (En número y letras)

Análisis solicitados

1.

2.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

3.
 4.

Cadena de custodia

• La toma de muestra ha sido realizada por:

Firma: Registro N°. Fecha:
 Hora:.....

• Las muestras han sido envasadas y etiquetadas por:

Firma:
 Fecha: Hora:.....

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

Nombre y Apellido:

Firma: Registro N°. Fecha:
 Hora:.....

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

Nombre y Apellido de quien entrega:

Firma: Registro N°. Fecha:
 Hora:.....

Nombre y Apellido de quien recibe:.....

Institución a la que pertenece:

Firma: Registro N°. Fecha:
 Hora:.....

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

.....

✗ -----

• Conservación de la muestra hasta su recepción en el laboratorio: Adecuado Inadecuado

• El transporte de la muestra ha sido efectuado por:.....

Firma: Fecha:
 Hora:.....

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


 75
 ABCS. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

Firma:
..... Hora:.....

Fecha:

- La muestra abierta para el análisis y analizado por:.....

Firma:
..... Hora:.....

Fecha:

Original: Laboratorio Forense Duplicado: Servicio de Salud


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

TRATAMIENTOS PROFILÁCTICOS EN PERSONAS ADULTAS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES⁶⁶

Se estima que el riesgo de transmisión sexual de VIH puede ser mayor en víctimas de violación por laceraciones genitales y/o anales producidas durante la misma.

Si bien existen pocos datos acerca de la prevalencia de infección por VIH entre personas con agresiones sexuales, en todos los casos en que esta exista se debe recomendar la Profilaxis Post Exposición (PPE), además de una pauta de tratamiento antibiótico empírico para evitar otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Tomar pruebas diagnósticas para descartar ITS en todos los casos de abuso sexual.

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

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

No siempre es posible conocer si la fuente de exposición tiene infección por el VIH. Esta es la razón por la que se recomienda ante casos de agresión sexual. *La presencia de lesiones o ITS, y/o sangrados en el individuo expuesto también son factores que facilitan la infección.*

Las pruebas diagnósticas de ITS para la mayoría de las personas víctimas de violencia incluyen:

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

⁶⁶ Guía de Profilaxis Post exposición del VIH, sífilis y Hepatitis. PRONASIDA, MSPBS. 2019. EN proceso de impresión.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Probabilidad estimada por acto, de adquirir la infección por VIH de una fuente infectada, según la ruta de exposición

Tipo de exposición	Riesgo por 10.000 exposiciones a una fuente infectada (IC 95%)
Sexual <ul style="list-style-type: none"> • Receptivo anal • Insertivo anal • Coito receptivo pene-vagina • Coito Insertivo pene-vagina • Oral receptivo • Oral Insertivo 	138 (102-186) 11 (4-28) 8 (6-11) 4 (1-14) Bajo (pero no cero) (0-4) Bajo (pero no cero) (0-4)

Evaluación del riesgo de transmisión de VHB, VHC, VHA

Dado que el VIH comparte las vías de transmisión con el VHB y el VHC, en todas las situaciones comentadas previamente habrá que realizar la valoración de estas infecciones, así como su seguimiento serológico correspondiente.

Hepatitis A

Se recomienda evaluar a todo paciente con exposición sexual de riesgo al VIH para un eventual episodio de infección aguda por el virus de la hepatitis A.

El principal mecanismo de transmisión del virus de la hepatitis A (HAV) es el fecal-oral. La transmisión sexual de este virus es infrecuente.

Si es posible, se debe verificar la susceptibilidad de la persona expuesta a través de la investigación de análisis serológico específico (anti-VHA IgG y anti-VHA IgM). Si la investigación de los anticuerpos es no reactiva, se debe indicar la vacunación de la persona expuesta.

Hepatitis B

Se recomienda evaluar a toda persona con exposición de riesgo al VIH para un eventual episodio de infección aguda por el virus de la hepatitis B. Se recomienda realizar pruebas para la hepatitis B de la persona expuesta y de la persona-fuente (cuando se pueda).

Se recomienda vacunar a toda persona susceptible a la hepatitis B. Inmunizar a todas las personas expuestas no previamente vacunadas, o sin conocimiento de vacunación previa, o que ha sido vacunada, pero presenta títulos de anti-HBs inferiores a 10mUI/mL y HBsAg no reactivo y sin indicios de infección por VHB (HBsAg no reactivo), independientemente de la edad. Si es posible, la primera dosis de la vacuna debe ser administrada en el momento de la primera atención. En los pacientes no inmunizados frente al VHB o que desconozcan su estado inmunológico, la decisión de vacunar no debe demorarse hasta disponer de la serología anti-HBs.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

Uso eventual de la IGHB

En casos de pacientes fuente conocida con infección por el VHB o con alto riesgo de infección.

La IGHB debe administrarse en una dosis única de 0,06mL/kg, IM, en un extremo diferente de la que recibió la vacuna para VHB, y si la dosis a ser administrada supera los 5mL, se debe dividir la aplicación en dos áreas corporales diferentes. La IGHB puede ser administrada como máximo hasta 14 días después de la exposición, aunque se recomienda preferentemente el uso en las primeras 48 horas a partir de la exposición.

La inmunización para la hepatitis B y el uso de IGHB también están indicados en la gestación, en cualquier edad gestacional

Profilaxis del VIH y otras ITS

La profilaxis post exposición del VIH se recomienda iniciarla siempre dentro de las 72 horas. En los casos en que la atención ocurre después de 72 horas de la exposición, ya no está indicada la profilaxis con antirretrovirales. Sin embargo, se recomienda un seguimiento serológico, orientar sobre la vacunación contra VHB y VPH. Así mismo a las niñas a partir de 8 años y adolescentes ofrecer anticoncepción de emergencia hasta 5 días de ocurrido el hecho de abuso o violencia sexual, aunque aún no hayan menstruado. RECUERDE de realizar el Consentimiento Informado previo a la prescripción de la profilaxis y/o la contracepción de emergencia según lo descripto previamente.

Elección de fármacos en la profilaxis del VIH

Teniendo en cuenta la mayor eficacia de La terapia triple, la mejor tolerancia de los nuevos antirretrovirales y la posibilidad de transmisión de VIH con mutaciones de resistencia frente a algunos FARV, las pautas con 3 fármacos son las que ofrecen mayores probabilidades de prevenir la infección por VIH tras una exposición.

Las pautas de elección para la profilaxis post exposición del VIH consisten en la combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIAN) asociados a un tercer antirretroviral de otra familia (INTIAN, IP, IIN)

Las pautas con monoterapia o biterapia no se recomiendan en la actualidad.

En el caso de exposición traumática, con violencia, como ocurre en los casos de agresión sexual donde se puede producir sangrado el riesgo se incrementa. El esquema antirretroviral preferencial indicado debe ser:

TDF/3TC/DLG
Tenofovir/lamivudina/Dolutegravir
O
FTC/TDF/EFV
Tenofovir/Emtricitavina/Efavirenz
La duración de la profilaxis debe ser de 28 días


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

La presentación y posología de los antirretrovirales preferentes para la Profilaxis post exposición en adultos

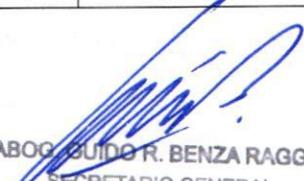
Medicamentos	Presentación	Posología
TDF/3TC/DLG	300/150/50 mg	1 comprimido cada 24 hs
FTC/TDF/EFV	200/300/600 mg (DFC)	1 comprimido cada 24 hs
FTC/TDF	200/300 mg	1 comprimido cada 24 hs
ATV/r	300 mg	1 comprimido cada 24 hs

Franja etaria	Esquema preferencial	ARV alternativos
0 – 14 días	AZT + 3TC + NVP(a)	
14 días – 2 años	AZT + 3TC + LPV/r	Imposibilidad de uso de LPV/r: NVP
2 años – 12 años	AZT+ 3TC + LPV/r	Imposibilidad do uso de LPV/r : RAL
En los mayores de 12 años: seguir las recomendaciones para adultos.		

En niños según la franja etaria

Posología de los Antirretrovirales preferentes para la Profilaxis post exposición en niños

	Dosis	Presentación
Zidovudina (AZT)	90-180 mg/m ² /ds cada 12 horas	Jarabe AZT 10 mg/ml
	3- 5,9 Kg: 1 cada 12 horas 6- 9,9 Kg: 1,5 cada 12 horas 10-13,9 kg: 2 cada 12 horas 14- 19,9 Kg: 2,5 cada 12 horas 20- 24,9 kg: 3 cada 12 horas	Tabletas dispersables AZT/3TC 60/30 mg
Lamivudina (3TC)	4mg/kg/ds cada 12horas	Jarabe 10 mg/ml


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

	3- 5,9 Kg: 1 cada 12 horas 6- 9,9 Kg: 1,5 cada 12 horas 10-13,9 kg: 2 cada 12 horas 14- 19,9 Kg: 2,5 cada 12 horas 20- 24,9 kg: 3 cada 12 horas	Tabletas dispersables AZT/3TC 60/30 mg
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	3- 5,9 Kg: 1 cc cada 12 horas 6- 9,9 Kg: 1,5 cc cada 12 horas 10-13,9 kg: 2 cc cada 12 horas 14- 19,9 Kg: 2,5 cc cada 12 horas 20- 24,9 kg: 3 cc cada 12 horas	Jarabe 80/20 mg LPV/r
	10-13,9 kg: 2 tabletas AM y 1 PM cada 12 horas 14- 19,9 Kg: 2 tabletas cada 12 horas 20- 24,9 kg: 2 tabletas cada 12 horas 25-34,9 Kg: 3 tabletas cada 12 horas	Tabletas 100/25 mg
Nevirapina (NVP)	Uso neonatal 3-5,9 kg: 5 cc cada 12 horas 6-9,9 Kg: 8 cc cada 12 horas 10-13,9 kg: 10 cc cada 12 horas	Jarabe 10mg/ml

Seguimiento clínico-laboratorial

El seguimiento clínico-laboratorial de la persona expuesta en uso de Profilaxis post exposición debe tener en cuenta:

- La toxicidad de los ARV;
- El diagnóstico de infección aguda por el VIH, incluyendo pruebas para el VIH en 30 y 90 días después de la exposición;
- La evaluación de laboratorio;


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- El mantenimiento de medidas de prevención de la infección por el VIH.

A toda persona que haya sido evaluada tras una exposición, con independencia de que se realice Profilaxis o no, debe ofrecérsele un plan de seguimiento clínico y analítico, información y apoyo psicológico. Además otras enfermedades que comparten las mismas vías de transmisión que el VIH (VHB, VHC, otras ITS...), deben ser valoradas.

Indicaciones para el seguimiento de la persona con exposición sexual

Laboratorio inicial:

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

Seguimiento a las 2 y las 4 semanas: Para controlar la toxicidad de la medicación antirretroviral y la posibilidad de embarazo

- Hemograma
- Pruebas de función hepática y renal
- VDRL. En caso de ser +, control a los 6, 12, 24 semanas y al año.
- Test de embarazo

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

- Serología VIH: a las 6, 12 y 24 semanas.
- Serología VHB: a las 6, 12 y 24 semanas.
- Serología VHC: a las 12 y 24 semanas.

Evaluación de la toxicidad de los ARV

Se recomienda la reevaluación de la persona expuesta después de 2 semanas de profilaxis, con el objetivo de identificar posibles efectos adversos y reforzar la necesidad de la adhesión para que la profilaxis sea cumplida hasta el final de la cuarta semana.

Más del 50% de las personas expuestas presentan efectos adversos a la profilaxis con antirretrovirales. Los síntomas en general son inespecíficos, leves y autolimitados, tales como efectos gastrointestinales, cefalea y fatiga. Las alteraciones de laboratorio son generalmente discretas, transitorias y poco frecuentes.

Profilaxis de otras infecciones sexualmente transmisibles

Se recomienda la investigación de signos/síntomas de ITS en todas las personas con exposición sexual de riesgo.

Estas infecciones son a menudo asintomáticas en las mujeres y, cuando no son detectadas y tratadas, llevan a complicaciones más graves, como sífilis congénita, EPI, embarazo ectópico e infertilidad.

Se recomienda la prueba de sífilis en todas las personas con exposición de riesgo. Y cuando sea posible, testar a la persona-fuente.

Investigación de la Sífilis

En cada atención, se recomienda evaluar la posible ocurrencia de sífilis, de modo a establecer el diagnóstico mediante pruebas rápidas.

En caso agresiones sexuales, se aconseja instaurar tratamiento empírico tras la exposición dado que ninguna prueba diagnóstica es capaz de identificar una ITS en el momento de la agresión, con una dosis única de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI

Investigación clínica-laboratorial de las infecciones gonocócica o por clamidia

Las infecciones por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae* son a menudo asintomáticas. Cuando ocurren signos y síntomas, los principales son: en mujeres: flujo vaginal, sangrado intermenstrual, dispareunia, disuria, secreción mucopurulenta en cuello de útero y dolor a la movilización de éste. Las principales complicaciones de la cervicitis por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae* incluyen dolor pélvico, EPI y embarazo ectópico; en hombres: secreción uretral, o proctitis, en caso de hombres que tienen sexo con otros hombres. Pueden presentarse linfogranuloma venéreo (adenopatías inguinales que pueden fistulizar).

Para la investigación de *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*, se recomienda la prueba de amplificación de ácidos nucleicos específicos para ITS, cuando esté disponible. La prueba se realiza por medio de la orina (primer chorro) o con hisopados en cada sitio de mucosa expuesta a fluidos corporales potencialmente infectados (cavidad oral, vaginal, uretral, rectal o cuello uterino).

Investigación de la tricomoniasis

La investigación de tricomoniasis se debe basar en el surgimiento de flujo vaginal. En caso de persona sintomática, proceder a la evaluación clínica.

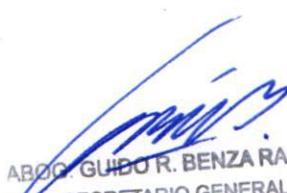
Tratamiento para its

El tratamiento preventivo es recomendado para personas víctimas de violencia sexual, ya que muchas pierden el seguimiento, y el tratamiento basado en el diagnóstico etiológico no siempre es posible. Se aconseja instaurar tratamiento empírico tras la exposición dado que ninguna prueba diagnóstica es capaz de identificar una ITS en el momento de la agresión, con una dosis única de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI y de ceftriaxona (la dosis recomendada es de 500 mg i.m.) más metronidazol 2 gr v.o. dosis única más azitromicina 1 gr. v.o. dosis única o doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días. (Ver cuadro de abajo) Con esta pauta se tratarían las infecciones por clamidia, sífilis, gonococo y tricomonas. Con posterioridad se remitirán a la consulta de ginecología en caso necesario.

También realizar un test de embarazo

Tratamiento para ITS

ITS	MEDICACIÓN	DOSIS			
		ADULTOS Y ADOLESCENTES CON MÁS DE 45KG		NIÑOS ADOLESCENTES CON MENOS DE 45KG	
Sífilis	Penicilina G benzatina	2400000	IM, una dosis, IM(a)	50 mil UI / kg,	IM (a)


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

Gonorrea	Ceftriaxona	500mg, IM, dosis única	125mg, IM, dosis única
C. trachomatis	Azitromicina	1 g, VO, dosis única	20 mg / kg, VO, dosis única
Tricomoniasis	Metronidazol (b,c)	2 g, VO, dosis única	15mg / kg / día, divididos cada 8 horas, por 7 días

- (a) Como profilaxis y en caso de sífilis primaria, se debe prescribir en una sola dosis.
 (b) No se debe prescribir en el primer trimestre de gestación.
 (c) Deberá ser postergado en caso de uso de anticoncepción de urgencia o ARV.

Prevención de la infección por el VPH

El VPH se transmite preferentemente por vía sexual, siendo responsable de verrugas en la región anogenital e incluso en áreas extragenitales como conjuntivas y mucosa nasal, oral y laríngea, además de estar relacionado al cáncer de pulmón, pene, vulva y vagina el cuello de útero.

El tiempo de latencia viral y los factores asociados no son plenamente conocidos, y el VPH puede permanecer quiescente durante muchos años hasta el desarrollo de lesiones, no siendo posible establecer el intervalo mínimo entre la infección y la aparición de las lesiones.

En el hombre, las lesiones se localizan en el glande, surco bálano-prepucial y región perianal. En la mujer, se encuentran en la vulva, periné, región perianal, vagina y cuello del útero. Menos frecuentemente, pueden estar presentes en áreas extragenitales, como conjuntivas y mucosa nasal, oral y laríngea.

Para las mujeres que evolucionan sin lesiones, es fundamental reforzar la importancia de realizar periódicamente el Papanicolaou, lo que puede ser hecho en la Atención primaria.

El PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES indica vacunación para niñas a partir de los 9 años. El esquema se compone de dos dosis, con un intervalo de seis meses.

Si durante la atención se realiza el diagnóstico clínico de VHP, referir a la persona para la atención y seguimiento clínico.

Anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia se debe administrar dentro de las primeras 72 horas de haber ocurrido el hecho. Es importante administrarla lo más pronto posible ya que es más efectiva cuanto antes se provea a la víctima. Está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración pierde su efectividad en forma considerable.

RECUERDE: Debe administrar la vacuna antitetánica.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

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

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

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

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

RECUERDE, la atención a víctimas de violencia es compleja y debe ser diferenciada. En las ocasiones en que el personal de salud identifique situaciones de violencia no reconocidas por la persona víctima, su actuación debe incluir apoyar a que la misma reconozca la situación de violencia y el peligro en el que se encuentre; a fin de garantizar la protección de la víctima.

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

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


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Aspectos a tener presente en la entrevista con niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia:

✓ Disponer de un lugar adecuado que respete la intimidad y privacidad del/la niño/a o adolescente, persona adulta, durante las entrevistas.
✓ Si la víctima lo desea, podrá ser acompañada en la entrevista por alguna persona de su confianza (sea adulto/a o adolescente, independientemente de la edad).
✓ Se debe evitar el estilo interrogativo o confrontativo.
✓ En la entrevista todo profesional debe estar atento a obtener información que permita conocer el nivel de desarrollo alcanzado por la víctima y los desórdenes emocionales que pudieran advertirse. La ausencia de manifestaciones inmediatas o evidentes en sus conductas no significa que el daño no ha ocurrido, o que la víctima no han sido afectados por el abuso.
✓ Generalmente, el/la niño/a ó adolescente relata la situación de abuso a los primeros profesionales intervinientes, como por ejemplo ginecólogo, pediatra, etc. durante los exámenes físicos, por lo que es importante leer la historia clínica y conversar con los demás profesionales intervinientes, para evitar re-preguntar y la re-victimización.
✓ El profesional deberá estar atento ante otras manifestaciones de parte de la víctima.

RECORDAR que si la víctima de violencia/abuso sexual ingresa en primera instancia al servicio a través de salud mental, se debe garantizar la toma oportuna de antiretrovirales y la pastilla de anticoncepción de emergencia teniendo en cuenta el corto tiempo que se tiene para asegurar la profilaxis del VIH/ITS y la prevención de un embarazo no intencional.

Toda la información será recabada en los Formularios mencionados anteriormente y archivados en el Expediente Clínico, que tienen como objetivo principal servir de guía para la atención integral, documentar lo sucedido y obtener la evidencia médico legal.

Entrevista con el adulto referente del niño/a ó adolescente

Cuando un niño/niña o adolescente concurra acompañado por un adulto referente, la entrevista con la persona adulta, será realizada por el/los profesionales de salud, en lo posible en un equipo interdisciplinario; con el fin de:

- recabar información complementaria.
- valorar el riesgo en el que se encuentra.
- evaluar el resguardo que merece en consecuencia.

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL⁶⁷

Principios del Acto Psicoterapéutico

Dentro de la creatividad y co-construcción que caracteriza a cualquier acto psicoterapéutico, la intervención en crisis ante una víctima de violencia sexual debe contemplar los siguientes 6 principios básicos:

- 1- **Intervención inmediata:** por definición, estas crisis son situaciones emocionalmente amenazantes, en las cuales la víctima muestra un alto riesgo de desplegar estrategias de afrontamiento “maladaptativas”, o de quedar inmovilizada emocionalmente. Por lo tanto, es necesario proporcionarle atención de salud mental lo antes posible después de sucedido el evento traumático. Aplicar estrategias de contención emocional.
- 2- **Estabilización:** favoreciendo activamente la movilización de los propios recursos de la persona víctima, la restauración de su sensación de seguridad y orden vital, así como activando todas aquellas fuentes de apoyo que faciliten su recuperación integral.
- 3- **Facilitación de comprensión sobre lo ocurrido:** mediante la escucha activa de aquellos aspectos de la agresión que espontáneamente quieran ser relatados por la persona víctima de violencia, se hace una reelaboración de comprensiones alternativas sobre sus efectos en la persona víctima a percibirse más allá de ellos. Desculpabilización y promoción de la expresión de emociones en torno a lo sucedido.
- 4- **Enfoque a la solución de problemas específicos:** identificados tanto desde la perspectiva de la persona superviviente como del/a terapeuta.
- 5- **Restauración de la sensación de autoeficacia en la persona víctima:** promoviendo una visión positiva de sí misma, favoreciendo la restauración de su funcionamiento independiente y dirigiendo su atención hacia un futuro en que ya haya superado los efectos del evento traumático. Ante los síntomas y problemas específicos identificados, debe animársele a poner en práctica sus estrategias propias para afrontarlos, reforzando aquellas que ayuden efectivamente a restaurar el equilibrio normal en la vida de la persona superviviente.
- 6- **Determinación de la necesidad de remitir el caso debido a su complejidad y especificidad,** a otro servicio que el caso así lo requiera, sean estas otras intervenciones a nivel de tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.

Abordaje Psicoterapéutico

1. Individual:
 - 1.1. Evaluación:
 - 1.1.1. Estado de salud mental.
 - 1.1.2. Factores protectores y de riesgo
 - 1.1.3. Red de apoyo psicosocial del paciente

⁶⁷ Adaptado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Bogotá, 2008.

- 1.2. Intervención
- 1.2.1. Psico-educación
- 1.2.2. Protocolos de Salud Mental⁶⁸
- 1.2.3. Articular y activar recursos de apoyos comunitarios, disponibles en su comunidad.
- 1.2.4. Ofrecer espacios de intervenciones grupales para el apoyo mutuo.
- 1.2.5. Tecnología e Intervención Remota en Salud Mental a Víctimas según lineamientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El proceso de atención en salud incluye brindar atención especializada con calidad y calidez. El abordaje psicoterapéutico es el tratamiento de naturaleza psicológica de los trastornos emocionales, de conducta y de la personalidad, que implica la comunicación entre paciente y terapeuta. Emplea métodos con fundamentación teórica, así como la utilización de procedimientos y técnicas específicas. Las psicoterapias pueden ofrecerse en diferentes formatos (individual, familiar, grupal) y pueden diferir en dimensiones específicas tales como la frecuencia de las sesiones y su grado de estructuración, la duración y los objetivos planteados.

Ofrecer espacios de intervenciones grupales para el apoyo mutuo.

Es un espacio de intervención colectiva, que convoca a las mujeres con la misma vivencia de situaciones de violencia mediante el se relacionan y con la ayuda de un terapeuta y un co-terapeuta se busca la toma de conciencia de grupo, de género, desde la individualidad y la subjetividad para revertir la desigualdad y transformarla mediante el empoderamiento y la participación en la construcción de mejores habilidades de afrontamiento.

Un modelo de intervención grupal es la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) que aborda el sufrimiento cotidiano generado por situaciones estresantes en un espacio de respeto, confianza y aceptación mutua, compartiendo experiencias que muestren una diversidad de caminos de solución, y derivar a otras instancias a quienes lo requieran. Promueve la salud mediante la actitud positiva y protagonista de la persona, la familia y la comunidad. Impacta en la disminución del sufrimiento mental, en la reducción del estrés y los conflictos, las dependencias y la violencia en las personas y comunidades.

Plan terapéutico ⁶⁹

Busca el empoderamiento personal mediante la información, conocimiento y capacitación que permita toma de conciencia y responsabilidad para el desarrollo de habilidades de autoestima, auto concepto, autocuidado, autoafirmación, autoconfianza que permitan el establecimiento de la propia agenda, definir necesidades y prioridades, elegir y tomar decisiones asertivas para resolver conflictos, llegar a acuerdos corresponsables con límites claros.

⁶⁸ <http://portal.mspbs.gov.py/programasdesalud/wp-content/uploads/2013/02/salud-mental-directorio-completo.pdf>

⁶⁹ [Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista - 2016. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa](#)

- Acoger con calidez
 - Contener afectivamente
 - Permitir el desahogo
 - Escucha activa
 - Tranquilizar, dar seguridad
 - Canalizar y contener sus emociones
 - Mostrar empatía
 - Transmitir esperanza
 - Mostrar un posicionamiento contra la violencia
- Ayuda a la acción
 - Examinar el problema
 - Explorar la violencia
 - Informar de los recursos y derechos
 - Promover la toma de decisiones
 - Valorar el riesgo (contra si misma o contra terceros)
- Ofrecer seguridad
 - Alejamiento del agresor
 - Facilitándole los recursos de acogida
 - Retorno al hogar - Facilitándole recursos de autoprotección - Sosteniendo una “ruptura evolutiva”
- Recuperación emocional
 - Visibilización de la violencia
 - Trabajo específico de: o creencias erróneas o roles de género o aspectos emocionales o habilidades o redes de apoyo –
 - Trabajo intrapsíquico: resignificación del hecho traumático


 ABOS GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

ATENCIÓN AL ÁREA SOCIAL⁷⁰

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

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

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

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

- En primera instancia, es recomendable establecer una relación empática con los familiares.
- Observar la actitud de la familia hacia la víctima, frente a los hechos, a los factores protectores y a la satisfacción adecuada de sus necesidades.
- Identificar el nivel de afectación de sus integrantes frente al hecho vivido y reacciones del entorno ante la revelación.
- Identificar factores psicosociales predisponentes y de riesgo a nivel socio-familiar.
- Evaluar el estado en que se encuentran las personas entrevistadas para dar una oportuna intervención en crisis y apoyo durante el proceso de atención. Es necesario generar un espacio donde familiares se sientan escuchados y exterioricen sus sentimientos.
- Informar acerca de los procedimientos institucionales, deberes y derechos, ruta de atención y orientación socio-jurídica que contemple el trámite de la denuncia.
- Frente a los hechos, conocer el vínculo o relación entre persona víctima y persona agresora y reconocer las consecuencias o reacciones del entorno ante la revelación de la violencia, para tomar medidas de protección, en especial si la persona agresora pertenece al entorno familiar o comunitario.
- Realizar cierre de las entrevistas agradeciendo la apertura de su historia familiar.

⁷⁰ Adaptado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Bogotá, 2008.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

- Reconocer la colaboración, posibilitando la continuidad en el proceso.

El o la trabajador(a) social cumple un rol organizador y orientador de todas las actividades concernientes al abordaje integral de los casos.

Las funciones que debe desarrollar son las siguientes:

- Elaborar la historia social con la siguiente información:
 - Registro de los datos de identificación de la persona víctima y del grupo familiar (vivienda, educación y trabajo).
 - Composición del grupo familiar.
 - Datos socio-demográficos y económicos.
 - Dinámica familiar: indagar sobre roles, relaciones, vínculos familiares -si es posible de otros contextos sociales-, comunicación, mitos, creencias, circunstancias socioeconómicas, etc., para identificar las dificultades en el funcionamiento familiar que propicia la situación de vulnerabilidad y de agresión y los factores resilientes. Esta información puede ser ilustrada a través del genograma y ecomapa.
 - Abordar algunos aspectos de la historia de vida de la persona víctima y de la familia. Identificar antecedentes de maltrato, toda forma de violencia y abuso sexual, crisis, conflictos, origen y tipo de dificultades personales y/o familiares no resueltos y las alternativas de solución implementadas, potencial de cambio, etc.
 - Reconocer la red de apoyo familiar, social e institucional; igualmente las necesidades de salud, protección y justicia.
 - Identificar factores protectores y de riesgo de violencia intrafamiliar presentes en el grupo familiar y que se convierten en facilitadores o en obstáculo en el proceso de recuperación.

RECORDAR que la mayoría de las personas agresoras pertenecen al ámbito familiar o son personas conocidas por el entorno cercano de la persona víctima.

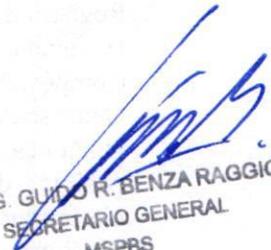
Intervención

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

- Otras atenciones médicas especializadas, tratamiento en salud mental (psicología y /o psiquiatría) o las requeridas.
- Establecer estrategias de protección y prevención intra o extrainstitucionales.
- Direccionar los trámites legales pertinentes para la denuncia y/o realizar seguimiento mediante la contrarreferencia con la entidad remitente, siguiendo la ruta de atención. Si es necesario se debe realizar el acompañamiento para el trámite correspondiente.
- Coordinar actividades de remisión institucional e interinstitucional.
- Establecer un plan de seguimiento conjuntamente con el grupo familiar, para generar compromisos y garantizar la intervención clínica, especialmente la profilaxis de ITS/VIH, la prevención de embarazos y la atención psicológica.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- Realizar visitas domiciliarias en los casos e instituciones requeridas, con el fin de realizar seguimiento al grupo familiar, determinar necesidades e implementar acciones que orienten los procesos requeridos.
- Realizar procesos de capacitación y actualización permanentes.
- Atender las solicitudes de las instancias legales para el manejo o seguimiento de los casos.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Anexos

ANEXO N° 1:

Servicios públicos y privados disponibles⁷¹

INSTITUCIONES/ ORGANIZACIONES	Dirección/ Teléfonos	Servicios
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL	https://www.mspbs.gov.py/donde-consulta.php	Los establecimientos de salud de los distintos niveles de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RISS) deben detectar y atender a la víctima de violencia.
MINISTERIO PÚBLICO - FISCALÍA. Sede Central	Fiscalías Barriales, Fiscalías Zonales. Teléfono de urgencia (021) 454 611. (021) 415 5000	Instancia donde se puede realizar la denuncia si una persona es víctima de delitos contra la vida y la integridad física, como los homicidios, lesiones graves o abandonos; casos de violencia sexual, la trata de personas y los actos exhibicionistas. También se puede denunciar cualquier acción que atente contra menores de edad, como el maltrato o el abuso sexual y toda acción que viole los derechos de patria potestad, incumplimiento de prestación alimentaria o violencia intrafamiliar. La denuncia puede realizarlo cualquier persona en cualquier dependencia de la Fiscalía, ya sea la sede central, las fiscalías barriales o las fiscalías zonales. El horario de atención del Ministerio Público es de 24 horas. No tiene costo y no se necesita de un abogado para realizar la denuncia. Denunciar es una obligación y un derecho.
JUZGADOS DE PAZ	Oficina de Atención Permanente –Poder Judicial https://www.pj.gov.py/contenido/82-oficina-de-atencion-permanente/82	Instancia donde puede realizarse una denuncia. La ley 1600/2000 les otorga competencia en los casos de violencia doméstica. Si la policía recibe una denuncia, debe remitirla inmediatamente al Juzgado de Paz. Es un órgano jurisdiccional que tiene competencia para ordenar detenciones, medidas cautelares, anticipos de prueba, allanamientos, etc. Pueden intervenir en todas las diligencias de la etapa preparatoria del juicio penal que no admiten demora.

⁷¹ Extraído y adaptado del Manual de Abordaje a la violencia Intrafamiliar y de Género. Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República. Asunción Paraguay 2011.

CENTRO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS. MINISTERIO PÚBLICO	Teléfono (021) 220 609 (021) 210 785 https://ministeriopublico.gov.py/direccion-del-centro-de-atencion-a-victimas-	Realizan evaluaciones psicológicas victimológicas (pericia psicológica), sociales victimológicas (pericia social). Actúan como un organismo de apoyo a la investigación fiscal del Ministerio Público. Brinda atención a las víctimas de hechos punibles: provee los primeros auxilios psicológicos para contención de las víctimas; acompaña la declaración de niños/as víctimas y/o testigos; acompaña la declaración de adolescentes y adultos en condiciones especiales; y las víctimas para la reconstrucción de los hechos y para el reconocimiento del agresor. Prepara y acompaña en los juicios orales a las víctimas de los delitos y a los testigos menores de edad. Deriva a la red de centros y organismos de servicio a víctimas.
SERVICIO DE APOYO A LA MUJER – SEDAMUR. MINISTERIO DE LA MUJER.	Horario de atención es de 07:00 a 18:00 hs. de lunes a viernes Presidente Franco c/ Ayolas – Edificio Ayfra – Planta Baja. El teléfono es el (021) 45 20 60 correo electrónico atencion@mujer.gov.py Whatsapp 0981112127	Brinda atención psicológica y asesoría legal. Se realiza el seguimiento legal del caso que tuviere la víctima conjuntamente con un seguimiento psicológico. La abogada cumple la función de asesora legal, y en ocasiones acompaña a la víctima para el proceso de denuncia y seguimiento, si fuera necesario. SEDAMUR cuenta actualmente con un albergue para que las víctimas puedan pasar la noche o un par de días.
CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN CEPEP	Avda. Perú 1284 casi Ana Díaz Telefax: (021) 226 195 – (021)220 847 – (021) 201567	En las clínicas se realiza detección y referencia de casos de Violencia Basada en Género (VBG) en todas las usuarias nuevas y a las de seguimiento. También proveen de anticonceptivos de emergencia. Atención médica, evaluación de riesgo, plan de seguridad, entrega de directorio, referencia. Si es necesario se realiza apoyo en situación de crisis. Con costo para la usuaria.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

También se encuentran los teléfonos para ayuda

147 Fono Ayuda Ministerio de la Niñez y la Adolescencia	Es un servicio de atención telefónica para niños, niñas y adolescentes. Brinda información y orientación en casos de malos tratos, abusos y otras situaciones que los niños, niñas y adolescentes son vulnerados. Las llamadas se atienden con respeto y confidencialidad.
137 SOS Mujer Ministerio de la Mujer	Línea gratuita de Contención y Asistencia contra la violencia hacia las mujeres, 24 horas.
133 Ministerio de la Defensa Pública	Recibe solicitudes de asistencia, mediación y acompañamiento de defensores públicos. Aplicable para los casos de mujer, así como también para niñas, niños y adolescentes.
911 De la Policía Nacional	Es un sistema de respuesta inmediata a las llamadas de emergencia.


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

ANEXO N° 2 Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10⁷²

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

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

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

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

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

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

(T74) Síndromes del maltrato

T74.0 Negligencia o abandono

T74.1 Abuso físico

Síndrome (de la, del): esposa(o)

Niño o bebé

} maltratada(o) SAI

T74.2 Abuso sexual

T74.3 Abuso psicológico

T74.8 Otros síndromes del maltrato. Formas mixtas.

T74.9 Síndrome de maltrato, no especificado. Efecto del abuso en niños/adultos

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

(Y05) Agresión sexual con fuerza corporal

(Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda

⁷² http://cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.html

- (Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial
- (Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
- (Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo
- (Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras
- (Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios
- (Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción
- (Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja
- (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado

- (Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado

Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

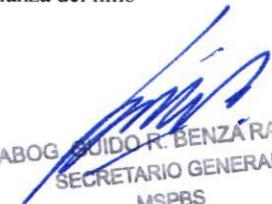
Excluye: síndrome de maltrato (T74)

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

Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño.

Excluye: síndrome de maltrato (T74)

- Z62.0 Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
- Z62.1 Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
- Z62.2 Problemas relacionados con la crianza en institución
- Z62.3 Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
- Z62.4 Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
- Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Z62.6 Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza

Z62.8 Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño

Z62.9 Problema no especificado relacionado con la crianza del niño

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

Excluye: problemas relacionados con (la):

- 1) **crianza del niño (Z62)**
- 2) **hechos negativos en la infancia (Z61)**

Síndrome de maltrato (T74)

Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja

Z63.1 Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos

Z63.2 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado

Z63.3 Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia

Z63.4 Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia

Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio

Z63.6 Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa

Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar

Z63.8 Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo

Z63.9 Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo

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

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

Ejemplo: 1 esposo o pareja

2 padre o madre

3 conocido o amigo


ABOG. GUIZO B. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- 4 autoridades oficiales
- 5 otra persona especificada
- 6 persona no especificada

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

ANEXO N°3: Artículos del Código Procesal Penal referidos al Ministerio Público

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

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


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

- Rabelo PG, Díaz PW, Linares FT, Díaz PH. Lesiones intencionales: la violencia. Rev Cubana de Salud y Trabajo. 2006;7(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst11106.html
- Clara Murguialday: Intereses y necesidades de género. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://dicc.hegoa.efaber.net/>
- Soto Clyde, González Myrian, Elías Margarita: Encuesta Nacional sobre Violencia Domestica e Intrafamiliar. Centro de Documentación y Estudios. Asunción, 2003. Pág. 10.
- MSP y BS. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009-2013.
- Resolución **CD37.R19**, CD. OPS. 1993
- Comité CEDAW 11º Período de sesiones, Recomendación General N°19 sobre Violencia contra la Mujer. 1992.
- Violencia de género: Un problema de derechos humanos <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/4345/P4345.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xsl>
- Corsi, Jorge. Maltrato y abuso en ámbito doméstico se refiere a la violencia doméstica como una forma de violencia basada en género. La violencia familiar está basada en la generación.
- Centro Nacional Americano del maltrato al anciano; 1995
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2003. Se han realizado algunas adaptaciones.
- Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller 1999. *Ending Violence against Women. Population Reports. Series L. No. 11.* Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health.*
- Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar 2010-2015, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Setiembre 2010. Asunción – Paraguay.
- Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Colombia. Año 2011.
- Guía de Consulta abreviada para e examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia. Año 2006.
- Anexo 3 Procedimiento para la recolección de evidencia traza como parte de la valoración multidisciplinaria en las salas de entrevista. Ver: <http://ministeriopublico.poderjudicial.go.cr/biblioteca/libros/violenciadomestica>.
- Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual (documento en proceso de impresión). Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Pág.: 156 y demás. Colombia. Año 2011.


 ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
 SECRETARIO GENERAL
 MSPBS

- Adaptado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Bogotá, 2008.
- Extraído del Manual de Procedimientos de Actuación Policial para la Atención a Víctimas de Violencia Doméstica y de Género, elaborado por Angélica Roa en el marco de consultoría para SMPR/AECID. Asunción – Paraguay, 2009.
- http://cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.html



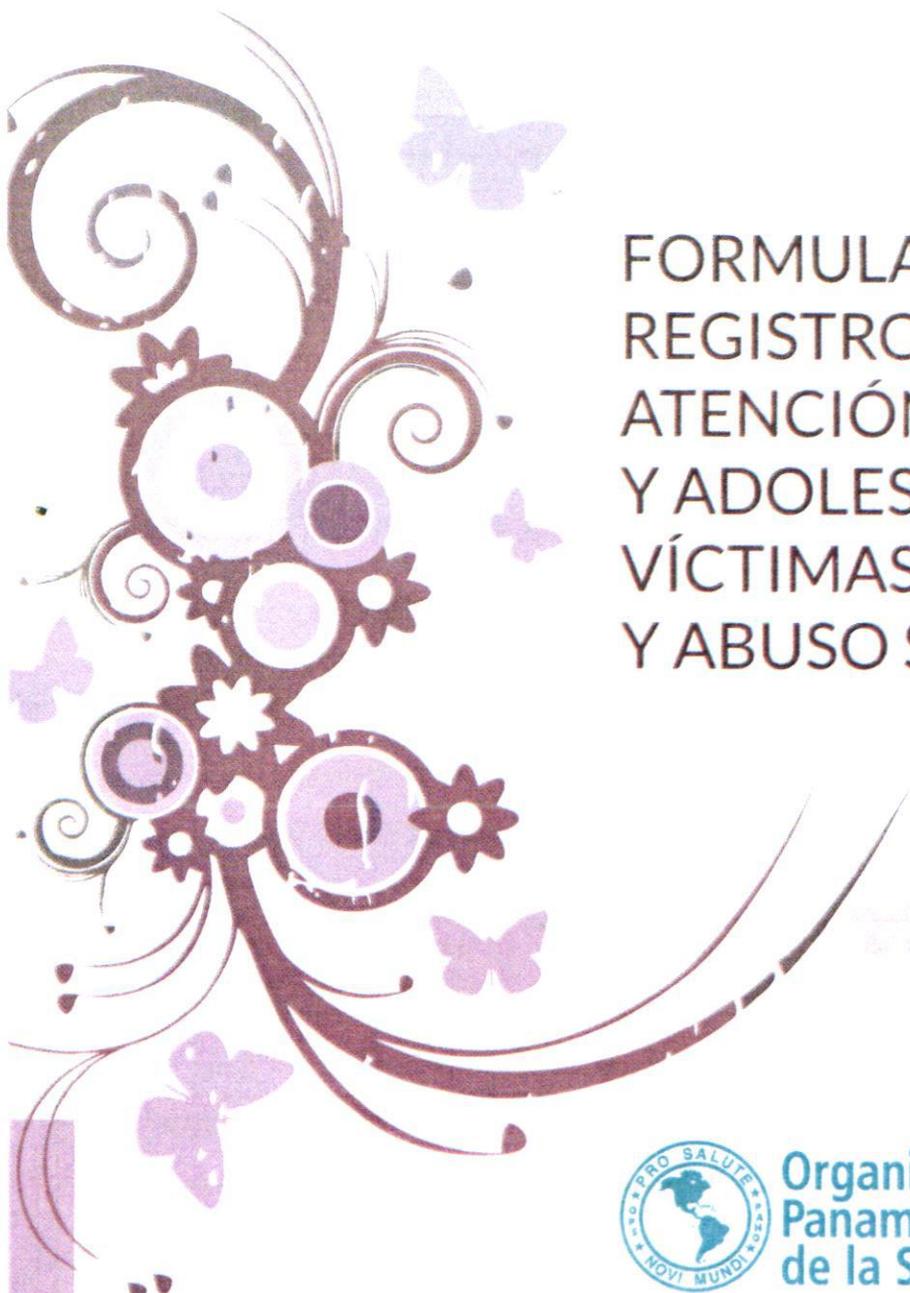
ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS



TESÁI HA TEKO
PORÁVE
Motenondcha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

■ TETĀREKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente



FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL



Organización
Panamericana
de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Dirección General de Programas de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Impreso con el apoyo de:



India-UN Development
Partnership Fund 



GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

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

HISTORIA CLÍNICA N°

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

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS



Organización
Panamericana
de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



DIRECCIÓN
DE GÉNERO



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Matemondécha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

■ TETĀREKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

INFORME:	
Informe telefónico a la Policía: Si () No ()	Nombre de quien recibe la información: C.I.:
Informe telefónico al Ministerio Público: Si () No ()	Reportado por: Fecha: Hora: Nombre de quien recibe la información: C.I.:
Nº de oficio o Nota:	Fiscal o juez: Jurisdicción:

REFERIDO POR EL PACIENTE: <i>Anote lo referido por el examinado/a o su acompañante.</i>		
Presunto agresor: Nombre y Apellido: Conocido: Desconocido:		
Sexo: M() F()	Relación con la víctima:	
IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Marque los síntomas y/o signos identificados): Para una explicación detallada de los indicadores, vease en la siguiente hoja.		

1) MALTRATO FÍSICO

1	Magulladuras o Moretones
2	Quemaduras
3	Heridas
4	Lesiones Viserales
5	Mordeduras Humanas
6	Intoxicación forzada
7	Fractura sospechosa
8	Falta de piezas dentales
9	Sospecha de niño sarandeado
10	Hemorragias


GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

3) MALTRATO EMOCIONAL

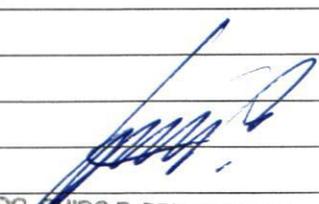
1		Retraso (físico, emocional y/o intelectual)
2		Tartamudeo
3		Tics nervioso
4		Inquietud
5		Quietud
6		Mecerse
7		Comerse las uñas
8		Cuidados excesivos / sobreprotección
9		Niños/as testigos de violencia
10		Miedo al adulto

2) NEGLIGENCIA

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

4) ABUSO SEXUAL

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


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

5) INDICADORES CONDUCTUALES DE ABUSO

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

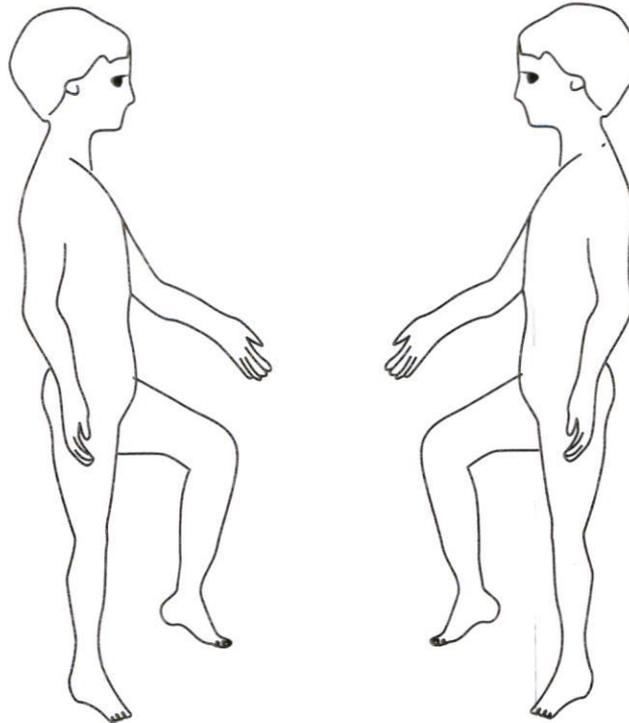
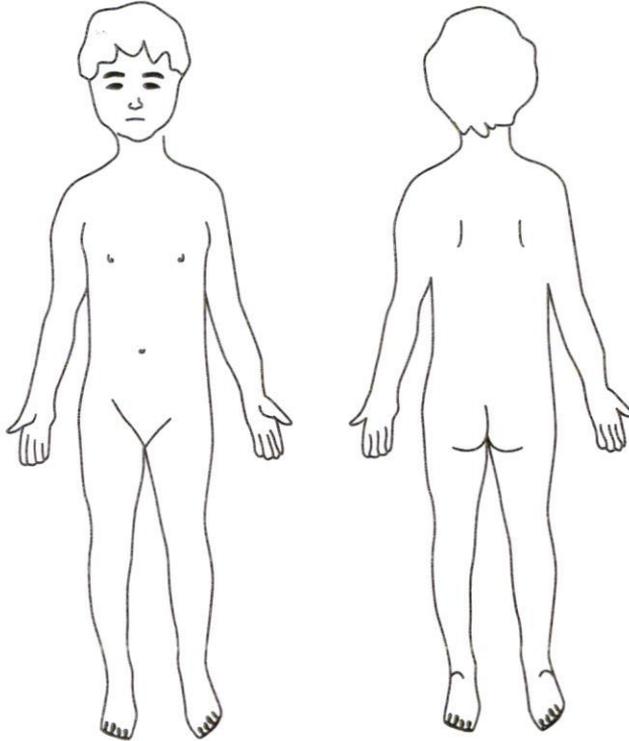
6) FACTORES DE VULNERABILIDAD

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

AGOS GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

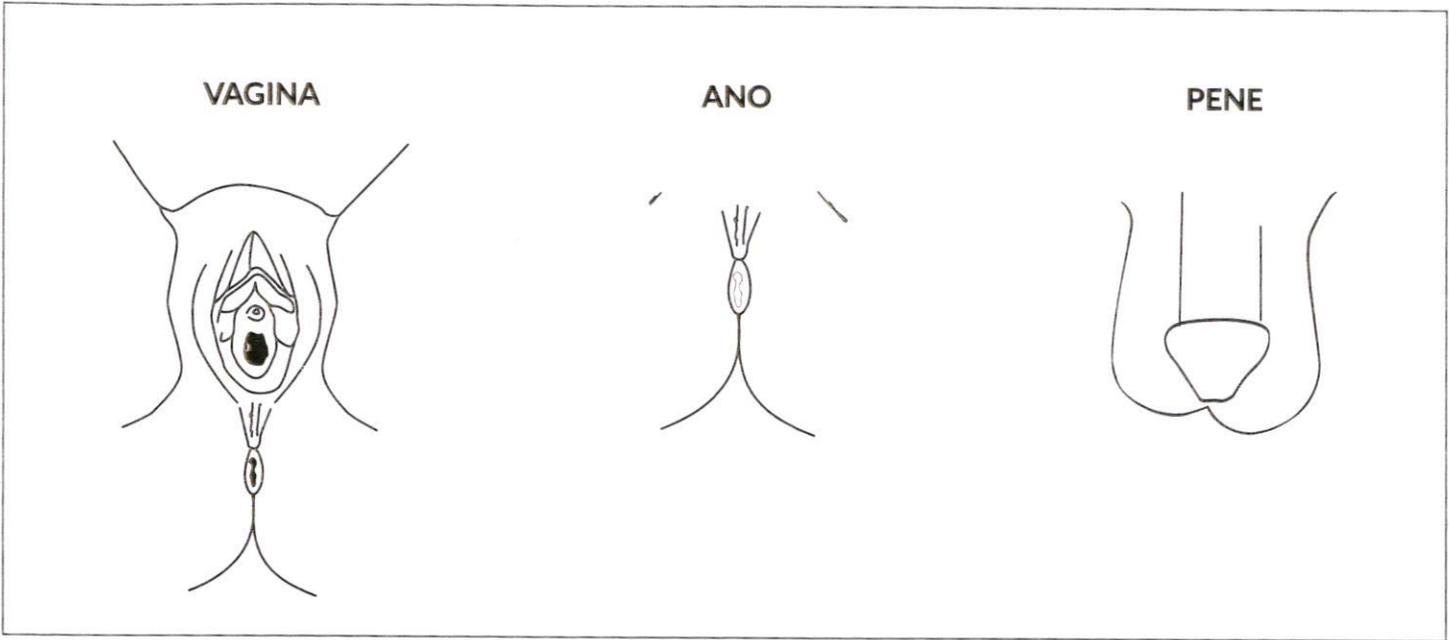
7) TRAUMAGRAMA

TIEMPO DE TRANSCURRIDO EL INCIDENTE:.....




M.D.S. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

Señale la localización de la lesión y/o signos hallados



8) DESCRIPCIÓN DEL TANNER Y LA LESIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

9) OTROS SÍNTOMAS CONDUCTUALES O COMENTARIOS:

.....

.....

.....

.....

.....

10) TOMA DE MUESTRA:

Se recolecta muestra: SI () NO ()

Sangre:

Orina:

Prendas:

Otros:

Profesional responsable de la recolección de la muestra:

Utilizó el formulario de la cadena de custodia?: SI () NO ()

ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO SECRETARIO GENERAL MSPBS

Firma y Sello:

11) DIAGNÓSTICO - Codificación CIE-10

- 1).....
2).....
3).....

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

- 1).....
2).....
3).....

12) TRATAMIENTO

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

Describa:

Interconsultas, remisión, otras recomendaciones:


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

13) NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO/A QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE Y APELLIDO :		FIRMA Y REGISTRO:	
LUGAR:	FECHA:	HORA:	



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Motenondeha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

■ TETĀREKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

FORMULARIO DE REGISTRO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y BASADA EN EL GÉNERO (VBG)



Organización
Panamericana
de la Salud



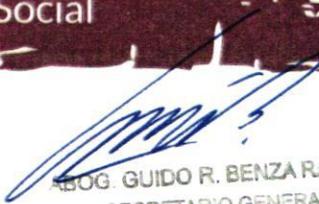
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Dirección General de Programas de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Impreso con el apoyo de:



India-UN Development
Partnership Fund 


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS



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

HISTORIA CLÍNICA N°

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

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

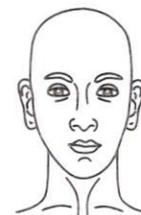
A.2 INFORME:		
Informe telefónico a la Policía: SI () NO ()	Nombre de quien recibe la información: C.I.:	
Informe telefónico al Ministerio Público: SI () NO ()	Nombre de quien recibe la información: C.I.: Reportado por: Fecha:	 ABOGADO GUIDO R. BENZA RAGGIO SECRETARIO GENERAL MSPBS Hora:
N° de Oficio o Nota:	Fiscal o Juez:	Jurisdicción:

B. RECUESTO DEL PACIENTE: Anote lo referido por el examinado o su acompañante.

Presunto agresor/a:		
Nombre y apellido:		
		Conocido:
		Desconocido:
Sexo M () F () Identidad de género: ()	Número de agresores	Relación con la víctima:
Métodos empleados por el agresor/a: Amenazas () Ataduras () Armas () Golpes físicos () Quemaduras () Otras ()	Tipos de armas Arma de fuego () Cortante () Punzante () Corto punzante () Otras ()	
El agresor/a se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes: SI () NO () No sabe ()	El agresor resultó lesionado en los hechos SI () NO () No sabe ()	Si resultó lesionado describa el área del cuerpo afectada:

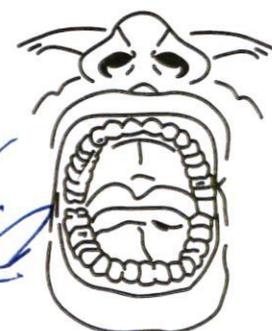
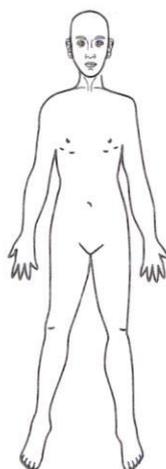
C. EXAMEN FÍSICO
INDICADORES DE VIOLENCIA FÍSICA

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



ZONA DE LESIÓN

	SI	NO	NA
Cabeza			
Cara			
Cuello			
Cavidad oral			
Tórax			
Senos			
Abdomen			
Espalda			
Región Glútea			
Extremidades			
Zona subungueal			



ASOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

ANTECEDENTES. Antecedentes sexuales.

Otras relaciones en las últimas 48 horas. SI () NO ()	En caso afirmativo Vaginal: SI () NO () ¿Cuándo?	Anal: SI () NO () ¿Cuándo?	Oral: SI () NO () ¿Cuándo?
¿Hubo eyaculación? SI () NO () En caso afirmativo ¿Dónde?		¿Se usó condón? SI () NO ()	
Penetración del pene en: Cavidad oral () Vaginal () Anal () No sabe () No aplica ()	Penetración de objeto diferente al pene en: Vagina () Ano () Boca () No sabe () No aplica ()	Eyaculación en: Si () No () No sabe ()	
Sitio de eyaculación: Cavidad oral () Vaginal () Anal () No sabe () Otros ()	¿Utilizó condón? Si () No () No sabe ()	Uso de lubricantes Si () No () No sabe () No aplica ()	
Otras maniobras Besos () Succiones () Mordeduras () Tocamientos () Otra () Describa:.....	Utilización de alcohol o drogas Si () No () No sabe () Describe:.....		
Recibió tratamiento previo a este examen SI () NO () ¿Cuál?			


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

D. ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS (NO APLICA SI PASARON MAS DE 72 HORAS)

Orinó SI () NO ()	Defecó SI () NO ()	Ducha vaginal SI () NO ()	Baño, ducha, lavado corporal SI () NO ()	Vomitó SI () NO ()	Ingirió alimentos o bebidas SI () NO ()	Lavado de dientes SI () NO ()	Usó enjuague bucal SI () NO ()
Se cambió de ropa SI () NO ()		Insertó o retiró tampón o diafragma SI () NO ()		Otros () Describa			
DESCRIPCIÓN DE PRENDAS							
¿Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos? SI () NO ()			¿Las trae al examen? SI () NO ()			¿Dónde se encuentran?	
Se dejan para estudio SI () NO ()			Observaciones				

E. EXAMEN GENITAL

Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de menores de edad; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

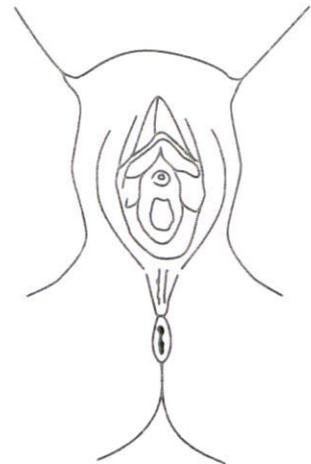
Genitales externos femeninos: Posición para el examen.
Supina () Prona () Lateral () Otra ()

¿Cuál?: Región púbica, Labios mayores, Labios menores, horquilla vulvar, clítoris, meato urinario, vagina, periné, región inguinal.

Describe:.....
.....
.....

Himen (forma, integridad, elasticidad)
Forma del himen: Anular () Imperforado () Semilunar ()
Cribiforme () Festoneado () Coraliforme () Rudimentario ()
Tabicado () Carúnculas Mirtiformes ()

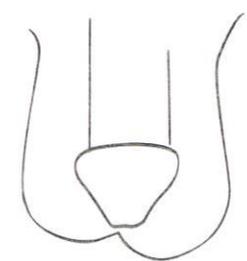
Estado del himen:
Íntegro no elástico () Íntegro elástico () Desgarrado ()
Desgarro reciente () Desgarro antiguo ()
Descripción bordes y desgarros himeneales (utilizar nomenclatura de manecillas del reloj)



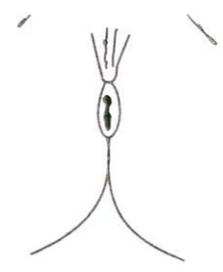
Genitales externos masculinos:

¿Cuál?: Bolsa escrotal (bilateralmente), Pene y prepucio, Frenillo, Surco balanoprepucial, Glande, Meato urinario

Describe:.....
.....
.....



ABOG. GUSTO BENZARAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MCPBS

<p>Examen anal y perianal</p> <p>Posición para el examen: ¿Cuál?</p> <p>Descripción de lesiones: Fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros Forma y tono</p>	
<p>Signos de ITS SI () NO () En caso afirmativo describa</p> <p>Toma de muestras SI () NO () Describa:</p>	

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

Recolección de evidencias físicas; SI () NO ()

Cuál/es:

.....

.....

.....

.....

.....

F. EXAMEN PSICOLOGICO

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

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

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

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

Dr. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MCPB

Valoración neurológica conductual

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez SI () NO ()

Olores asociados: Aliento alcohólico Negativo () Discreto () Evidente () Dudoso () Otros ()

Describa

Se recolecta muestra: Sangre SI () NO () Orina SI () NO ()

Alcoholemia () Psicofármacos () Estupefacientes () Otros ()

Durante los hechos resultó lesionado/a físico y/o psicológico la víctima SI () NO ()

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

G. DIAGNÓSTICO - Codificación según CIE - 10

- 1).....
- 2).....
- 3).....

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

- 1).....
- 2).....
- 3).....

H. TRATAMIENTO

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

Describe:

Interconsulta, remisión, otras recomendaciones:


ABOG. GUIDO R. BENZA RAGGIO
SECRETARIO GENERAL
MSPBS

I. NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO/A QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE Y APELLIDO :	FIRMA Y REGISTRO:
---------------------	-------------------

LUGAR:	FECHA:	HORA:
--------	--------	-------