



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual



PUBLICACIÓN
34

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz-Bolivia
2015



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual



Serie: Documentos Técnico - Normativos

PUBLICACIÓN
34

La Paz - Bolivia

BO Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud.
QZ200 Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad.
M665m Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. /Ministerio de Salud; Grichel
No.34 Alarcón De la Vega; Malena Morales Lara; Susana Asport Terán Coaut. La Paz: Concer
2015 Trazzos, 2015.

148p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 34)

Depósito legal: 4-1-420 -15 P.O.

- I. VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - II. VIOLENCIA SEXUAL
 - III. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER
 - IV. ABORTO LEGAL
 - V. PROTOCOLOS Legislación & Jurisprudencia
 - VI. BOLIVIA
1. t.
 2. Serie.
 3. Alarcón De la Vega, Grichel; Morales Lara, Malena; Asport Terán, Susana. Coaut.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Mayor información en <http://minsalud.gob.bo>, Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad

– Tel.: 2-2442103 Calle Capitán Ravelo No 2199.

1.M RM.: No 1508 24 de noviembre de 2015

1.N Depósito Legal: No 4-1-420-15 P.O.

ELABORADO POR

Dra. Grichel Alarcón De la Vega Ministerio de Salud
Dra. Malena Morales Lara Directora - Ipas Bolivia
Dra. Susana Asport Terán Coordinadora de Salud - Ipas Bolivia

LISTA DE PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN

Dra. Irma Carrazana Cabezas Ministerio de Salud
Dra. Mariana Ramírez López Ministerio de Salud
Dr. Renato Yucra Lizarazu Ministerio de Salud
Dra. Karina Salazar Patzy Ministerio de Salud
Dra. Patricia Apaza Peralta Ministerio de Salud
Dra. Desiré Mostajo Flores Presidenta de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia
Dr. Carlos Füchtner Sociedad Boliviana de Ginecología Santa Cruz
Dr. Mirko Gorená Borja Sociedad Boliviana de Ginecología Santa Cruz
Dr. José Guamán Galvis Sociedad Boliviana de Ginecología Santa Cruz
Lic. Ruth Gálvez Rioja SEDES Santa Cruz
Dr. Roberto Baldivieso Calles Hospital San Juan de Dios Tarija
Dr. Carlos Arce Ruíz Hospital San Juan de Dios Tarija
Dr. Elvio Fernández Estrada Hospital San Juan de Dios Tarija
Dra. Olga Mora Vargas Hospital San Juan de Dios Tarija
Dr. Oscar Ichazo Castellano Hospital San Juan de Dios Tarija
Dr. Hugo Borda Cuba Hospital Boliviano Holandés El Alto
Dr. Franz Enríquez Quintanilla Hospital Boliviano Holandés El Alto
Dr. Raúl Verástegui Goyzueta Hospital Boliviano Holandés El Alto
Dr. Roberto Sequeiros Guerra Hospital Boliviano Holandés El Alto

Dr. Willyan Michel Chávez	UNFPA
Dr. Cristian Espíndola Molina	CIES
Lic. Patricia Tellería Saavedra	Diakonía
Dr. Juan Rocha Soliz	Wiñay
Lic. Teresa Lanza Monje	Católicas por el Derecho a Decidir
Lic. Paola Yáñez	Centro Afro Boliviano para el Desarrollo Integral y Comunitario
Dr. Saúl Pantoja Vacaflor	Presidente Sociedad Boliviana de Ciencias Forenses
Abog. María Lucy Rodríguez	Secretaría General Sociedad Boliviana de Ciencias Forenses
Dra. Fernanda Monroy López	Coordinadora de WAWFE para Bolivia
Dr. Juan Vega Ticona	CRVIR
Dr. Edwin Trujillo Casanova	Consultor médico - Ipas Bolivia

HISTORIA CLÍNICA DEL SIP ABORTO

Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León. Asesor Regional Salud Sexual y Reproductiva CLAP SMR OPS/OMS

CERTIFICADO ÚNICO

Dra. Grisel Alarcón de la Vega	Ministerio de Salud
Dr. Andrés Flores Aguilar	IDIF
Lic. Ramiro Claure Morales	Director Marie Stopes
Dr. Hugo Casanovas Soruco	Coordinador proyecto MSI/UNFPA
Dr. José Daza Pérez	Consultor MSI/UNFPA
Dr. Fernando Valle Rojas	IDIF
Dr. Guillermo Dalense Montaña	IDIF
Dr. Alberto Castro André	UNFPA
Dr. Willyan Michel Chávez	UNFPA
Dra. Susana Asport Terán	Coordinadora de Salud - Ipas Bolivia
Dra. Malena Morales Lara	Directora - Ipas Bolivia
Lic. Lidia Apaza Quispe	SEDES La Paz

EDICIÓN

Lic. Claudia Columba Cabezas	Coordinadora de Comunicación - Ipas Bolivia
Lic. Rolando Carvajal Vargas	Consultor Externo

COMITÉ DE IDENTIDAD INSTITUCIONAL Y PUBLICACIONES

La Paz: Área del Continuo - Unidad de Redes Servicios de Salud y Calidad - Dirección General de Servicios de Salud - Comité e identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Salud y Promoción- Ministerio de Salud - 2015.

@ Ministerio de Salud 2015

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Documento impreso con el apoyo financiero de Ipas Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba
VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Omar Flores Velasco
**DIRECTOR GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD**

Dr. Irma Carrazana Cabezas
**JEFE DE UNIDAD DE REDES
DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD**

CONTENIDO

MARCO NORMATIVO	15
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	22

COMPONENTE I

NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN EN LA RED DE SERVICIOS INTEGRALES	25
--	----

COMPONENTE II

APLICACIÓN DE LA POLÍTICA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL – SAFCI, EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	46
--	----

COMPONENTE III

PROTOCOLO ESPECÍFICO DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	56
--	----

COMPONENTE IV

PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	84
---	----

COMPONENTE V

PROTOCOLO PARA LA ORIENTACIÓN	106
-------------------------------------	-----

COMPONENTE VI

ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO	110
----------------------------------	-----

COMPONENTE VII

MUESTRAS COMO FUENTES DE ADN	114
BIBLIOGRAFÍA	117
GLOSARIO	119
SIGLAS	128

ANEXO 1

CERTIFICADO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA LEY N° 348	130
--	-----

ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA LEY N° 348	134
--	-----

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL Y SEGURA DEL EMBARAZO, EN EL MARCO DE LA SENTENCIA CONSTITUCIONAL N° 0206/2014	142
---	-----

ANEXO 3

FICHA DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	144
---	-----

ANEXO 4

FICHA DE CONTRAREFERENCIA	145
---------------------------------	-----

ANEXO 5

RUTA CRÍTICA PARA LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	146
--	-----

ANEXO 6

HISTORIA CLÍNICA DEL ABORTO	147
-----------------------------------	-----

ANEXO 7

MINISTERIO DE SALUD – DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD.....	148
--	-----

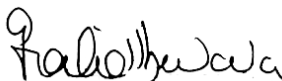
PRESENTACIÓN

La violencia sexual es producto de una construcción social basada en estructuras jerárquicas que rigen el conjunto de relaciones en la sociedad, siendo la expresión más clara del ejercicio de poder que afecta especialmente a mujeres, adolescentes, niñas y niños, en la que se entrelazan la dominación física y el control del cuerpo sobre la sexualidad basada en el género, sin distinción de clase, etnia ni religión.

Bolivia alcanza avances significativos tanto en el marco legal como normativo respecto a la protección y efectivización de los derechos, para garantizar el acceso a la justicia, contando con instrumentos normativos que reconocen en particular el derecho a no sufrir ningún tipo de violencia.

En el marco de la Ley N° 348, se garantiza a la mujer una vida libre de violencia. La atención integral a una víctima de violencia sexual necesita de trabajo sectorial e intersectorial estructurado, actuando de manera articulada y no victimizante se busca asegurar desde el sector salud que la persona reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad, su recuperación física y emocional, en coordinación con otros sectores para que cuente con las garantías de protección, no repetición del hecho violento y de acceso a justicia para que el delito no quede impune.

Es por eso, que el Documento Técnico **“Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual”** fue desarrollado para fortalecer el trabajo de los equipos de salud, brindando herramientas técnicas, conceptuales y prácticas sobre cómo atender de manera integral y reparadora desde el sector salud a las víctimas de violencia sexual, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.



Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD



Resolución Ministerial

Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Nº 1508

VISTOS Y CONSIDERANDO:

24 NOV 2015

Que, los Parágrafos I y II del Artículo 15 de la Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte, y las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.

Que, el Artículo 3 del Código de Salud, aprobado mediante Decreto Ley Nº 15629, de 18 de julio de 1978, determina que corresponde al Poder Ejecutivo actual Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública actual Ministerio de Salud, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que, el Artículo 12 del Código de Salud, dispone que la Autoridad de Salud está facultada para dictar las disposiciones a las que se sujetarán los organismos públicos y privados en la elaboración y difusión de sus programas en todos los aspectos de la educación para la salud.

Que, la Ley Nº 348, de 09 de marzo de 2013, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, tiene por objeto establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien.

Que, el Parágrafo I del Artículo 3 de la Ley Nº 348, señala que el Estado Plurinacional de Bolivia asume como prioridad la erradicación de la violencia hacia las mujeres, por ser una de las formas más extremas de discriminación en razón de género.

Que, el Numeral 22 del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo Nº 29894, de 07 de febrero del 2009, de Organización del Órgano Ejecutivo, determina como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, de emitir las resoluciones ministeriales.

Que, el Parágrafo IV del Artículo 10 del Decreto Supremo Nº 1868, de 22 de enero de 2014, dispone que en todo el texto del Decreto Supremo Nº 29894, se sustituye la denominación de "Ministra(o) de Salud y Deportes" por "Ministra(o) de Salud".

Que, mediante la Nota Interna MS/VMySP/DGSS/URSSyC/ACON/NI/66/2015, la Profesional Técnico del Área de Continuo de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, vía la Jefa de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, solicita a la Viceministra de Salud y Promoción, la anuencia para la Resolución Ministerial que apruebe y autorice la impresión y publicación del "MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL", en el marco de la Ley Nº 348, de 09 de marzo de 2013, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.

Que, el Informe Legal MS/DGAJ/UAJ/4234/2015, de 23 de noviembre de 2015, refiere que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe y autorice la impresión y publicación del "MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL".

POR TANTO:

LA MINISTRA DE SALUD, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 29894, de 07 de febrero de 2009.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el "MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL" y autorizar la impresión y publicación a nivel Nacional, conforme al texto adjunto que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución; debiéndose inscribir la publicación institucional en los registros de Depósito Legal e ISBN.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Dirección General de Servicios de Salud y Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, quedan a cargo a cargo de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



a L. Rosso Gutiérrez
DIRECTORA GENERAL
DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD

Dra. A. Padada Borda
VICEMINISTRA DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



INTRODUCCIÓN

La violencia sexual se define como al acto que con fines lascivos comete una persona contra otra, para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento con o sin fines de cópula, valiéndose de una posición jerárquica de cualquier tipo, que subordina a la víctima y permite su sometimiento por fuerza física o moral.

Las consecuencias de la violencia sexual son de impacto trascendental tanto en la salud física como mental, sin dejar de lado las consecuencias sociales, generando traumas emocionales que requieren intervenciones sostenidas para ser superados.

Con la premisa de que la violencia sexual no puede ser abordada desde un sólo enfoque, es una labor fundamental, interdisciplinaria e integral por parte de las instituciones públicas y privadas, organizaciones y grupos de la sociedad civil, que protegen los derechos de las personas que se encuentran en situación de violencia la articulación y coordinación de funciones entre estas instituciones, tarea que se considera apremiante e imprescindible para otorgar atención integral oportuna.

Por consiguiente y con el fin de que los derechos de las personas en situación de violencia sean garantizados, sin discriminación alguna, el presente documento proporciona herramientas e instrumentos técnicos que pretenden fortalecer la prevención, detección, atención y rehabilitación a personas víctimas de violencia sexual, hecho que debe ser abordado como una “EMERGENCIA MÉDICA” de parte de todo el personal de salud, del sistema público, privado y de seguridad social en todo el territorio boliviano.

MARCO NORMATIVO

En esta parte, se señalarán los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos; los instrumentos destinados a la protección de las mujeres en los ejes temáticos de violencia y discriminación; jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y normas de nuestro ordenamiento jurídico de protección a víctimas de violencia de género.

1. TRATADOS REFERENTES A DERECHOS HUMANOS

Los principales instrumentos internacionales referentes a los derechos humanos¹ son:

- a. Declaración Universal de los Derechos Humanos: es la base del Sistema Universal, manifiesta valores como la dignidad, la libertad y la igualdad.
- b. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- c. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- d. Convención Americana de Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José.

2. NORMATIVA INTERNACIONAL DESTINADOS A LA PROTECCIÓN DE LAS MUJERES

Si bien una de las luchas más largas en la historia ha sido el reconocimiento y respeto de los derechos humanos, es innegable que el caso de las mujeres ha sido más complejo y controvertido; las sociedades difícilmente han respetado y garantizado el pleno ejercicio de sus derechos. Bunch establece en su estudio sobre violencia de género: “lo que lleva a ver los derechos de las mujeres como derechos humanos, es justamente la

¹ El concepto de derechos humanos no es nuevo, aunque ha cobrado auge a partir de que empezaron a develarse las desigualdades y a evidenciarse todo lo que no estaba contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Prevención de la Violencia, Atención a Grupos Vulnerables y los Derechos Humanos: Los Derechos de las Mujeres y los Niños*. México. 2003. pg. 44.

creación de mecanismos legales que condenan la discriminación sexual y la violencia contra ellas, y permiten con ello que las mujeres acudan al sustento legal y local para hacer una defensa más efectiva”².

Los tratados e instrumentos internacionales del Sistema de Naciones Unidas como de los Estados Americanos referente a la atención de los Derechos Humanos de las mujeres y víctimas de violencia en razón de género, son:

- a. *La Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Ley N° 1100)* conocida por sus siglas en inglés como CEDAW, que establece el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres, así como el compromiso de los Estados suscriptores de implementar políticas públicas y medidas legislativas para la erradicación de la violencia y la discriminación contra las mujeres en todas sus formas y manifestaciones. Esta obligación no se limita al ámbito público sino también se extiende a la esfera privada. La CEDAW es considerada como la Carta de los Derechos Humanos de las Mujeres.
- b. La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer – Convención “Belém do Pará” (Ley N° 1599) establece el reconocimiento y el respeto irrestricto de todos los derechos de la mujer, que son condiciones indispensables para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y práctica; y el compromiso de los Estados miembros para formular políticas de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer.

Esta Convención además establece que los Estados partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de tales derechos, a partir de reconocer a las mujeres derechos fundamentales, entre otros, a la vida y a la integridad social; no ser sometida a tortura, igual protección ante la ley y un acceso efectivo a la justicia.

² Bunch Charlotte. *Violencia de Género. Un problema de Desarrollo y Derechos Humanos*. Center Women’s Global Leadership. New Jersey-EEUU. 1995. pg. 16.

- c. *La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer Beijing*³ respalda la defensa de los derechos humanos de las mujeres y dispone que los gobiernos reconozcan que los derechos de las mujeres y las niñas son derechos humanos universales y consagrados internacionalmente; además que estos gobiernos se comprometan a promover y proteger el pleno disfrute de estos derechos y de las libertades fundamentales de todas las mujeres a lo largo de su vida.

En el caso de la Conferencia de Beijing, se aprobó una Plataforma de Acción, estableciendo el acuerdo de crear mecanismos nacionales para la promoción de la mujer con la función principal de apoyar la incorporación de la perspectiva de igualdad de género en todas las esferas de la política y en todos los niveles de gobierno.

A partir de las 2 conferencias internacionales, se estableció la relación entre la violencia de género con la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra mujeres y niñas, particularmente, en relación con la violación sexual e intrafamiliar; la explotación y tráfico de la niñez; y la mutilación genital.

- d. *El Estatuto de Roma (Ley N° 2398)* es el instrumento constitutivo de la Corte Penal Internacional. Identifica las conductas que pueden ser juzgadas por la Corte, entre ellas, establece que la violación y otros abusos sexuales pueden constituir crímenes que sean de su competencia.
- e. *La Convención sobre los Derechos del Niño (Ley N° 2367)* estableció obligaciones para proteger a las niñas, niños y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual.

3 La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing) son cumbres internacionales suscritas por los gobiernos del mundo y desarrolladas en 1994 y 1995, respectivamente.

De acuerdo a la legislación boliviana, el bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios Internacionales en materia de Derechos Humanos⁴, por lo que su cumplimiento es de carácter obligatorio.

3. JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

En vigencia de la nueva Constitución de 2009, el Tribunal Constitucional transitorio emitió la Sentencia N° 110/2010, que ratifica el entendimiento respecto al bloque de constitucionalidad estableciendo que no sólo los instrumentos internacionales de Derechos Humanos forman parte del Bloque de Constitucionalidad, sino también la jurisprudencia emanada de los órganos de control en el caso específico de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y las opiniones consultivas que deben ser observadas por las autoridades del poder público.

Dentro del desarrollo jurisprudencial de la Corte, en la temática de protección de los Derechos Humanos de las mujeres, se destacan los pronunciamientos de los casos *MZ vs Bolivia* y *Gonzales vs México*. En el primer caso, se suscribió un Acuerdo de Solución Amistosa, en el que Bolivia reconoce su responsabilidad y asume varios compromisos destinados a sensibilizar a las autoridades judiciales en las temáticas de género, protección de los derechos humanos y tratamiento de víctimas de violencia sexual, entre otros.

La Sentencia del caso *Gonzales vs México* ha sentado las directrices para la aplicación del principio de la debida diligencia en la investigación de los casos de violencia contra la mujer.

4 El Artículo 410 párrafo II de la Constitución señala:

La Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa. El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios Internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derechos Comunitario, ratificados por el país. La aplicación de las normas jurídicas se regirá por la siguiente jerarquía de acuerdo a las competencias de las entidades territoriales:

1. Constitución Política del Estado.
2. Los tratados internacionales.
3. Las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de legislación departamental, municipal e indígena.
4. Los decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos ejecutivos correspondiente.

4. NORMATIVA NACIONAL

El marco jurídico internacional y los compromisos asumidos por nuestro Estado han propiciado el desarrollo de la legislación nacional sobre el tema de protección de las víctimas de violencia de género, a continuación las citamos:

- a. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia es una garantía para la vigencia de los derechos de las mujeres porque busca reducir la desigualdad, la exclusión y la discriminación que se mantuvieron durante toda nuestra historia republicana y establece específicamente que las mujeres tienen derecho a no sufrir violencia tanto en la familia como en la sociedad y que el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional.
- b. *Ley N° 1970, Código de Procedimiento Penal*, regula las garantías de la víctima, el derecho a la información que tienen las víctimas de violencia sexual en un proceso penal, aunque la víctima no hubiese intervenido en el proceso. Incluso establece que todo servidor público en ejercicio de sus funciones tiene la obligación de denunciar los delitos de violencia sexual sin que esta denuncia signifique que es parte del proceso.
- c. *Ley N° 1674, Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica*, visibiliza la violencia contra la mujer en su entorno familiar; identifica los hechos que constituyen violencia en la familia; establece las medidas de prevención y protección inmediata a la víctima y las sanciones que corresponden al autor.
- d. *El Decreto Supremo N° 25087 reglamenta la Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica* para lograr su aplicabilidad y plantea medidas de prevención y protección integrales a favor de la víctima.

- e. *Ley N° 045, Ley contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación*, establece mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo; y toda forma de discriminación.
- f. *Ley N° 243, Ley contra el Acoso y Violencia Política hacia las Mujeres*, establece mecanismos de prevención, atención y sanción contra actos individuales o colectivos de acoso y/o violencia política hacia las mujeres.
- g. *Ley N° 263, Ley Integral contra la Trata y Tráfico de Personas*, busca combatir la trata y tráfico de personas y delitos conexos; y garantizar los derechos fundamentales de las víctimas a través de la consolidación de medidas y mecanismos de prevención, protección, atención, persecución y sanción penal de estos delitos.
- h. *Ley N° 348, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia*, que establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las personas que en situación de vulnerabilidad sean víctimas de violencia, así como la persecución y sanción de sus agresores. La norma establece que los delitos de violencia son de orden público.
- i. *El Decreto Supremo N° 2145 reglamenta la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia*, establece mecanismos de prevención, atención, protección y reparación a víctimas de violencia y brinda recursos para la implementación de la Ley N° 348 y su reglamento.
- j. *Ley N° 464 del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima*, que crea el servicio encargado de brindar asistencia psicológica, social y jurídica a la víctima de escasos recursos; y la norma regula su estructura, organización y sus atribuciones.
- k. *Ley N° 548, Código del Niño, Niña y Adolescente*, tiene por objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la

niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, que garantice sus derechos mediante la co-responsabilidad del Estado en todos sus niveles junto a la familia y la sociedad. El Sistema Integral prevé un Programa Integral de Lucha Contra la Violencia Sexual a Niñas, Niños y Adolescentes, entre otros.

- I. *Sentencia Constitucional N° 0206/2014*, a través de la cual, se eliminan los requisitos de iniciar la acción penal y solicitar una autorización judicial para poder acceder a un aborto legal cuando el embarazo es producto del delito de violación. El único requisito establecido es realizar la denuncia del delito de violación ante la Policía o la Fiscalía.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual es *“cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene u otra parte del cuerpo o un objeto”* (Fuente: Violencia Sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. Jewkes et. Al., 2002).

La violencia sexual es un fenómeno universal pues ataca a mujeres de todas las edades (infantes, niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultos mayores), etnias, clases sociales, religiones, culturas.

Es un hecho delictivo cotidiano que reduce a una persona a condiciones de inferioridad, imponiéndole una agresión sexual en contra de su voluntad y que se manifiesta con el uso de la fuerza física, psíquica o moral. Las víctimas son agredidas en su propio hogar, pero también en las unidades educativas, centros laborales y espacios donde las víctimas realizan sus actividades cotidianas.

El agresor, en la mayoría de los casos, es una persona conocida, de confianza y con una relación de poder que facilita la consumación del delito. En más de la mitad de los casos éste es miembro de su grupo familiar, siendo los padres biológicos, padrastros, tíos, abuelos, hermanos y otros parientes, quienes encabezan la lista de los agresores.

Los altos índices de violencia sexual en Bolivia en contra de las mujeres colocan al país en el segundo lugar, entre los países de Latinoamérica con mayor cantidad de casos y denuncias. Cada año se registran 14.000

denuncias de violencia sexual contra mujeres, niñas y adolescentes, de éstas, el 60% transcurre en los propios hogares de las víctimas. Lastimosamente, de todas las denuncias presentadas, sólo el 0,04% concluyen con sentencia para el violador (Fuente:http://www.eldia.com.bo/index.php?cat=1&pla=3&id_articulo=123614).

Estos datos demuestran que la violencia sexual es una pandemia y un tema de salud pública ya que afecta al 15% de la población femenina en Bolivia. Además que las instituciones que brindan servicios no cuentan con sistemas adecuados de información, lo que contribuye a invisibilizar la problemática, subvalorando la realidad de las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.

Con la implementación de la Ley N° 348 que garantiza a la mujer una vida libre de violencia y el fallo del Tribunal Constitucional Plurinacional mediante la Sentencia Constitucional N° 0206/2014 genera la necesidad de elaborar instrumentos suficientes para beneficio de las víctimas de violencia sexual.

El Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, desde un enfoque de salud, bio-psico-social y legal, debe ser implementado por un equipo multidisciplinario en interrelación multisectorial. La responsabilidad será asumida por las autoridades nacionales, departamentales, municipales, locales, comunitarias y por la sociedad civil, para que esta problemática se resuelva con seriedad y de manera integral, articulando la atención en los aspectos legales.

Este Modelo de Atención Integral prevé el flujo entre los servicios de salud, justicia y psicosociales. Por ello, es de vital importancia la implementación de una Red de Servicios a víctimas de violencia sexual.

El Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual tiene 5 componentes:

1. Normas Generales de Atención en la Red de Servicios Integrales.

2. Aplicación de la SAFCI al Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual.
3. Protocolo Específico de la Atención a las Víctimas de Violencia Sexual en los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención.
4. Protocolos y Procedimientos de la Interrupción Legal del Embarazo.
5. Protocolo para la Orientación.
6. Protocolo de Anticoncepción Postaborto.
7. Protocolo, muestras como Fuentes de ADN.

COMPONENTE I

NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN EN LA RED DE SERVICIOS INTEGRALES

1. OBJETIVO

Brindar atención integral preventiva y curativa a las víctimas de violencia sexual. Las acciones del servicio de salud deben estar orientadas a prevenir, detectar, diagnosticar y tratar la violencia sexual, ya que se constituye en un problema de salud pública. Todos los servicios deben estar preparados para otorgar la mejor atención posible de acuerdo a sus capacidades resolutivas.

1.1. Objetivos específicos

- a. Organizar internamente en los servicios, a los equipos de salud para actividades de prevención de la violencia sexual.
- b. Adecuar los equipos de salud en recursos humanos, infraestructura e insumos, en coordinación con las Autoridades Locales de salud y junto a la estructura social de salud más la comunidad organizada (Juntas de Vecinos) para actividades de prevención, detección, atención y diagnóstico de la violencia sexual.
- c. Realizar la adecuación de los equipos de salud para la atención clínica de emergencia y toma de evidencias de la violencia sexual.
- d. Organizar el sistema de referencia y contrareferencia de los equipos de salud para asegurar el seguimiento de las víctimas.
- e. Coordinar actividades de diagnóstico y prevención en grupos vulnerables en cada área geográfica con diversas organizaciones, para asegurar el apoyo a las víctimas de violencia sexual de acuerdo a las necesidades de las áreas jurídica o psicosocial.

- f. Sensibilizar y capacitar al recurso humano en diagnóstico, prevención, atención clínica de emergencia, toma de evidencias y tratamiento integral de la violencia sexual.

1.2. Población objetivo

- Infantes
- Niñas/os
- Adolescentes/jóvenes
- Mujeres
- Adultas/os mayores
- Personas con discapacidad
- Grupos de GLBT

1.3. Prestadora/or

- a. **Primer Nivel:** médicas/os generales, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería y trabajadores/as sociales.
- b. **Segundo Nivel:** médicas/os especialistas, médicas/os generales y/o familiares, licenciadas/os, auxiliares de enfermería, trabajadoras/es sociales y psicólogas/os.
- c. **Tercer Nivel:** médicas/os especialistas, médicos/as generales y/o familiares, licenciadas/os, auxiliares de enfermería, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os (en caso de existir) y asesoras/es jurídicas/os.

1.4. Capacidad resolutive en la Red de Servicios

- a. **En establecimientos de primer nivel.** El equipo de salud debe estar organizado, capacitado, motivado y sensibilizado para la atención a víctimas de violencia sexual y trabajará en forma coordinada con hospitales de mayor complejidad, servicios jurídicos, FELCV, Instituto de Investigación Forense (IDIF), Defensoría de la Niñez y Adolescencia, Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM), servicios psicosociales y comunidad organizada.

- b. En establecimientos de segundo y tercer nivel.** Los servicios especializados deben estar organizados, capacitados, motivados y sensibilizados para la atención a víctimas de violencia sexual y que trabajan en forma coordinada con FELCV, servicios jurídicos, IDIF, Defensoría de la Niñez y Adolescencia, SLIM, servicios psicosociales y comunidad organizada.

1.5. Procedimientos

a. En servicios de salud de primer nivel:

- La atención debe ser realizada por un equipo capacitado.
- Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual.
- Realizar actividades de diagnóstico y detección de la violencia sexual en coordinación con los Agentes locales Comunitarios.
- Brindar atención integral a las víctimas de violencia sexual, otorgando:
 - Atención a la emergencia clínica.
 - Contención emocional.
 - Recolección de evidencia médico legal (en la caja de toma de evidencia).
 - Tratamiento de los traumatismos genitales y extra genitales.
 - Anticoncepción de emergencia.
 - Prevención de ITS/VIH SIDA y de Hepatitis B.
 - Tratamiento de ITS sin requerir exámenes de laboratorio (tratamiento sintomático).
 - Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa).
 - Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas en centros que cuenten con médica/o capacitada/o, a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual hecha por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente. Registrar los hallazgos en la historia clínica y

en un certificado único (para su homologación por el médico forense).

- Referencia de las víctimas a otros servicios de salud de mayor complejidad, de acuerdo a necesidad y en caso de que haya ausencia de médica/o.
- Referencia de la víctima de violencia sexual hacia otros servicios jurídicos, legales o psicosociales.
- Para cumplir con todo lo anteriormente citado, las entidades encargadas deben suministrar material y medicamentos necesarios para evitar demoras en los procedimientos.

b. En establecimientos de segundo nivel:

- Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual.
- Realizar actividades de diagnóstico y detección de la violencia sexual en coordinación con los Agentes locales comunitarios.
- Brindar atención integral a las víctimas de violencia sexual, otorgando:
 - Atención a la emergencia clínica.
 - Contención emocional.
 - Recolección de evidencia médico legal, en servicios de salud acreditados (en la caja de toma de evidencia).
 - Tratamiento de los traumatismos genitales y extra genitales.
 - Anticoncepción de emergencia.
 - Prevención de ITS, VIH y Hepatitis B.
 - Tratamiento de ITS sin requerir exámenes de laboratorio (tratamiento sindrómico).
 - El tratamiento del VIH/SIDA se realizará inmediatamente de confirmado el diagnóstico por laboratorio con medicamentos antiretrovirales. Si no se cuenta con los medios, se realizará la referencia en el acto a centros donde se pueda otorgar el tratamiento adecuado y la confirmación de laboratorio.

- Terapia psicológica con equipo especializado. En caso de no contar con este servicio hacer la referencia pertinente.
- Interrupción legal del embarazo en centros que cuenten con médica/o capacitada/o a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual realizada por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente.
- Registrar los hallazgos en la historia clínica y certificado único (para su homologación por la/el médica/o forense).
- Referencia de las víctimas a otros servicios de salud de mayor complejidad de acuerdo a necesidad.
- Realizar la contrareferencia de las pacientes.
- Referencia de la víctima de violencia sexual a otros servicios jurídicos, legales o psicosociales.

c. En establecimientos de tercer nivel:

- Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual.
- Realizar actividades de diagnóstico y detección de la violencia sexual en coordinación con los Agentes locales comunitarios.
- Brindar atención integral a las víctimas de violencia sexual, otorgando:
 - Atención a la emergencia clínica.
 - Contención emocional.
 - Recolección de evidencia médico legal.
 - Tratamiento de los traumatismos genitales y extra genitales.
 - Anticoncepción de emergencia.
 - Prevención de ITS, VIH y Hepatitis B.
 - Tratamiento de ITS sin requerir exámenes de laboratorio (tratamiento sintomático).
 - El tratamiento del VIH/SIDA se realizará inmediatamente

confirmado el diagnóstico por laboratorio con medicamentos antiretrovirales. Si no se cuenta con los medios se realizará la referencia en el acto a centros donde se pueda otorgar el tratamiento adecuado y la confirmación de laboratorio.

- Terapia psicológica con equipo especializado.
- Terapia psiquiátrica para la reinserción social con equipo especializado.
- Interrupción legal del embarazo en centros que cuenten con médica/o capacitada/o a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual.
- Registrar los hallazgos en la historia clínica y certificado único (para su homologación por la/el médica/o forense).
- Referencia de la víctima de violencia sexual a otros servicios jurídicos, legales o psicosociales.

1.6. Registros

a. Historia clínica

La historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Es un documento muy útil en caso de que la víctima decida iniciar acciones penales, registra la descripción minuciosa de las lesiones, tamaño de las mismas, ubicación, tipo de coloración, presencia de lesión patrón, data de la lesión, etc.

La historia clínica cumple varias funciones para el aspecto judicial, porque sirve para registrar signos y síntomas, mejor si va acompañada por un dibujo que muestre la localización de lesiones (traumagrama). Esta información complementada con las fotografías servirá como ratificación de los hechos y es la historia que liga en un determinado momento la actuación de la justicia y la medicina.

En el registro de la historia clínica debe ser anotado el motivo de consulta en casos de violencia.

b. Certificado único para casos de violencia en el marco de la Ley N° 348

Art. 20.- Inc. 9. El personal médico del Sistema de Salud Público, seguro social a corto plazo y servicios privados, deberán extender de oficio, de forma obligatoria, gratuita y en papel corriente, un certificado médico a mujeres que requieran atención por daño físico o sexual emergente de actos de violencia, debiendo derivarse a las instancias competentes, la respectiva valoración del daño psicológico. El médico forense con carácter prioritario deberá homologar los certificados médicos extendidos en casos de violencia contra las mujeres y establecer el grado de impedimento.

1.7. Componente de prevención a la violencia sexual

Prevención

Desarrollar acciones antes de que ocurran los hechos, dirigidas a reducir o evitar la violencia sexual mediante la información, educación y sensibilización en la comunidad y a las/os proveedoras/es de servicios (ver: Normas Generales de Prevención).

La prevención se divide en:

- **Prevención primaria.** Es la intervención que se realiza antes de que ocurra el problema de salud, evitando el hecho a través de acciones sobre factores de riesgo en la población, especialmente en población vulnerable (infantes, niñas, niños, adolescentes, mujeres, grupos GLBT, personas con discapacidad y adultos mayores). Las acciones que se realizan deben ser con la participación de la comunidad organizada (juntas vecinales y escolares; y Organizaciones Territoriales de Base).
- **Prevención secundaria.** Las acciones de diagnóstico precoz, tratamiento temprano y atención hospitalaria se realizan inmediatamente después del suceso.
- **Prevención terciaria.** Las acciones que se realizan después de acontecido el problema son: la rehabilitación física, mental y

social de la víctima para aminorar los traumas y discapacidades asociadas a la violencia en personas que ya vivieron la experiencia y que están destinadas a prevenir la repetición.

Las acciones generales que se deben realizar en la Red de Servicios de Salud en materia de prevención son:

- Impulsar la participación social mediante el compromiso de la comunidad organizada, de la población, de las autoridades nacionales, departamentales, municipales del sector público y autoridades originarias, en la planificación, programación, ejecución, control y evaluación de las actividades de prevención y detección de la violencia.
- Promover estilos de vida saludables y generar cambio de actitudes de violencia, promoviendo la equidad de género y rechazo cultural a la violencia sexual.
- Organizar la integración de grupos como agentes comunitarios, asociaciones, juntas de vecinos para combatir la violencia sexual en coordinación con los Servicios de Salud, Policía, Defensorías de la Niñez y Adolescencia y SLIMs, siendo su función motivar a la participación para desarrollar acciones de detección, información y orientación en los 3 niveles de la prevención.
- Estructurar una planificación y desarrollar actividades de información, educación, orientación y motivar la participación de la comunidad organizada en general, sobre las formas en cómo se debe diagnosticar, prevenir y combatir la violencia sexual.

1.8. Detección y diagnóstico

Las acciones que se deben realizar para la detección y diagnóstico de la violencia en los servicios de salud son:

- Organizar en cada servicio de salud, un equipo de atención intersectorial (sanitaria, policial, judicial y social) en coordinación

con el nivel comunitario y de políticas públicas, para la detección y prevención de la violencia en cada área geográfica delimitada por las gerencias de la Red.

- Identificar a las mujeres afectadas por hechos de violencia y valorar el grado de riesgo al que están expuestas durante el desarrollo de las actividades diarias en la comunidad. Esto debe hacerse en la consulta de las usuarias tanto ambulatorias como hospitalarias.
- Tener un contacto directo con la usuaria afectada por violencia en un clima donde se respeten sus derechos. Se deben evitar juicios de valor y prejuicios, atender con respeto y privacidad garantizando la confidencialidad.
- Identificar los posibles factores desencadenantes de la violencia y valorar el grado de riesgo en que viven las afectadas que pueda causarles daño e inclusive la muerte.
- Identificar signos y síntomas, incluyendo el embarazo como consecuencia posible de actos derivados de la violencia familiar, violencia en la pareja, de la violación, estupro e incesto.
- Registrar en la historia clínica los antecedentes, síntomas y signos que permitan encaminar hacia un diagnóstico probable de violencia. Se podrán practicar pruebas de laboratorio y psicológicas (donde sea posible) que apoyen al establecimiento de las causas y las personas involucradas en los hechos, considerando los posibles diagnósticos diferenciales.
- Planificar, ejecutar y controlar acciones que mejoren dentro de los servicios de salud, los procesos de detección y prevención de la violencia en coordinación con la Policía, Defensorías y SLIMs. Esta actividad incluye la capacitación del personal de servicio de cada institución involucrada, para que cuente con las suficientes habilidades técnicas para este cometido.

1.9. Atención en la Red de Servicios Integrales

En el proceso de atención de las posibles víctimas de violencia sexual, las acciones deben estar encaminadas a:

- Brindar atención integral oportuna a las usuarias involucradas/os en situación de violencia sexual con la finalidad de resolver los problemas de salud inmediatos, mediatos y secuelas que pueden presentarse resultado del acto de violencia.
- Brindar atención inmediata, manejo y seguimiento periódico a las usuarias con el fin de evitar complicaciones o reincidencias mediante prestadores de servicios capacitados.
- Informar sobre la ruta crítica de atención a las víctimas con la finalidad de realizar la referencia correspondiente, de acuerdo a las necesidades de las usuarias, por ello, los prestadores de servicios deberán estar informados.
- Realizar acciones que permitan a los servicios de salud estar involucrados y ser parte de las redes de servicios de la Policía, Defensorías y justicia de la violencia sexual. Estos deberán garantizar la seguridad de la usuaria dentro del servicio integral de atención.
- Brindar orientación en los servicios de Salud, Policía, Defensorías y Justicia mediante personal capacitado, propiciando un proceso de información.
- Aplicar procedimientos y protocolos específicos en la atención médica integral de las usuarias.
- Ofertar métodos anticonceptivos seguros y de larga duración post aborto.
- Asegurar la confidencialidad a la mujer.

- Evitar demoras innecesarias en la resolución de las causas y en la ejecución de los mandamientos o decretos y verificar que se cumplan con los plazos establecidos por Ley, para asegurar una justicia pronta para la víctima a nivel interinstitucional.
- Conformar Comités de Análisis de Información en cada Red.
- Analizar la información recabada por los servicios de salud, Policía, Defensorías, SLIMs, justicia y Viceministerio de Seguridad Ciudadana para tomar decisiones informadas.

1.10. Consentimiento informado

- La Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico establece que el Consentimiento informado constituye un documento médico oficial (Cap. IV, Art.10). La responsabilidad del llenado (Art. 12) de este instrumento es del médico (ver: Ficha de consentimiento informado, Anexo 3).

1.11. Referencia y contrareferencia

- El proceso de referencia y contrareferencia es el conjunto de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer una atención integral a las víctimas de violencia sexual. Para ello, se requiere de la articulación y coordinación entre las instituciones del Estado y la sociedad civil.
- Identificar instituciones públicas y privadas (salud, policía, justicia, apoyo psicosocial, etc.) que brinden atención a las víctimas.
- Integrar al Comité Local de Salud, Autoridades Locales de Salud y a los Proveedores de Servicios, en los procesos de referencia y contrareferencia.
- Construir la ruta crítica que deben seguir las víctimas de violencia sexual, de forma coordinada con las instituciones miembros de

la Red de Servicios. Esta ruta debe constituirse de acuerdo a las realidades locales y puede modificarse en el tiempo dependiendo de las necesidades.

- La ruta crítica deberá ser socializada en todas estas instancias.
- Incorporar la problemática de violencia en los Comités de Análisis de la Información que se realizan periódicamente en el sector salud, promoviendo la participación de toda la Red de Servicios.
- Elaborar un instrumento detallado con toda la información de las diferentes instituciones que se convertirá en un apoyo para la referencia de las víctimas. Este instrumento debe considerar que el área geográfica de las instituciones sea lo más accesible a la víctima. El instrumento debe incluir servicios de salud, Policía, Justicia, Viceministerio de Seguridad Ciudadana, ONGs, organizaciones establecidas en el área y sector privado.

2. NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN

Norma 1: Lineamientos Generales de Atención

Los servicios de salud de los 3 niveles operativos deberán establecer flujos internos de atención, considerando la atención general y específica de acuerdo a requerimiento de la víctima. Estos flujos deben establecerse de acuerdo a las condiciones de infraestructura y de recursos humanos con las que cuente el servicio. En caso de no contar con los medios adecuados para brindar una atención integral, se deberá referir a las usuarias de acuerdo a necesidad.

Es importante brindar un servicio de salud humanizado que garantice el respeto de los derechos de la usuaria, sea un servicio solidario y que evite posturas y actitudes de los profesionales de salud que vulneren estos derechos.

Los adultos mayores, mujeres, adolescentes, jóvenes, discapacitados y los padres o tutores encargados de los mismos, deben ser informados sobre todo acerca de lo que se realizará en cada etapa de la atención y la importancia de cada situación.

Otro aspecto importante es que los servicios de salud deben contribuir en la recuperación no sólo física sino también emocional y social de la víctima de violencia sexual. Todos los proveedores/as deben estar capacitados para brindar apoyo específico en todas las etapas de la atención.

Norma 2: Organización de la Atención

La atención integral a víctimas en situación de violencia sexual y la interrupción legal del embarazo deben darse a sola presentación de una copia de la denuncia por violación sexual realizada por la víctima en la Policía (FELCV), en la Fiscalía o a la Autoridad Originaria Competente. Se deben asegurar todas las condiciones de infraestructura, recursos humanos, laboratorio, tratamiento de emergencia, acompañamiento y recuperación de los posibles impactos de la violencia sobre la salud física y mental de la mujer.

Los mecanismos de la atención deben ir encaminados a brindar cuidados de salud inmediatos y los límites de la atención de cada servicio dependerán de la disponibilidad de recursos y de la capacidad resolutive.

Norma 3: Instalaciones Físicas

Para la atención a víctimas de violencia sexual y para la interrupción legal del embarazo se deben contar de preferencia, con espacios específicos para estos fines, garantizando la privacidad de las mujeres durante la entrevista o los exámenes médicos. Sin embargo, aunque sean ambientes exclusivos de atención, se debe evitar la identificación de los mismos con carteles o señalización que puedan crear situaciones de estigmatización de la víctima (atención diferenciada).

Norma 4: Recursos Humanos

La atención debe ser brindada, de preferencia, por un equipo multidisciplinario, cuya composición puede variar de acuerdo a la mayor o menor disponibilidad de recursos humanos. Entre los profesionales que deben tomarse en cuenta como parte del equipo están: la/el médica/o, una/un enfermera/o, psicólogas/os o psiquiatras, trabajadora/r social y el forense.

Norma 5: Equipamiento e Instrumental

Los servicios de salud deben contar con un equipamiento mínimo e insumos básicos para brindar atención integral a la víctima, brindándole lo necesario para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el embarazo producto de la violación. Estos medicamentos, en lo posible, deben ser administrados en el mismo centro de salud durante la atención. Se debe contar con un kit básico para la recolección de evidencia médico legal.

Norma 6: Registro de Datos

Cada Comité de Análisis remitirá la información al Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en razón de Género (SIPPASE), de manera que se pueda contar con información específica y tomar decisiones en base a la misma.

También se deberá realizar un cuidadoso registro en la historia clínica de los datos encontrados durante la atención a la víctima de violencia sexual y sobre la interrupción legal del embarazo. Estos datos contribuyen a dar una atención de calidad y servirán para procesos judiciales.

Norma 7: Coordinación Interinstitucional/Intersectorial

Los servicios de salud deben contar con una lista de instituciones para coordinar actividades que garanticen la atención integral tanto en el área de salud como en las áreas judiciales y psicosociales. Por lo tanto,

es importante la coordinación entre los servicios de salud, Policía (FELCV), Servicios Legales Municipales Integrales (SLIMs), Ministerio Público, Viceministerio de Seguridad Ciudadana, Defensorías de la Niñez y Adolescencia; y otras organizaciones sociales. Esta lista de instituciones deberá contener los datos necesarios como direcciones, horarios de atención, teléfonos y personas de contacto.

Las/os proveedoras/es de salud deberán informar a la víctima sobre las otras instituciones, para también remitirla y explicar el motivo de ello. Se aplicará la ruta crítica que fue consensuada entre los diferentes sectores involucrados.

Norma 8: Calidad de Atención

Los servicios de salud deben estar capacitados y equipados para brindar servicios de calidad, que respeten los derechos de las víctimas de violencia sexual y la interrupción legal del embarazo. Es deber de todos velar por la dignidad de la mujer y de la adolescente, ampararlas y protegerlas de cualquier tratamiento inhumano, violento, discriminatorio y/o represivo.

Norma 9: Causales para la Interrupción Legal del Embarazo

La Sentencia Constitucional N° 0206/2014 emitida por el Tribunal Constitucional Plurinacional el 5 de Febrero de 2014, permite la Interrupción Legal del Embarazo por 2 causales:

1. Por el delito de violación, incesto y estupro.
2. Por peligro de salud y vida de la mujer.

Así la Sentencia aclara que para el delito de violación bastará que la mujer presente una copia de la denuncia de la violación hecha a la Policía, a la Fiscalía o a una autoridad competente. En caso de peligro de la salud y vida de la mujer, sólo será necesario contar con el diagnóstico médico que determine la causal. *“En ese sentido, la interrupción del*

embarazo debe estar sujeta únicamente al consentimiento de la mujer y necesariamente debe ser asumido por un médico que efectuará el aborto, para garantizar la vida de la mujer en los casos que corresponda” (Sentencia N° 0206/2014).

La salud y sus dimensiones

El Art. 18.I de la Constitución Política del Estado (CPE) establece que *“todas las personas tienen derecho a la salud”*. El párrafo II de la misma norma señala que *“el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”*.

El derecho a la salud se vincula con el Art. 15.I de la CPE que establece: *“toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes”*. El párrafo II de la misma norma sostiene que *“todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad”*. Finalmente, el párrafo III señala que *“El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado”*.

El derecho a la salud también se encuentra reconocido en las normas de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, que de conformidad al Art. 410 de la CPE, forman parte del bloque de constitucionalidad. Así el Art. 12.1. del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que los Estados partes reconocen el *“derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, norma sobre la cual, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales ha señalado, en la Observación General N° 14, que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.

En la misma Observación General, el Comité recomendó a los Estados incorporar *“la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud”*.

Asimismo, en cuanto a la mujer y el derecho a la salud, señala de manera expresa, que los Estados deberían elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida, señalando que es un objetivo importante reducir *“los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”*. El derecho a la salud de las mujeres también está reconocido en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que en el Art. 12 señala: *“los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”*.

Sobre esta norma, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24, ha establecido que la negativa de un Estado Parte a proveer la prestación de determinados servicios de salud Reproductiva a la mujer en condiciones legales será discriminatoria. Asimismo, en la Recomendación General N° 19, el Comité recomienda a los Estados *“que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y a la reproducción; y para*

que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”.

El mismo Comité, en la Observación General N° 24 ha señalado que los Estados Partes deberían *“dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”.*

El Comité ha señalado en su Observación General N° 20 que el derecho protegido en el Art. N° 7 del Pacto: *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”, “no sólo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral y que esta protección es particularmente importante cuando se trata de menores...”.*

Conforme a lo explicado, la salud tiene una dimensión física y mental, y se debe preservar la vida de la mujer a través del derecho al aborto terapéutico. Entonces, en su acepción más amplia, el aborto terapéutico se puede llevar a cabo para:

- Salvar la vida de la mujer.
 - Preservar la salud de la mujer en las dimensiones antes señaladas.
- a. **Dimensión física de la salud:** en términos generales, los trastornos médicos que pueden presentarse durante el embarazo se clasifican de distintas maneras, de acuerdo con diversos autores. En general, se considera importante un análisis de cada situación y de cada mujer. Hay grupos de enfermedades en las cuales sería propicio interrumpir la gestación, tales como:

- Enfermedades del tracto urinario: glomerulonefritis, insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica avanzada.
- Mujeres en diálisis.
- Lupus eritematoso con daño renal severo.
- Diagnóstico intraútero de agenesia renal bilateral.
- Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blando y/o como morbilidades asociadas.
- Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia hepática crónica causada por Hepatitis B, Hepatitis C, trombosis del sistema portoesplénico con várices esofágicas.
- Neoplasia maligna del aparato gastrointestinal que requiera tratamiento quirúrgico, radio o quimioterapia.
- Antecedente demostrado de psicosis puerperal, por el riesgo de homicidio o suicidio.
- Insuficiencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm. de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%.
- Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento.
- Embarazo ectópico, no roto.
- Corioamnionitis.

- Síndrome de hiperestimulación ovárica refractario al tratamiento.
- Cáncer de cuello uterino invasivo.
- Otros cánceres ginecológicos.
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- Diabetes Mellitus avanzada.
- Neoplasias malignas a nivel del sistema nervioso central.
- Epilepsia rebelde al tratamiento.

La Federación Latinoamericana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), conformado por expertos, reconoce el derecho a tener hijos sin correr riesgos injustificados de complicaciones y muerte. Asimismo, el derecho a la interrupción del embarazo en los casos permitidos por la legislación de cada país. Este derecho implica que se garantice el acceso al aborto seguro y que se tengan en consideración las siguientes recomendaciones:

- En los casos de cáncer de cuello uterino con indicación de histerectomía y embarazo tubario intacto, el médico tiene la obligación de actuar de inmediato para defender la vida de la mujer.
- En los casos en que el embarazo ponga en peligro la vida de la mujer, deben considerarse como causas para la interrupción. Toda condición clínica que implique riesgos de salud tanto físicos como psicológicos, previa individualización del caso por parte del equipo multidisciplinario, que atiende a la mujer y del Consentimiento informado respectivo, también son considerados para la interrupción.

- b. **Dimensión mental de la salud:** las enfermedades mentales ocurren en diversos grados y no implican necesariamente la existencia de una incapacidad absoluta o una enfermedad mental severa.

Para la OMS, las mujeres desempeñan múltiples roles en la sociedad y presentan un riesgo más alto de padecer enfermedades mentales que otros en la comunidad.

Las investigaciones de la OMS sobre los problemas mentales y de comportamiento, son:

- Riesgo de resultados adversos para la salud mental en el futuro, son aquellos casos que una mujer no padece un trastorno previo, pero existe evidencia razonable para creer que la continuación del embarazo afectará su salud mental, debido a la presencia de factores de vulnerabilidad, de precipitación o de consolidación.
- Enfermedades que durante el embarazo pueden sufrir un incremento de los síntomas, generando autoagresión y agresividad hacia otros.

COMPONENTE II

APLICACIÓN DE LA POLÍTICA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL (SAFCI) EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

1. ANTECEDENTES

El principio de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) en el Decreto Supremo N° 29601, asume el principio de la participación social (expresada a través de los Ayllus, Markas, Capitanías, Cabildos indígenas, Sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras Comunitarias de Origen, autonomías correspondientes) en la toma de decisiones en todos los niveles de gestión y atención de los servicios de salud como un Derecho Fundamental que el Estado Plurinacional garantiza a las bolivianas y bolivianos.

En este sentido, el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples aspectos que se expresan en la política pública de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que moviliza las energías de la persona en su relación de interdependencia con la familia y la comunidad para que de forma consciente, organizada y autónoma intervenga en la resolución de los problemas de salud.

Este planteamiento de intervención se basa en el reconocimiento e inclusión de la población en todas las formas de expresión de organización: orgánicas, comunitarias y circunstanciales del Estado Plurinacional, proponiendo una nueva forma de hacer salud donde la familia, la comunidad y sus organizaciones indígenas sociales y productivas son parte de la Gestión Compartida de Salud, en la atención de los servicios y prevención de la salud como señala el Art. N° 40 de la Constitución Política del Estado: el Estado garantizará la participación

de la población organizada en la toma de decisiones en la gestión de todo el sistema público de salud.

Estos elementos rectores conducen al cumplimiento de la resolución de la Sentencia Constitucional del Tribunal Constitucional del Estado Plurinacional N° 0206/2014, que insta a los servicios de salud y a todos los mecanismos de intervención comunitaria a dar respuesta inmediata a la interrupción legal del embarazo en casos de violación cuando la vida y la salud de la mujer está en riesgo, a sola presentación de la denuncia de la violación a la Policía, Fiscalía o Autoridades Originarias Competentes.

En este marco, el componente SAFCI debe involucrarse coadyuvando a que las mujeres, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de violación, cuya vida y salud corra riesgo por el embarazo puedan interrumpir su embarazo. La participación social de la SAFCI debe garantizar la atención inmediata, oportuna y humanizada, promoviendo de esta manera el bienestar bio-psico-social de la mujer, libre de toda forma de violencia, discriminación y exclusión social.

2. MODELO SAFCI

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) constituye el eje central del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando una nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud; involucra, vincula y articula a los médicos con las familias, comunidad y organizaciones con un enfoque integral e intercultural de promoción y prevención de la salud junto a la comunidad.

El modelo plantea la promoción de la participación social como señala el Art. N°3 de la Ley N° 348: *“Garantizar y promover la Participación y Control Social en la provisión y calidad de los servicios públicos”*, promoviendo el bienestar de las bolivianas y bolivianos en cuanto a su desarrollo físico, psicológico y social; de acuerdo y en respeto a sus usos y costumbres.

En este sentido, se reconoce la potestad que tienen las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos de administrar justicia en ausencia de la jurisdicción ordinaria en el marco de lo establecido en los Art. N° 3 y N° 7 de la Ley de Deslinde Jurisdiccional (Ley N° 073), debiendo ser acatadas sus disposiciones por gozar del mismo nivel de jerarquía. En la prestación de servicios de salud, la relación entre el equipo de salud y autoridades originarias debe ser coordinada, respetando la horizontalidad de saberes con el único propósito de garantizar el modelo de atención integral a las mujeres víctimas de delitos de violencia sexual, garantizar la interrupción legal del embarazo en víctimas de violación, incesto, estupro y cuando la vida y salud de la mujer estén en riesgo, avalando su bienestar de manera integral en todos los niveles de prestación de servicios.

2.1 Principios de la SAFCI

- a. Participación comunitaria.** Es la capacidad de las comunidades urbano rurales (indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afrobolivianas) de participar directamente en la toma de decisiones, en la planificación, ejecución, administración, seguimiento y en el control de las acciones de salud con base en la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizada.
- b. Interculturalidad.** Es la articulación, complementariedad y reciprocidad con base en la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y prácticas en salud que se da entre pueblos indígenas, campesinos, afrobolivianos y comunidades interculturales que resultan en recíprocos aprendizajes a fin de contribuir al logro de relaciones simétricas de poder, para actuar de manera equilibrada e inclusiva en la solución de los problemas de salud garantizando el acceso universal.
- c. Integralidad.** Es concebir la salud como una totalidad que contempla a la persona y su relación con la familia, con la comunidad, medioambiente, cosmos y con el mundo espiritual para que el

personal de salud y la población implementen procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea en el marco de los derechos garantizados por la Constitución Política del Estado.

d. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales (indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afrobolivianas) con los diferentes sectores con base en alianzas estratégicas para actuar sobre las determinantes: educación, agua, tierra territorio, medioambiente, producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras en el marco de la corresponsabilidad.

2.2 Gestión participativa en salud

La gestión participativa en salud es uno de los componentes de la SAFCI que promueve la participación social en el ámbito de la salud para la toma de decisiones, control social y rendición pública de cuentas, entre los diferentes niveles de gestión estatal (local, municipal, departamental y nacional de salud).

Comprende aquel proceso entre la comunidad, sus representantes y el sector de salud, donde cada uno de ellos participa en el control social y rendición pública de cuentas de las acciones del servicio de salud, para lograr la implementación efectiva del modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual y para la interrupción legal del embarazo.



La participación social, prestación inmediata del servicio y control social buscan que los servicios de salud sean seguros y amigables para las víctimas de violencia sexual, y que respeten la decisión de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en los casos señalados por el Tribunal Constitucional, contribuyendo a disminuir la tasa elevada de mortalidad materna y superar las barreras del sistema judicial para acceder a mayores niveles de justicia social para todas y todos.

La gestión participativa cuenta con espacios de encuentro y deliberación desde el nivel local y asciende a los ámbitos municipales, departamentales y nacionales como señala el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1

ESTRUCTURA DE LA GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD			
ESPACIO	ESTRUCTURA ESTATAL DE SALUD	ESPACIO DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL	ESTRUCTURA SOCIAL DE SALUD
Nacional	Ministerio de Salud	Asamblea Nacional de Salud	Consejo Nacional de Salud
Departamental	SEDES	Asamblea Departamental de Salud	Consejo Social Departamental
Local	Establecimiento Salud	Reuniones Locales	Comité Local de Salud
			Autoridades Locales de Salud

2.3 Estructura Estatal de Salud: Nivel y Funciones en la Gestión Compartida de la Salud (Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual e ILE)

Cuadro N° 2

NIVEL	FUNCIÓN
<p><u>Nivel Nacional:</u> <u>Ministerio de Salud</u></p> <p>Es el órgano rector normativo de la gestión de la salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, política, planes y programas nacionales; así como la formulación de protocolos y reglamentos en la interrupción legal del embarazo en lo particular, como parte de las normas que rigen el Sistema de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normar, supervisar, evaluar y coordinar la atención en el Sistema Nacional de Salud. • Formular normas, protocolos y reglamentos para la atención integral del Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia (MAVV). • Coordinar la eficaz implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y el Sistema de Atención a Mujeres para mejorar la prestación de los servicios en el marco de la participación social, interculturalidad, intersectorialidad e integralidad. • Incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del Modelo. • EL SNIS y el SIPASSE deberán compilar y analizar toda la información provista por los Comités.

NIVEL	FUNCIÓN
<p><u>Nivel Departamental:</u> <u>Servicio Departamental de Salud (SEDES)</u></p> <p>Es el nivel máximo de gestión técnica en salud en el departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado. El SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política y las normas de orden público con relación el MAIVVS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud, los Modelos de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) y Gestión Participativa y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público. • Es el encargado de cumplir y hacer cumplir las normas del Sistema Integral de Salud en su jurisdicción territorial, en el sistema público de salud. • Asesoramiento técnico y supervisión de la gestión de los servicios de salud en el departamento en cuanto al MAVV. • Responsable de abogar y generar alianzas estratégicas con otros sectores para dar respuesta a las demandas sociales sobre las determinantes de salud. • Asistencia técnica e implementación de los procesos de Promoción, Información y Educación en Salud (derechos sexuales y derechos reproductivos). • Es el responsable de hacer cumplir la normativa de los diferentes niveles de gestión de la estructura estatal de salud. • Incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del Modelo. • EL SNIS departamental y el SIPASSE departamental deberán compilar y analizar toda la información provista por los Comités.
<p><u>Nivel Municipal:</u></p> <p>Es la máxima autoridad de salud en el ámbito municipal. Es la instancia y entidad de dirección que hace efectivo el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de competencia. Siendo su autoridad y competencias intransferibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve y asegura acciones y espacios para la participación social en la gestión de la salud. • Desarrolla programas y proyectos para la prevención, atención, protección y denuncia de la violencia. • Garantiza infraestructura, equipamiento e insumo para la implementación del MAVV. • Evalúa el rendimiento de todo el equipo de salud del municipio. • Incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del Modelo • El Comité conformado deberá recopilar y analizar toda la información provista por los servicios.

NIVEL	FUNCIÓN
<p>Nivel Local: Área y Sector Área de Salud</p> <p>Es el ámbito territorial local de gestión estatal en salud, donde se encuentra el Centro de Salud. Es el nivel donde interactúan, el equipo de Salud y el Comité Local de Salud. La interacción con la comunidad debe ser continua.</p> <p>Sector de Salud</p> <p>Es el ámbito territorial local de gestión estatal en salud donde se encuentra el Puesto de Salud. Aquí, la interacción con la comunidad también es permanente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementa políticas nacionales, departamentales y municipales de salud. (MAVV). • La gestión comunitaria participativa, a través de procesos de información, educación y capacitación. • Interactúa con el Comité Local de Salud para implementar procesos de gestión compartida local en espacios colectivos como los Comités de Análisis de Información trimestrales, asambleas u otras modalidades, según usos y costumbres de la población. • En corresponsabilidad con la comunidad, autoridades comunales de salud y Comité de Salud implementa procesos de planificación, para: Identificar y priorizar necesidades y demandas locales en salud, Identificar posibles soluciones. • Contribuir en la organización de los recursos comunitarios y de los servicios para la gestión de proyectos de salud educativos y preventivos en salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos. • Incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del Modelo. • El Comité conformado deberá recopilar y analizar toda la información provista por los servicios.

2.4 Estructura social

Cuadro N° 3

ESTRUCTURA SOCIAL	FUNCIONES
<p>Consejo Social Nacional de Salud</p> <p>Es el articulador de necesidades y propuestas de los Consejos Sociales Departamentales de Salud ante el Ministerio de Salud. Es la representación en el nivel nacional de todas aquellas organizaciones indígenas, sociales y productivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el fortalecimiento de las organizaciones sociales, productivas y comunitarias para su participación social en las instancias de salud, mediante su articulación al Mecanismo de Control Social para la rendición de cuentas en el MAVVS. • Seguimiento y Control a la Gestión de Salud • implementada por el Ministerio de Salud en el MAVVS.

ESTRUCTURA SOCIAL	FUNCIONES
<p><u>Consejo Social Departamental de Salud</u></p> <p>El Consejo Social Departamental de Salud es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en todo el departamento y forman parte las organizaciones indígenas, sociales y productivas departamentales, es el articulador de necesidades y propuestas de los Consejos Sociales Municipales de Salud y de hacer el control social al SEDES y que funciona mediante una directiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el fortalecimiento de las organizaciones sociales, productivas y comunitarias para su participación social en las instancias de salud, mediante su articulación al Mecanismo de Control Social para la rendición de cuentas en el MAVVS. • Ejerce Control Social sobre el correcto uso de los recursos para la prestación de servicios de salud en el MAVVS para la rendición de cuentas. • Coordina con otros actores institucionales y sociales • demandas en relación a la salud y sus determinantes • Impulsa a que los Consejos Sociales Municipales participen en la planificación departamental. • Verifica y aprueba la correspondencia de los POA's con los planes estratégicos de salud departamental, de acuerdo al MAVVS.
<p><u>Consejo Social Municipal de Salud</u></p> <p>Esta directiva al partir de la misma comunidad, también representa a otros actores sociales de los distintos sectores (redes sociales y otras organizaciones) del municipio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el fortalecimiento de las organizaciones sociales, productivas y comunitarias para su participación social en las instancias de salud, mediante su articulación al Mecanismo de Control Social para la rendición de cuentas en el MAVVS. • Garantizar el ejercicio de la gestión compartida a nivel <ul style="list-style-type: none"> • local de los servicios de salud y sus prestaciones. • Realizar seguimiento al cumplimiento de la gestión compartida a nivel municipal. • Articular las necesidades y propuestas de los Comités Locales de Salud y Gobierno Municipal.

ESTRUCTURA SOCIAL	FUNCIONES
<p><u>Comité Local de Salud</u></p> <p>El Comité Local de Salud es una directiva, una representación orgánica de un conjunto de comunidades ante el servicio de salud (personal del Centro y Puesto), corresponsable de implementar la gestión compartida en salud y de impulsar la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones en las acciones de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el fortalecimiento de las organizaciones sociales, productivas y comunitarias para su participación social en las instancias de salud, mediante su articulación al Mecanismo de Control Social para la rendición de cuentas en el MAVVS. Moviliza a las comunidades para la planificación intersectorial (POA) que benefician al desarrollo de la salud en corresponsabilidad con el equipo de salud. Genera e implementa espacios colectivos de planificación de las comunidades de acuerdo a sus usos y costumbres. • Realiza el seguimiento del cumplimiento del POA y la Estrategia de Salud. • Moviliza a la comunidad para la realización del seguimiento de las actividades de salud, prestación de servicios en el MAVVS, en corresponsabilidad con el equipo de salud. • Vigila la calidad de atención que brinda el equipo de salud desde la percepción de la usuaría, que contemple un enfoque intercultural, de género, generacional, integral e intersectorial. • Resuelve los problemas internos de la comunidad en cuanto a salud. • Representa a la comunidad en el Consejo Social Municipal. • Comité Local de Salud mantiene una relación estrecha con el equipo de salud para mejorar la salud.
<p><u>Autoridad Local de Salud</u></p> <p>Es una de las autoridades de la misma comunidad, que está encargada de los temas y de los asuntos de salud. Es elegida de acuerdo a los usos y costumbres. Esta autoridad es legítima, al ser elegida por su comunidad, barrio, tenta, ayllu, marka, capitania, jatas y otras comunidades u organizaciones territoriales existentes en las regiones del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve la participación de la comunidad en la identificación de demandas, necesidades y posibles soluciones, para tomar decisiones conjuntas. • Vigila el cumplimiento de los proyectos priorizados, respetando las decisiones tomadas en la comunidad. Informa al servicio de salud acerca de los casos de violencia, nacimientos, muertes y enfermedades. • Comunica a la comunidad en sus reuniones los informes y resultados de los CAIs comunales.

COMPONENTE III

PROTOCOLO ESPECÍFICO DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

1. OBJETIVO

Brindar atención clínica a mujeres, adolescentes, niñas, niños, infantes, víctimas de violencia sexual, considerándose como **una emergencia médica**, ya que existen períodos fundamentales dentro del proceso de la atención que permiten prevenir consecuencias y curar a la víctima. El proceso de la atención se divide en 2 períodos fundamentales: el primero considerado dentro de las primeras 72 horas y otro posterior a las 72 horas. En cada uno de estos períodos las/os proveedoras/es de servicios de salud deben ofertar lo siguiente:

Dentro de las 72 horas:

- a. Atención a la víctima de violencia sexual y tratamiento de los traumatismos extragenitales, paragenitales y genitales.
- b. Contención emocional.
- c. Recolección de evidencia médico legal sin necesidad de requerimiento judicial.
- d. Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa).
- e. Prevención de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis B.
- f. Anticoncepción de Emergencia.

2. ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

En general, para ambos períodos, la atención debe estar basada en principios fundamentales como son la oportunidad, la empatía, confidencialidad, respeto a los derechos y dignidad de las víctimas de violencia sexual.

Pasos generales de la atención

La/el proveedora/or de salud encargado de brindar atención a las víctimas de violación debe realizar los siguientes pasos:

2.1. Recepción

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre de la víctima.
- Llevarla al área destinada para la atención de estos casos para hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial. No deberá permanecer en el área pública.
- La actitud de los profesionales de salud debe ser atenta, creer el relato, aceptar las decisiones y dudas así como respetar los silencios y reservas de la víctima.
- Informar a la víctima sobre los procedimientos a realizar y sus derechos considerando su estado emocional y evitando la revictimización.
- Si la víctima está acompañada, preguntar si ella desea hablar en privado o con la participación de la persona acompañante.
- Si se trata de una adolescente, preguntar si desea hablar a solas o si desea contar con la presencia de alguna persona.
- Preguntar e indagar sobre los miedos y temores de la víctima, sobre su situación actual y escuchar atentamente sus necesidades.

2.2. Atención clínica: valoración de la situación física, psicológica y social

- Explicar a la víctima las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas.
- Indicarle que no debe lavarse ni cambiarse de ropa antes de la exploración.
- No deberá orinar antes de tomarle las muestras.
- Prestar apoyo y acompañamiento durante todo el examen clínico, proporcionando un ambiente relajado y respetando su intimidad.
- En caso de menores de 18 años, el personal de enfermería conducirá a la víctima a un espacio seguro y privado, además se recomienda separar a la víctima de la persona que la acompaña porque puede ser el responsable de la violación.

58

2.3. La exploración clínica

Los pasos que se deben considerar durante la exploración son:

- Identificarse como la persona que atenderá el procedimiento.
- Preguntar a la víctima qué necesita y ofrecerle ayuda. Transmitirle la convicción de que no será juzgada y que se encuentra entre personas que le brindarán todo el apoyo.
- Asegurar que en todo momento serán respetados todos sus derechos y su cultura.
- Dar a la víctima una atención diferenciada, distinguiendo adolescentes, jóvenes y personas con discapacidad.

- Asegurar que nadie decidirá por ella ni será presionada ni tampoco obligada a apresurarse en la toma de sus decisiones, que tiene tiempo para tranquilizarse.

2.4. Historia clínica

- La historia clínica es un instrumento médico legal y por este motivo debe contar con toda la información en caso de que la víctima decida iniciar acciones penales.
- La/el médica/o actuarán en presencia de una enfermera de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas.
- Explicar la utilidad de las actuaciones que se van a realizar y permitir a la víctima participar en la toma de decisiones, invitándola a preguntar lo que crea oportuno, asegurándose siempre que comprenda las explicaciones.

2.5. Anamnesis

Debe registrarse claramente lo siguiente:

- Fecha y hora de examen.
- Nombre del profesional que realiza el examen clínico.
- Datos generales: nombre, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, actividad, domicilio y pertenencia cultural.
- La anamnesis clínica debe ser complementada con antecedentes médico quirúrgicos y ginecológicos importantes: inicio de la menarquía, fecha de la última menstruación, hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, momento de la última relación sexual voluntaria, posibles enfermedades de transmisión sexual, alergias o tratamientos médicos, uso de métodos

anticonceptivos, antecedentes de partos, abortos, embarazo actual y si existió algún tipo de abuso o violencia sexual anterior.

- Posible consumo de alcohol y drogas.
- Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan ulterior de tratamiento y seguimiento.
- Si se trata de una menor de edad se registrará el nombre del acompañante.
- Incluir relato abreviado de las características de la agresión o abuso. El personal de salud debe obtener información de la agresión sin entrar a calificarla jurídicamente:
 - Lugar, día y hora en que ocurrió el delito, consignando circunstancias relevantes.
 - ¿Relación con él o los agresores? (familiar, tipo de parentesco, etc.).
 - ¿Qué tipo de agresión sufrió?
 - ¿Cuántos agresores fueron o sólo uno?
 - ¿Durante el ataque sexual hubo penetración: vaginal, anal u oral?

Para evitar la revictimización, los datos anteriores deben ser solicitados por el personal de salud sólo en caso de que esa información no hubiera sido recopilada por otra persona.

2.6. Exploración clínica

Requisitos que se deben cumplir:

- El examen clínico es voluntario y debe solicitarse explícitamente la autorización a la víctima.

- Si la víctima es menor de 18 años o se trata de una persona con discapacidad mental, debe estar acompañada por un familiar o por una autoridad competente u otra persona de su preferencia y confianza.
- Realizar el examen clínico en presencia de otro personal de salud.
- Es necesario respetar el pudor de la víctima, por este motivo debe realizarse el examen clínico en un ambiente de privacidad.
- Es muy importante identificar lesiones extragenitales y paragenitales como hematomas, excoriaciones, arañazos y mordeduras, son de suma importancia para fines legales.
- Contar con personal de salud sensibilizado y con capacidades y experiencia clínicas necesarias.

2.7. Examen clínico general

- Establecer una buena relación médica/o - paciente.
- Informar a la víctima sobre los procedimientos a realizar.
- Verificar que cuenta con la ficha de Consentimiento firmada.
- En caso que la víctima se hubiera cambiado de ropa antes de acudir al establecimiento de salud, averiguar la localización de la misma y solicitar la entrega.
- Pedir a la víctima que se quite los zapatos y de pie se coloque al centro de una sabanilla desplegada en el suelo.
- Solicitar a la paciente que se desvista y se coloque una bata y/o camión de examen ginecológico.

- Colocar la ropa en bolsas de papel. Las bolsas deben ser rotuladas con el nombre de la víctima, del médica/o, lugar, fecha, hora y el contenido detallado.
- Se solicita que frote la región púbica con la ayuda de un peine para recolectar vellos que pertenezcan al victimador.
- La víctima pasa a la camilla de examen y se retira la sabanilla, se dobla con cuidado y se la embala en un sobre de papel, rotulado con nombre de la víctima, del médica/o, lugar, fecha, hora y el contenido detallado.
- Es conveniente realizar el examen en el siguiente orden: zonas extragenitales (cabeza, cuello, tórax); áreas paragenitales (abdomen, parte anterior de caderas, parte antero superior de los muslos, monte de venus y glúteos) y área genital (genitales externos, periné y región anorectal).
- Realizar examen físico general en busca de lesiones en las 3 áreas y realizar un traumagrama (diagrama de una figura desnuda donde se marca la ubicación de las lesiones visibles como equimosis, mordeduras, excoriaciones, laceraciones, quemaduras, etc.). En caso de contar con una máquina fotográfica tomar fotos de las lesiones.
- En el área paragenital es importante detectar la presencia de semen depositado por emisión directa o por roce.
- La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión:
 - Tiempo.
 - Descripción de la lesión.
 - Ubicación anatómica. Se suele dividir en cuadrantes.

- Forma.
 - Dimensiones y dirección.
 - Profundidad y planos que compromete.
 - Número de heridas.
 - Características de los bordes y vitalidad.
 - Descripción de su aspecto visualizado y categorizado.
 - Descripción del tamaño y forma de cada lesión.
- Instaurar tratamiento para atender las posibles lesiones (heridas, hematomas, contusiones etc.) y en caso de lesiones graves referir a una atención especializada.

2.8. Examen segmentario

Cabeza y cara:

- Observar la presencia de hematomas, excoriaciones, quemaduras y lesiones cortantes a nivel de piel y/o mucosas. Requiere especial observación las lesiones a nivel bucal (cara posterior de incisivos).
- Inspección de lesiones a nivel de cuello.

Tórax:

- Inspección de lesiones a nivel de mamas.
- Realizar examen de mamas, consignándose las lesiones en forma anatómica (por cuadrantes).

Abdomen:

- Inspección de lesiones traumáticas indicando la región anatómica.
- Se describirán patologías médicas o quirúrgicas, tumores, cicatrices, etc.
- Palpación: Para búsqueda y descripción de órganos y lesiones (estómago, vesícula, útero, etc.).
- En caso de sospecha de embarazo, por palpación de útero vía abdominal, debe ser descartado en lo posible a través de ultrasonido.

2.9. Examen ginecológico

En una mujer virgen, lo más común en su primera relación sexual es que el himen se desgare, provocando sangrado, generalmente escaso, con inflamación y tumefacción de la zona.

Tipos de himen:



Anular



Roto o penetrado



Septado



Cribriforme



Trilabial



Imperforado



Bilabiado



Denticular

Genitales externos:

Se realiza inspección de la región vulvar:

- Características del vello pubiano, labios mayores y menores, himen y carúnculas.
- Descripción de eventuales lesiones traumáticas en periné: clítoris y horquilla vulvar.
- Determinar la presencia de equimosis, excoriaciones, heridas cortantes y hematomas.
- Desgarros.
- Describir el himen o sus restos, consignar su forma, las características, sus bordes, lesiones traumáticas como erosiones y desgarros. Ubicar las lesiones según puntero del reloj (el himen es un órgano relevante en el examen ginecológico).



Técnica de exploración de himen:

Se sigue la misma técnica utilizada en la práctica del examen ginecológico convencional:

- Con guantes de látex tomar 2 gasas quirúrgicas.
- Luego realizar la separación labial, que consiste en ejercer una ligera tracción de ambos labios mayores hacia fuera y hacia arriba, maniobra llamada “de riendas” hasta que el área del himen quede claramente visible.
- Otra maniobra efectiva es solicitar a la víctima que puje, para que se abombe la membrana himeneal y se pueda observar la zona de implantación y el borde libre del himen.
- Una vez expuesto el himen, se evalúa la forma, integridad y elasticidad.
- Estado del himen:
 - Íntegro.
 - Desgarrado.
 - Reducido a carúnculas mirtiformes.



Genitales internos:

- Exploración de vagina y cuello uterino mediante espéculo húmedo por personal calificado.
- En la víctima con vida sexual activa, deberá realizarse espéculoscopia, examinando las paredes vaginales, describiendo las lesiones traumáticas, erosiones, hematomas, excoriaciones y desgarros.
- Exploración de útero y anexos, a individualizar según el caso.
- Realizar tacto bimanual, para determinar las características del útero y anexos.
- En caso que se encuentre útero aumentado de tamaño, solicitar ultrasonografía para descartar embarazo, de lo contrario, se medirá el tamaño uterino y las características. El tacto bimanual se realizará después de tomar la muestra para laboratorio.

Inspección de la región genito-anal:

- Para la exploración, la persona debe colocarse en “posición de plegaria Mahometana” o genupectoral. La intensidad de las lesiones dependerá de la desproporción del volumen entre las partes anatómicas, por lo que en un niño suelen ser más intensas.
- Posición de litotomía o ginecológica que es la más usada en mujeres. En lactantes y niñas (impúberes) no se recomienda el uso de los estribos de la camilla ginecológica.
- Posición de rana recomendable en niñas pequeñas. Se solicita y ayuda a la niña para que separe las rodillas hacia fuera, uniendo los talones de manera simultánea.

- En algunos casos, es conveniente valorar a las niñas en el “regazo de su madre o acompañante” porque se sienten confortables y más tranquilas.
- La posición genupectoral es generalmente utilizada para el examen de la región genital y anal, consiste en que el paciente se arrodilla flexionando su cuerpo y apoyándose sobre los antebrazos, elevando la región glútea (sólo en caso muy necesario ya que no es la más recomendable, porque hace sentir a la víctima muy vulnerable).

3. CONTENCIÓN EMOCIONAL

Implica una ayuda inmediata para encarar el suceso de la agresión sexual y es dada por los/las proveedores/as de servicios que tengan el primer contacto con la víctima: policías, abogados, fiscales, enfermeras, médicos, psicólogos, etc., dentro de las 72 horas del hecho. Usualmente, toma sólo una sesión y se realiza de acuerdo a los siguientes pasos:

Hacer contacto psicológico (empatía):

- **Proporcionar apoyo.** Consiste en la comprensión empática de la situación existencial de la víctima y de su estado emocional, transmitir una respuesta comprensiva. Supone la aceptación incondicional de su relato sin emitir juicios de valor, respetándola por encima de su comportamiento aunque no se consideren válidos o correctos.
- **Escucha activa.** Consiste en escuchar y poner atención plena a todo lo que la víctima trata de expresar y decir, sin interrumpir, respetando sus ideas y sus silencios. Significa observar con atención su aspecto físico y sus gestos, su tono de voz y sus signos de nerviosismo, sus manifestaciones de dolor o preocupación, asumiendo una actitud confiable, comprensiva e interesada.
- **Examinar las dimensiones del problema.** Consiste en reducir el riesgo de muerte y estimar las repercusiones de la violencia sexual en los siguientes temas:

- **Pasado inmediato:** remitirse a los sucesos de violencia sexual que culminan en el estado de crisis. Averiguar si hubo agresiones anteriores y búsquedas de ayuda, etc.
- **Presente:** indagar acerca del “quién, qué, dónde, cuándo y cómo”; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc.
- **Futuro:** enfocarse hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia para enfrentar los problemas.
- **Ordenamiento del grado de necesidades:** jerarquizar los problemas que deben tratarse inmediatamente por encima de los problemas que pueden posponerse.

4. RECOJO DE EVIDENCIAS MÉDICO LEGALES SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTO JUDICIAL (LEY N° 348)

4.1. Toma de muestras y recolección de evidencias biológicas en víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales

Las agresiones sexuales, por ser un tipo de delito en el que se requiere información muy particular, tanto de los hechos como de la víctima, y una colección de muestras muy estandarizada, justifica la realización de este documento donde se detalla la información requerida como las muestras que son imprescindibles para llevar a cabo una investigación adecuada sobre este tipo de agresión a través del análisis de ADN.

4.2. Documentación requerida

Para poder realizar una selección adecuada de las muestras que se deben analizar y poder valorar los resultados del análisis (que suele ser bastante complejo en este tipo de casos) es imprescindible contar con una serie de datos sobre los hechos y la víctima, para lo cual es necesario que el médico obtenga esa información que debe remitir junto con las muestras, llenando un acta con los siguientes datos:

- Un listado de las muestras de referencia y de los indicios biológicos remitidos, donde deben especificarse lo siguiente:
 - Número de referencia de la muestra.
 - Tipo de muestra (sangre, saliva, pelos).
 - Nombre de la persona a la que se realiza la toma.
 - Relación con el caso (víctima, sospechoso).
 - Recoger los datos del servicio donde fue atendida.
 - Datos generales de la víctima (Nombre y apellido, edad, domicilio, etc.).
 - Lugar, fecha y hora de la toma de muestra.
 - Nombre y firma de la persona que toma la muestra.

- Los datos de la Cadena de Custodia:

En todos los formularios debe aparecer un apartado dedicado a la cadena de custodia donde debe constar:

- Servicio de salud y dirección.
 - Nombre o identificación y firma de la/s persona/s responsables del recojo de muestra.
 - Lugar, fecha y hora del recojo.
 - Condiciones de almacenaje de las muestras hasta su envío al laboratorio.
- Respetar la Cadena de Custodia:

- Marcar (rotular: quién tomó, a quién se tomó, cuándo se tomó, de dónde se tomó) y embalar bien las muestras.
- Elaborar el “Acta de Toma de Muestra” y firmar conjuntamente con la víctima, 2 testigos y autoridad local (Fiscal o Policía o Autoridad Comunitaria).
- Envío de las muestras al Instituto de Investigaciones Forenses.

Para cada toma de muestra el personal debe:

- Usar barbijo y gorro.
- Usar guantes de látex y cambiarlos para cada toma.
- Evitar que las muestras toquen objetos no estériles.

4.3. Colección de indicios biológicos en el cuerpo de la víctima

- **Manchas de sangre, semen u otros fluidos biológicos.** Se debe recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada. Limpiar toda el área presionando suavemente y si es posible con un sólo hisopo.
- **Saliva en marcas de mordeduras.** Este tipo de evidencias generalmente no son muy apreciadas por una mayoría de forenses encargados de coleccionar evidencias, una vez que se ha localizado esta región se deberá recoger la mancha con un hisopo estéril ligeramente mojado con agua destilada, limpiando de forma circular la marca dejada por los dientes y toda el área interior que delimita.
- **Uñas.** Para tomar este tipo de evidencias es muy importante examinar las manos y uñas de la víctima, recogiendo con una pinza los pelos o fibras que puedan existir y, posteriormente, cortar el

borde superior de las uñas para analizar en el laboratorio la posible presencia de restos de sangre y piel.

- **Pelos dubitados.** Deben ser recogidos con unas pinzas con punta protegida de polietileno, colocando cada pelo o grupo de pelos (10) en un papel pequeño blanco, que será doblado con cuidado e introducido en una bolsa de papel y su posterior remisión al laboratorio.

4.4. Recojo de indicios biológicos

La selección de indicios biológicos, se realizará teniendo en cuenta los antecedentes y datos aportados por la víctima. En este tipo de tomas, es fundamental numerar y guardar los hisopos individualmente, para comenzar los análisis desde el primero que fue recogido.

4.5. Recojo de muestras

Muestras indubitadas en personas vivas:

- a. Sangre:** Es la muestra indubitada clásica utilizada para la obtención de ADN y se puede obtener por:
 - **Punción venosa.** Muestra de 10 ml de sangre que deben introducirse en un tubo que contenga un anticoagulante tipo EDTA. Si se requiere sangre para la realización de otro tipo de análisis (toxicológico, serológico) deberán recogerse muestras adicionales de sangre.
 - **Punción dactilar.** Con una aguja o lanceta quirúrgica nueva, se pincha la cara anterior de algún dedo de la mano y las gotas de sangre se depositan sobre un papel secante. Lo normal es depositar de 3 a 4 gotas de sangre y dejarlas secar a temperatura ambiente en un lugar protegido.

- En la actualidad, existen kits estandarizados para este tipo de tomas, entre éstos, se destacan las tarjetas de papel FTA, material especialmente tratado en el que se seca la sangre, se lisan las células y se extraen sus componentes, quedando fijado exclusivamente el ADN. Estas tarjetas poseen la ventaja de su fácil transporte y conservación.
- b. Células epiteliales bucales (saliva).** Se obtienen frotando la parte interna de los carrillos con hisopos estériles en seco. Se realizan 2 tomas: con un hisopo se frota la cara interna del carrillo derecho y con el otro la cara interna del carrillo izquierdo. Los hisopos, correctamente identificados, deben dejarse secar a temperatura ambiente en un lugar protegido.
- c. Pelos.** Siempre y cuando estos sean arrancados de su implantación ya sea del cuero cabelludo, de la región púbica o de la piel.

La recolección de evidencias por el personal médico tiene la siguiente secuencia:

1. Existe la necesidad de haber establecido una buena relación médico – paciente.
2. La víctima debe ser informada de las actuaciones y tener la seguridad de estar siendo valorada por buenos profesionales.
3. La víctima pasará al consultorio para la exploración detrás de un biombo de aislamiento visual, preservando su intimidad.
4. En caso de que la víctima, se haya cambiado total o parcialmente de ropa, entonces es el momento de obtener la información de la localización posible y solicitud inmediata de éstas.
5. Se despliega una sabanilla previamente plegada en el suelo (aproximadamente 1m²). La víctima se quita los zapatos y se coloca sobre la sabanilla desplegada.

6. Se le entrega una bata de exploración ginecológica a la víctima y posteriormente se colectará la ropa colocándolas en bolsas de papel y posterior remisión al laboratorio. Es importante que esta ropa sea secada al ambiente.
7. La víctima permanecerá de pie sobre la sabanilla y se solicitará el frote de la región púbica para colectar posibles vellos que pertenezcan al victimador (o peinado púbico).
8. Posteriormente la víctima pasa a la camilla y se retira la sabanilla blanca para luego embalar, teniendo cuidado de no perder posibles evidencias que quedaron sobre ésta.
9. La ropa debe introducirse en una bolsa de papel rotulado.
10. Se realizará el examen físico de lesiones para pasar posteriormente a la mesa donde adoptará la posición ginecológica para la respectiva exploración.
11. De forma previa a la exploración sobre la región genital deben prepararse los medios de visualización (colposcopio o fuente de luz dirigible) o captación de imagen, esquemas corporales de referencia a la región genital, instrumentos y materiales para la toma de muestras y finalmente las etiquetas de identificación de la muestra.

Importante: Nunca debe utilizarse instrumental potencialmente lesivo sin antes haber comprobado penetración carnal, ya que la introducción de algunos instrumentos de exploración puede ocasionar traumatismos o microtraumatismos que pueden alterar el resultado de la exploración.

12. Se continúa la revisión del periné a simple vista o con la ayuda de medios de aumento como el colposcopio o la lupa con iluminador circular.

13. Se buscará los puntos de tránsito, que serán la horquilla posterior, la fosita navicular y la comisura posterior. Así también la visualización del introito vulvar y evaluación del estado del himen como de carúnculas mirtiformes o restos himeneales.
14. Con 2 hisopos secos frotar en forma secuencial las paredes internas de los labios menores, labios mayores y el vestíbulo.
15. Se continua con la toma de muestras intravaginales, la segunda toma se realiza a ciegas al interior de la vagina, posteriormente se colocará el espéculo (transparente).
16. Con 2 hisopos secos se toman muestras del fondo de saco posterior.
17. Se coleccionará muestra del orificio endocervical, para la cual se debe manipular el espéculo dentro la vagina para centralizar el cuello uterino. En muchas ocasiones, el orificio endocervical puede ser el único lugar donde encontramos espermatozoides.

Nota: En este punto es posible compatibilizar una valoración no sólo de lesiones traumáticas sino también de posibles hallazgos específicos, entre los cuales están los signos de ITS.

18. La valoración de los hallazgos debe ser sistematizada de la siguiente forma y en cada lesión:
 - Localización anatómica: se suele utilizar una división en cuadrantes u horaria.
 - Descripción de su aspecto visualizado y categorización.
 - Descripción del tamaño y forma de cada lesión.
 - Evaluación de la posible data.
 - Aproximación a una posible etiología.

19. Forma de empaque. Todas estas muestras deben ser empacadas en su individualidad y luego en su conjunto, todas en sobres, cajas de papel, tubos y frascos de vidrio. No se debe usar material plástico porque descompone las muestras.

5. PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE (B-HCG CUALITATIVA Y EN LO POSIBLE CUANTITATIVA)

6. PREVENCIÓN DE ITS, VIH/SIDA Y HEPATITIS B

El riesgo de contraer la infección depende del tipo de lesión traumática producida por la agresión. El uso precoz, la rigurosidad en el tratamiento y el tiempo adecuado de utilización dan mayor eficacia de los antirretrovirales en la profilaxis del VIH. Se debe suministrar los medicamentos entre las 2 y las 72 horas luego de la exposición, por un periodo de 4 semanas.

Cuadro N° 4

INFECCIONES NO VIRALES DE TRANSMISIÓN SEXUAL				
Esquema para prevención de ITS para mujeres adultas y adolescentes no gestantes				
ITS	Genérico	Presentación	Dosis	Vía de administración
Sífilis	Penicilina Benzatínica	2.4 millones UI	Única	IM
Tricomonas	Metronidazol	Cápsulas de 500 mg, cuatro tabletas juntas 2 g	Única	VO
Gonorrea	Ciprofloxacina	Cápsulas de 500mg	Única	VO
Gonorrea/ Clamidea	Azitromizina	Cápsulas 1g	Única	VO
Clamidea	Doxiciclina	Cápsulas de 100 mg	Una cápsula cada 12 hrs. por 7 días	VO

Información que debe tener la víctima de violencia sexual como un derecho humano:

- Informe sobre la transmisión del VIH.
- Brinde tratamiento profiláctico (si cuenta con antiretrovirales) en caso que no cuente referir al programa de ITS-VIH/SIDA.
- Cite a su control.

Cuadro N° 5

PREVENCIÓN DE VIH/SIDA			
Antiretroviral	Presentación	Dosis	Vía de administración
Tenofovir (TDF) Efavirenz (EFV) Lamivudina (3TC)	Frasco por 30 comprimidos	300 mg 600 mg 300 mg Viene en 1 solo comprimido-TEL-	V0

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. (2014). *Guía de Terapia Antiretroviral en Adultos*. Pub. 351.

Cuadro N° 6

PREVENCIÓN DE HEPATITIS B, CON INMUNOGLOBULINA DE HEPATITIS B (VACUNA HBIG)	
Niñas y niños hasta 10 años de edad	0,25 ml (2,5 mcg)
Adolescentes 11 a 19 años de edad	0,5 ml (5 mcg)
Adultos mayores 20 años de edad	ml (10 mcg)

7. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Cuadro N° 7

Fórmula	Nombre comercial	Número de píldoras, primera dosis	Número de píldoras 12 horas más tarde
Levonorgestrel 1,5 mg	Norlevo Escapel Glanique	1	-----
Levonorgestrel 0,75 mg	Postinor 2	1	1
Combinados de dosis baja, 0,15 mg de Levonorgestrel y Norgestrel 50mcg (0,50 mg) Norgestrel mas 0,50 mg y Etilnil Estradiol 0,30 mg	Nordette	4	4
	Microgynon 30, Rigevidon	4	4
	Marvelon®		
	Mercilon®		
	Lo/Femenal, Ovral L, Gynera®		
Combinados, Levonorgestrel 0,25 mg y Etilnil Estradiol 0,50 mg	Ovidon, Ovran y Neogynon, Nordiol, Noral	2	2

78

Después de las 72 horas:

- Tratamiento de ITS de acuerdo al diagnóstico sindromático.
- Laboratorio de VIH/SIDA para confirmar transmisión (seguimiento hasta el año). En caso que no cuenten con los retrovirales deben enviar al Programa de ITS-VIH/SIDA, prueba de VIH, previo consentimiento informado, pre y post orientación.
- Tratamiento antirretroviral profiláctico (de acuerdo a normas del programa nacional de ITS-VIH/SIDA).
- Prueba de embarazo en sangre (B-HGC cualitativa y en lo posible cuantitativa).
- Tratamiento del estrés post traumático.

- f. Recolección de evidencia médico legal.
- g. Interrupción legal del Embarazo a sola presentación de una copia de la denuncia hecha a la Policía (FELCV) o de la Fiscalía.

En general, para ambos períodos, la atención debe estar basada en principios fundamentales como son la oportunidad, la empatía, confidencialidad, respeto a los derechos y dignidad de las víctimas de violencia sexual.

8. TRATAMIENTO DE ITS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO SINDROMÁTICO

Las ITS pueden ser manejadas de acuerdo a los siguientes síndromes:

- Ulceras genitales.
- Flujo vaginal (vaginosis).
- Enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer (EIP) y epididimitis en el hombre.
- Infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es importante por su relación con el cáncer de cuello uterino.

Manejo sindromático de las ITS

- El enfoque sindromático del diagnóstico y tratamiento de las ITS es de gran utilidad, cuando las unidades de atención médica no cuentan con laboratorios y personal capacitado.
- La detección de los síndromes (grupo de signos y síntomas de fácil reconocimiento asociados con agentes etiológicos bien definidos).
- El tratamiento simultáneo para la mayoría de los agentes causales de los síndromes.

Ventajas del tratamiento sindromático de las ITS

- Orientado al problema (trata los síntomas del paciente).
- Existe una alta sensibilidad en el diagnóstico de la infección en pacientes sintomáticos.
- No pasa por alto las infecciones mixtas.
- Permite iniciar el tratamiento en la primera visita.
- Brinda la oportunidad y tiempo para la educación del paciente.
- Evita exámenes de laboratorio costosos.
- Evita el regreso innecesario por los resultados de los exámenes.
- Reduce el número de interconsultas.

80

Cuadro N° 8

SÍNDROME	TRATAMIENTO
Úlceras genitales El tratamiento de las lesiones ulcerativas de genitales, orientado a cubrir T. Pallidum y H. Ducreyii	Ciprofloxacina 500 mg VO, 2 veces al día por 7 días y Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI IM en una sola dosis Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días, o por Tetraciclina 500 mg cada 6 horas por 14 días y Ceftriaxona 250 mg IM, dosis única En mujeres embarazadas, Eritromicina base 500 mg VO, cada 6 horas por un mínimo de 3 semanas

SÍNDROME	TRATAMIENTO
<p>Flujo uretral, cervicitis purulenta</p> <p>Para tratar la secreción uretral y la cervicitis mucopurulenta, el manejo está orientado a cubrir <i>N. Gonorrhoeae</i> y <i>C. Trachomatis</i></p>	<p>Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única y Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días</p>

8.1 Laboratorio de VIH/SIDA para confirmar transmisivo (seguimiento hasta el año)

Laboratorio de VIH/SIDA para confirmar estado serológico, prueba rápida y repetirse a los 3 y 12 meses.

Diagnóstico de VIH

Se considera diagnóstico VIH positivo a toda persona que tenga resultado positivo a pruebas laboratoriales que determinen la presencia de anticuerpos anti VIH o antígenos propios del virus, de acuerdo al algoritmo vigente en el país. Toda persona que accede o demanda pruebas laboratoriales para el diagnóstico de VIH, necesariamente debe brindársele orientación pre y post prueba, además de obtenerse el consentimiento informado.

Determinación del estado inmunológico de una persona infectada por VIH

La evaluación inmunológica (recuento de CD4) constituye la forma ideal para determinar el estado inmunológico. La realización de un recuento basal de células CD4 permite orientar la decisión acerca del momento de inicio de la terapia y es esencial para el monitoreo del TARV. En el cuadro 3, se resumen los criterios inmunológicos para el inicio del TARV.

Cuadro N° 9

CRITERIOS DE CD4 PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO EN ADULTOS Y ADOLESCENTES	
Recomendación de tratamiento	(células/mm³)^a
Iniciar el tratamiento de primera línea para evitar que el recuento de CD4 disminuya a menos de 200 células/mm ³ c, d, se sugiere que la adherencia sea evaluada de acuerdo al protocolo correspondiente.	350 - 500
Evaluar cuadro clínico y adherencia e iniciar tratamiento de primera línea si se comprueba que el paciente tiene buena adherencia e.	> 500

1. El recuento de células CD4 deberá medirse después de la estabilización de cualquier condición intercurrente de infección oportunista.
2. El recuento de células CD4 no suplanta la evaluación clínica y, en consecuencia, debe utilizarse en combinación con la determinación del estadio clínico.
3. Una disminución en el recuento de células CD4 por debajo de 200 células/mm³ se asocia a un significativo incremento de infecciones oportunistas y muerte.
4. Se recomienda el inicio del TARV para todos los pacientes en estadio clínico 4, establecido por la OMS y algunas condiciones del estadio clínico 3 de la OMS, como pérdida de peso inexplicable, diarrea crónica de causa desconocida > 1 mes y anemia, neutropenia o plaquetopenia grave sin explicación.
5. La evaluación de adherencia debe ser realizada por el consejero psicólogo del servicio.

8.2 Tratamiento de VIH/SIDA (de acuerdo a normas)

8.3 Prueba de embarazo en sangre (B-HGC cualitativa y en lo posible cuantitativa)

8.4 Tratamiento del estrés post traumático

Consiste en brindar apoyo psicológico y social al núcleo familiar o allegados, para que a su vez puedan brindarle a la víctima atención y apoyo necesarios, de esta manera, coadyuvar a su salud. Acompañarla en todos y cada uno de los pasos del proceso jurídico penal: desde la denuncia, la etapa de investigación, en la preparación del juicio, en el juicio oral, en la sentencia; y en el seguimiento y culminación de la terapia, siempre en coordinación fluida con cada una de las áreas de salud, legal, social, etc.

8.5 Recolección de evidencia médico legal sin necesidad de requerimiento judicial

En muchos casos, se pierde la evidencia médico-legal, aunque algunas pueden perdurar por años (por ejemplo lesiones, cicatrices). El certificado médico y las pruebas serán homologadas por el médico forense.

8.6 Interrupción legal y segura del embarazo en el marco de la Sentencia Constitucional N ° 0206/2014

A sola presentación de la copia de la denuncia a la Policía o Fiscalía, se debe realizar la interrupción legal y segura del embarazo. El Protocolo se desarrolla a continuación.

COMPONENTE IV

PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

1. INTRODUCCIÓN

Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros. Casi todos los abortos inseguros (98%) se dan en países en vías de desarrollo. La cantidad de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en el 2003 a 22 millones en el 2008, pese a que la tasa global de abortos inseguros no se ha modificado desde el año 2000.

- Aproximadamente 47.000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro.
- Cada año, se estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres. De ellas, el 59% (o 123 millones) tiene un embarazo planificado (o deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41% restante (85 millones) de los embarazos no es deseado.
- Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años el 1995 a 134 embarazos por cada 1000 mujeres el 2008.
- Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído de 91 y 69 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995; y de 79 y 55 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años el 2008.

- La tasa de abortos inducidos se redujo de 35 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años el 1995 a 26 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años el 2008. Esta disminución es producto, principalmente, de la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde el 2000, con alrededor de 14 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.
- Se estimó que la cantidad absoluta de abortos inseguros fue de aproximadamente 20 millones el 2003 y de 22 millones el 2008. La proporción de todos los abortos inseguros aumentó de 44% el 1995 y 47% el 2003 al 49% el 2008.
- Casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado.

2. PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Los protocolos de atención se entienden como un conjunto de recomendaciones que identifican claramente algunas de las patologías que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer y que pueden motivar la interrupción legal del embarazo, que determina los procedimientos que se deben seguir y que define los procesos técnicos y administrativos para acceder a la interrupción del embarazo.

Los servicios de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) pueden ser brindados por los 3 niveles de atención, con la salvedad que los servicios de primer nivel pueden ofrecer este servicio hasta el primer trimestre del embarazo, luego deberán realizar la derivación efectiva a otros servicios de mayor complejidad, cuando se traten de embarazos del segundo trimestre. Los servicios de primer nivel pueden realizar la ILE tanto con medicamentos o con aspiración manual endouterina, tomando en cuenta las características de infraestructura y personal capacitado.

Los hospitales de 2do y 3er nivel deben estar preparados para resolver los casos derivados de otros centros, sus complicaciones y además prestar servicios de interrupción legal del embarazo a víctimas de violación hasta las 22 semanas de embarazo con medicamentos, aspiración manual endouterina y Legrado Instrumental (LUI).

Los servicios de salud donde se deben realizar los procedimientos médicos o quirúrgicos para la interrupción legal del embarazo deberán brindar asistencia a sola presentación de la copia de la denuncia en la Fiscalía o la Policía y Autoridades Originarias Competentes, sin ningún otro requisito o justificación alguna, en los casos en los que el embarazo sea producto de un delito de violación, estupro o incesto.

Estos protocolos elaborados por el Ministerio de Salud dan respuesta al Dictamen en la Sentencia Constitucional N° 0206/2014 en cuanto a la interrupción legal del embarazo, cuando la mujer haya sido víctima del delito de violación, estupro o incesto a sola presentación de la copia de la denuncia y cuando su salud o su vida corran peligro para ella con solamente el diagnóstico médico.

Asesoría

Uno de los componentes más importantes para que un servicio de interrupción legal del embarazo aborto sea de calidad es brindar información veraz, fácil de entender, en un lenguaje sencillo y que responda a las necesidades de la víctima.

Atención previa a la interrupción legal del embarazo

Se debe brindar a la víctima información completa, precisa y de fácil comprensión sobre el procedimiento, explicar la ficha de consentimiento informado y recabar su autorización en caso que la usuaria sea menor de edad o discapacitada, además de presentar la copia de la denuncia deberá estar acompañada por su padre, madre o tutor legal, o en su defecto por la autoridad competente.

Manejo clínico de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

Existen varias formas mediante las cuales se puede realizar la interrupción de la gestación producto de la violencia sexual y cuando corre riesgo la salud o vida de la mujer.

Los siguientes métodos son los recomendados para el aborto durante el primer trimestre.

Métodos Farmacológicos:

- Prostaglandinas.

Métodos Quirúrgicos:

- Aspiración Manual Endouterina (AMEU).
- Dilatación y Legrado (D&L).

3. MANEJO CLÍNICO DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Procedimientos

Para llevar a cabo cualquier método elegido la/el proveedora/or debe:

- Realizar la historia clínica completa.
- Examen físico completo.
- El examen ginecológico es necesario para identificar los signos de embarazo y el aumento del tamaño uterino, que permita determinar la edad gestacional.
- Establecer la presencia de embarazo empleando ecografía, en caso de que el servicio de salud cuente con el equipamiento suficiente.

- Realizar un diagnóstico temprano de la edad gestacional que es de vital importancia para la elección del método y minimizar el riesgo de complicaciones. Recordar que mientras más avanzada es la edad gestacional existe mayor riesgo de complicaciones.
- Confirmar que el embarazo sea intrauterino. Realizar test de embarazo en sangre o en orina.
- Realizar hemograma completo y determinación del grupo sanguíneo.
- En los servicios donde se cuente con un ecógrafo, realizar ecografía para determinar la edad gestacional, o establecer otro tipo de diagnósticos como embarazo molar, huevo muerto retenido, huevo anembrionado y sobre todo un embarazo ectópico mayor a 6 semanas.
- Utilizar de rutina profilaxis antibiótica para evitar riesgos de infección post procedimiento.
- Utilizar la vacuna anti Rh negativo, en caso de mujeres con grupo sanguíneo con factor negativo. Esta vacuna debe ser utilizada durante el procedimiento quirúrgico o durante el uso de la medicación del aborto con medicamentos (OPS, 2003).
- Realizar valoración para elegir el método de manejo del dolor para los procedimientos quirúrgicos como la AMEU o LUI. Este manejo puede ser con anestesia general o local, más el manejo conductual del dolor. En caso de utilizar el bloqueo paracervical es aconsejable utilizar premedicación antes del procedimiento que coadyuve en un buen manejo del dolor, sin embargo, dependiendo del caso se puede también utilizar anestesia general. En caso del LUI utilizar anestesia general.
- Realizar el método elegido para la evacuación con la salvedad de que en caso de Interrupción Legal del Embarazo se debe

realizar dilatación del cuello uterino por métodos farmacológicos y mecánicos (Ver: Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo del Ministerio de Salud).

- Informar sobre la anticoncepción post aborto.
- Dar cita de control.

4. MISOPROSTOL

El Misoprostol se halla presente en casi todas las células del organismo. Es un ácido graso monocarboxílico insaturado de 20 carbonos, deriva del ácido araquidónico y está formado por 2 cadenas y un anillo de 5 carbonos. El Misoprostol, un análogo sintético de la PGE1, está constituido por partes equivalentes de 2 isómeros en equilibrio.

Aborto (primer y segundo trimestre)

Indicaciones

- En todos los casos en los que se requiera la interrupción segura del embarazo, sea en el primer o en el segundo trimestre de la gestación (embarazo intrauterino).
- Para la preparación y dilatación del cuello antes de un aborto quirúrgico.

Contraindicaciones

- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatías o tratamiento actual con anticoagulantes.
- Alergia a las prostaglandinas.

- Insuficiencia renal crónica.
- Disfunciones hepáticas severas.
- DIU (retirar antes del procedimiento).

Condiciones

- Establecer buena comunicación entre la mujer embarazada y el equipo de salud, a fin de garantizar que haya total comprensión sobre el procedimiento y un adecuado contacto de seguimiento.
- Debe estar disponible un servicio de aborto quirúrgico en una unidad de emergencia, para el caso de una complicación o falla del método.

Dosis y vías de administración

En embarazos de hasta 12 semanas, utilizar alguna de estas opciones en orden de preferencia:

- Misoprostol vaginal 800 mcg En caso de no haber respuesta, repetir la dosis cada 6 horas, hasta completar 3 dosis. Se recomienda humedecer las tabletas con 1cc de agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la concentración sanguínea de las mismas y su colocación en el fondo del sacro.
- Misoprostol sublingual, 800 mcg, cada 4 horas hasta completar 3 dosis. Colocar 2 tabletas a cada lado, debajo de la lengua durante 30 minutos. Deglutir lo que resta.

En embarazos de 13 a 15 semanas:

- Dosis inicial, 400 mcg (2 Tabletas) por vía vaginal. Repetir igual dosis si no hay respuesta a las 6 o 12 horas. Si persiste la falta de respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetirla 12 horas después.

En embarazos de 16 a 20 semanas:

- Dosis inicial de 200 mcg por vía vaginal, repetir igual dosis si no ha habido respuesta a las 6 o 12 horas. Si no hay respuesta a las 24 horas duplicar la dosis inicial y repetirla 12 horas después.

Tiempo hasta conseguir el efecto:

En la mayor parte de los casos, la expulsión del feto y la placenta ocurre dentro de las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72.

Efectos secundarios:

- Sangrado vaginal y cólicos. El sangrado debe ser en poca cantidad concordante con la edad gestacional.
- Los cólicos se resuelven con la administración de analgésicos no opiáceos o antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno).
- Náuseas, vómitos y diarrea se presentan menos del 10% de los casos; por lo general, desaparecen espontáneamente después de algunas horas.
- Fiebre con o sin escalofríos, cefalea o mareos. No requieren intervención, dado que se autolimitan en las primeras 12 horas.

Admisión

- En todos los casos, especialmente en la interrupción del embarazo de 10 semanas o más, es imprescindible que la paciente permanezca en el hospital hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.
- Hasta las 9 semanas de embarazo, el tratamiento puede ser usado sin requerir hospitalización de la mujer, dependiendo de las características de la mujer y su entorno.

- Usuarías que presentan problemas de salud en general, tipo enfermedades cerebro-vasculares, cardiovasculares, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada, deben ser internadas bajo estricta vigilancia médica.

Criterios de internación

- En todos los casos, especialmente en la interrupción del embarazo de 10 semanas o más, es imprescindible que la mujer embarazada permanezca en el hospital hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.
- Hasta las 9 semanas de embarazo, el tratamiento puede ser usado sin requerir hospitalización de la mujer embarazada, dependiendo de las características de ella y su entorno.
- Mujeres que presentan problemas de salud en general, tipo enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada, deben ser internadas bajo estricta vigilancia médica.

Criterios de alta

- Después de la evacuación uterina y cuando se compruebe la ausencia de hemorragia genital o en escasa cantidad (manchado).

Criterios de referencia

- Anemia aguda post sangrado.
- Hemorragia genital persistente y en cantidad elevada (2 toallas sanitarias grandes empapadas en una hora por dos horas consecutivas).
- Falla de procedimiento.

- Signo sintomatología de sepsis.

5. ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Para realizar la AMEU, considere las siguientes indicaciones, contraindicaciones y precauciones:

Indicaciones de la AMEU

Tratamiento del aborto con gestación hasta las 12 semanas.

Contraindicaciones de la AMEU

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Embarazo ectópico.

Precauciones

Se debe realizar en ambiente quirúrgico con disponibilidad de sangre segura y medicamentos de emergencia, en los siguientes casos:

- Antecedentes de trastornos de la coagulación.
- Cirugía previa uterina reciente.
- Anemia severa.
- Anomalías uterinas congénitas.
- Presencia de fibromas u otros.
- Obstáculos que impidan determinar el tamaño del útero.
- Inestabilidad hemodinámica.

- Trastornos respiratorios severos.
- Cardiopatía descompensada.

Requerimientos de la AMEU

Equipo y medicamentos: Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el manejo de las HPME.

Selección del tamaño de la cánula: se seleccionará de acuerdo al tamaño del útero (cánula, generalmente, 1 ó 2 de diámetro, menor que el tamaño del útero).

Tamaño de la cánula en relación con el tamaño uterino

Tamaño uterino en semanas - Tamaño de la cánula sugerido después de la FUM

De 4 a 6 semanas	De 4 a 7 mm
De 7 a 9 semanas	De 5 a 10 mm
De 9 a 14 semanas	De 8 a 12 mm

Preparación de la jeringa

- Inspeccionar las jeringas y las cánulas: desechar inmediatamente las que tengan cualquier rotura visible.
- Revisar el émbolo y la válvula: el émbolo deberá estar colocado totalmente dentro del cilindro y la válvula de seguridad abierta, con el (los) botón(es) de la válvula abierto(s).

Jeringa de Aspiración Manual Intrauterina, Ipas AMEU Plus

Proporciona un vacío de 24 a 26 pulgadas de mercurio. Consta de los siguientes componentes:

- Una válvula con un par de botones que controlan el vacío una tapa y un revestimiento desmontable.
- Un émbolo con mango y un anillo ○.
- Un cilindro de 60 cc para depositar el contenido de la evacuación endouterina con un clip que sujeta el aro de seguridad.
- Aro de seguridad.

Preparación de la jeringa Ipas AMEU Plus

- Cuando se utilice la jeringa de válvula doble, empujar los 2 botones de la válvula al mismo tiempo hacia adentro y adelante.
- Preparar la jeringa tomando el cilindro y jalando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal, que el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente.
- En la jeringa de válvula doble buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.
- Revisar la jeringa antes de usarla para asegurar la tensión del vacío. Abrir la válvula de seguridad y deberá escucharse una entrada de aire dentro de la jeringa, indicando que hay vacío dentro de ésta.
- Desechar la jeringa si no mantiene el vacío.
- Volver a preparar la jeringa apretando los botones adentro y afuera, tomando el cilindro y jalando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia afuera.

- Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que, el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente.
- En la jeringa de válvula doble, busque la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.

Preparación de la mujer

- Solicitarle que evacúe la vejiga.
- Trasladarla a la sala de procedimientos.
- Pedirle que se coloque en posición ginecológica, cubriéndola con una sabanilla (no es necesario realizar tricotomía).
- Colocarse el guante de tacto.
- Realizar asepsia y antisepsia de la región vulvar con gasas embebidas en solución antiséptica.
- Realizar el examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, posición y características del útero.
- Desechar el guante de tacto, previa descontaminación con hipoclorito de sodio al 0,5%.
- Lavarse cuidadosamente las manos.
 - Colocarse los guantes estériles.
 - Realizar sedo analgesia parenteral en caso de que la medicación pre procedimiento no fue suficiente para el manejo del dolor, de la siguiente manera:

- Canalizar una vena con bránula N° 19 y administre solución de rínger lactato 1000 ml a 18/24 gotas por minuto.
- Administrar por vía endovenosa diazepam 5 mg/ml 1 ampolla, en forma lenta.
- Como alternativa puede administrarse citrato de fentanilo 0,05 mg/ml endovenoso, diluido en 5 ml de solución. Si se utiliza este medicamento debe tenerse siempre a la mano naloxona, para revertir inmediatamente el efecto del fentanilo.
- Otra opción es administrar sulfato de atropina 1mg/1ml mediante vía intramuscular.

Realizar el bloqueo paracervical

- En una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, cargar 5 ml de lidocaína HCL al 2% sin Epinefrina más 5 ml de solución salina o agua destilada, para obtener la concentración de Lidocaína al 1%. Si se cuenta con el extensor de aguja conéctelo a la jeringa.
- Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal adecuado para las características de mujer.
- Realizar asepsia del cuello uterino con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero con una pinza de cuello (Pozzi) y aplicar una suave tracción que permita observar el repliegue cervicouterino vaginal posterior.
- Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 5 y 7 con aguja de punción lumbar N° 18 o utilizar la misma aguja 21 G x 1

y medio (con extensor, si se cuenta con él). Si es posible, aplicar el bloqueo paracervical antes del pinzamiento con la pinza de Pozzi.

- Aspirar en un vaso, para verificar que no está inyectando.
- Administrar 1 ml para verificar probable reacción alérgica.
- Completar la aplicación lentamente.
- Esperar 3 a 5 minutos hasta que haga efecto el anestésico.

Pasos de la AMEU

- Dilatar el cuello uterino para permitir el paso de la cánula de acuerdo al tamaño del útero.
- Dilatar el cuello uterino tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media e introduzca el de menor calibre. Luego rotar al lado opuesto del mismo dilatador.
- Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un número inmediatamente superior al diámetro de la cánula que va a utilizar.
- Para introducir la cánula Ipas Easy Grip tomar por el extremo distal con la “técnica de no tocar” y empujar suavemente a través del cuello uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Rotar la cánula con presión suave para facilitar la introducción.
- Para facilitar la inserción de la cánula, aplicar movimientos de rotación a medida que ejerce presión suave hasta tocar el fondo de la cavidad uterina, ejerciendo un movimiento de adentro hacia fuera en sentido de las manecillas del reloj con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío.

- Si la jeringa se llena de restos, cerrar la válvula, desconectar la jeringa de la cánula dejando la cánula colocada dentro de la cavidad uterina (no empujar el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa).
- Abrir la válvula de seguridad y empuje suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido de la jeringa en el recipiente o riñonera e inspeccionarlo.
- Restablecer el vacío, reconectar la jeringa a la cánula y continuar la aspiración o conectar otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración, en caso necesario.
- Verificar las señales de haber completado el procedimiento y desconecte la jeringa.
- Acabado el procedimiento, inspeccionar el tejido para cerciorarse de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.
- Retirar la cánula y la pinza de cuello. Verifique que no exista sangrado en puntos de agarre de la pinza de cuello. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Retirar suavemente el espéculo.
- Depositar el instrumental metálico en el balde con solución de Hipoclorito de Sodio al 0,5%, para descontaminación, simplemente en un balde con agua (remojo).
- Aspirar la solución de Hipoclorito o de agua dentro de la jeringa y la cánula mínimamente 3 veces para asegurar que no queden restos en la cánula.

Las señales de haber completado el procedimiento de AMEU son:

- Se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven más restos en la misma.

- Se percibe una sensación áspera o arenosa cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.

Pérdida del vacío. Si el vacío de la jeringa se pierde es porque:

- La jeringa está llena.
- Cánula obstruida por restos.
- La cánula ha salido del orificio externo del cuello uterino.
- La cánula está mal adaptada a la jeringa.
- La dilatación cervical es mayor que la cánula seleccionada.
- Pudiera existir una perforación uterina.

100

Recuperación post procedimiento de la AMEU

- Tomar los signos vitales mientras la mujer aún está en la mesa ginecológica.
- Permitir que la mujer descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
- Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido o desaparecido.
- Si la mujer es Rh(-) suministrar inmuno-globulina anti Rh inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores. En caso de no contar en el servicio con la vacuna, prescribir su aplicación extendiendo una receta, explicando el motivo y la importancia de la misma.

Criterios de alta

- La mujer puede ser dada de alta cuando se encuentre estable y pueda caminar sin ayuda.
- En caso de existir patología concomitante o necesidad de apoyo psicológico, derivar al servicio respectivo.
- El personal de salud debe asegurarse que previamente haya recibido la siguiente información:
 - Sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).
 - Sobre el método anticonceptivo de su preferencia y sobre donde obtenerlo.

6. LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

El LUI sólo debe realizarse en ambiente quirúrgico con anestesia general, en caso de no existir posibilidad de utilizar la AMEU.

Indicaciones del LUI

Tratamiento del aborto con tamaño de fondo uterino igual o menor a 22 semanas de gestación.

Contraindicaciones del LUI

Falta de destreza para el manejo del procedimiento.

Precauciones

El legrado se realiza contando con sangre segura y los medicamentos de emergencia disponibles, en los siguientes casos:

- Antecedentes de trastornos de la coagulación.
- Cirugía previa uterina reciente.
- Sospecha de perforación uterina.
- Anemia severa.
- Anomalías uterinas congénitas.
- Presencia de fibromas u otros obstáculos que impidan determinar el tamaño del útero.
- Trastornos respiratorios severos.
- Shock hipovolémico.
- Shock séptico.

102

Requerimientos del LUI

Instrumental y medicamentos: Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las HPME.

Técnica del LUI

- Solicitar a la mujer que se coloque en posición ginecológica, ayudándola en caso necesario.
- Preparar la mesa auxiliar, colocando un campo estéril que cubra toda la superficie.
- Lavarse las manos de acuerdo a técnica de bioseguridad.
- Utilizar ropa estéril y preparar el instrumental en la mesa auxiliar

de acuerdo a técnica quirúrgica cubra toda su superficie.

- Realizar un examen pélvico bimanual para determinar características del útero, tamaño, posición y dilatación del cuello uterino.
- Desechar los guantes y colocarse otro par de guantes estériles.
- Realizar antisepsia de la región vulvo vaginal, con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Cubrir a la mujer con campos estériles.
- Consultar al anestesiólogo cuándo iniciar el procedimiento.
- Colocar el espéculo suavemente en forma oblicua, deprimiendo la pared posterior de la vagina.

Preparación de la mujer

- Valoración pre anestésica.
- NPO de 4 a 6 horas de acuerdo a condición clínica de la mujer.
- No es necesario realizar tricotomía.
- Solicitar a la mujer que evacúe la vejiga. Trasladarla a quirófano.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia adelante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se deslice sobre la superficie del útero evacuado.
- Verificar que la evacuación ha sido completa.

- Retirar la legra muy suavemente.
- Verificar que no exista sangrado a través del cuello.
- Retirar la pinza de cuello (Pozzi).
- Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi (tenáculo).
- En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.
- Retirar suavemente el espéculo y los guantes en el balde con Hipoclorito de Sodio a una dilución del 0,5%.

Las señales de haber completado el procedimiento del LUI son:

- Se observa la salida de espuma roja o rosada y no se ven restos.
- Se percibe una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Se escucha el paso de la legra por las superficies ásperas.
- Depositar todo el instrumental solución de Hipoclorito de Sodio al 0,5%, para descontaminación.
- De ser necesario administrar una ampolla de Oxitocina 5 unidades/1 ml por vía endovenosa o Metilergonovina 0,2mg/1 ml por vía intramuscular (Methergin).

Recuperación post LUI

- Vigilancia estrecha por el anesestesiólogo hasta la recuperación de la conciencia.
- Tomar los signos vitales mientras la mujer aún esté en la mesa quirúrgica.
- Pasarla a sala de recuperación.
- Permitirle que descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
- Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido.
- Si la mujer es Rh (-), suministrar inmunoglobulina anti Rh, inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores. En caso de no contar en el servicio con la vacuna, prescribir su aplicación en una receta, explicando el motivo y la importancia de la misma.

Criterios de alta

La mujer puede darse de alta cuando se encuentre estable y pueda caminar sin ayuda. En caso de existir patología concomitante o necesidad de apoyo psicológico, derivar al servicio respectivo.

COMPONENTE V

PROTOCOLO PARA LA ORIENTACIÓN

1. OBJETIVO

Establecer un proceso de comunicación directo y privado del personal de salud con las mujeres que solicitan interrupción legal de su embarazo a causa de violación, que permita entender de forma profunda su situación, para identificar y responder a sus necesidades emocionales, médicas, sociales, culturales, económicas y otras, promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como la toma de decisiones basada en la elección libre e informada.

2. RESULTADO ESPERADO

Mujeres se encuentran informadas sobre su estado clínico, las características, los beneficios y riesgos del procedimiento a ser realizado.

3. TRATO Y COMUNICACIÓN ENTRE LA MUJER Y LA/EL PROVEEDORA/OR DE SERVICIOS

Todo trato entre la mujer y el personal de salud, desde el momento en que llega al establecimiento de salud hasta que se le da de alta, influye en su recuperación y en el auto cuidado después de que abandona el establecimiento de salud.

Las respuestas deben ser detalladas y sinceras a las inquietudes de las mujeres, motivando a que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas.

Orientación en el pre – procedimiento

Se pretende estructurar una relación en la cual la mujer adquiera confianza, exprese sus sentimientos, temores, dudas y esté preparada para el procedimiento.

La/el proveedora/or deberá:

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre a la mujer.
- Buscar un sitio tranquilo donde pueda hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial.
- Sentarse a su lado si la mujer está acostada.
- Preguntarle si desea hablar en privado o con la participación de su acompañante si lo tuviera.
- Indagar sobre sus preocupaciones, temores, sus condiciones, su situación actual y escuchar atentamente la situación expuesta.
- Motivar a la mujer a que considere importante sus propias necesidades y sentimientos, dándole a conocer sus derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio de los mismos.
- Identificar en la paciente, sus necesidades anticonceptivas.

Informar a la mujer acerca de:

- El tiempo necesario para el tratamiento.
- El tiempo de estancia hospitalaria.
- Obtener la firma de consentimiento informado de la mujer para la interrupción legal de su embarazo.
- En caso de menores de edad y mujeres discapacitadas es válida la firma del consentimiento informado de un miembro de su familia u otro adulto responsable que la acompañe.

Orientación durante el procedimiento:

Consiste en acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor, facilitando el procedimiento en caso que se seleccione la anestesia paracervical.

La/el proveedora/or debe:

- Brindar apoyo emocional a la mujer durante todo el procedimiento y procurar que practique ejercicios de respiración y que hable sobre temas interesantes para ella y éstos sean ajenos al procedimiento.
- Informar a la mujer, en todo momento, los pasos que se realizan (no brindar detalles técnicos).
- Informar sobre los resultados, cuidados post procedimiento y señales de alarma.
- Estar atentos, en todo momento, a la comunicación no verbal que exprese la usuaria.
- Si la usuaria ha elegido el DIU la/el proveedora/or debe colocar el método.

Orientación post – procedimiento:

Una vez concluido el procedimiento, se verifica el estado emocional y físico de la usuaria, informándole sobre los cuidados que debe tener y las señales de alarma.

La/el proveedora/or debe:

- Preguntar a la mujer como se siente.
- Brindar la siguiente información a la paciente:

- Puede presentar dolor abdominal leve.
- Instrucciones de cómo tomar los medicamentos prescritos.
- Información sobre la higiene rutinaria.
- Informar sobre el retorno de su fertilidad.
- Informar que el sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) disminuirá progresivamente hasta los 15 días.
- La usuaria debe retornar si identifica las siguientes señales de alarma: dolor abdominal intenso, sangrado abundante (mayor al de una menstruación), fiebre y/o escalofríos, malestar general y desvanecimiento.
- No debe colocarse ningún objeto dentro de la vagina hasta que cese el sangrado (tampones).
- Si la paciente no ha elegido el DIU durante el procedimiento, se debe iniciar con otro método seleccionado por la usuaria (AOS, implantes, inyectables y condones).
- Comprometer a la usuaria para que asista a su próxima fecha de control.
- Referir a la especialidad correspondiente, en caso de presentar patología concomitante a la actual.

COMPONENTE VI

ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

En muchos casos, la prestación de la atención de la emergencia post aborto podría ser una de las pocas ocasiones en que la mujer entre en contacto con el sistema de salud. Por ende, representa una oportunidad importante para prestar servicios y proporcionar información sobre la anticoncepción.

1. OBJETIVO

Ofertar la anticoncepción post aborto, respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia abortiva, fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.

110

2. ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

- Informar sobre los métodos anticonceptivos y sus características en el post aborto, remarcando la importancia de la elección informada.
- Orientar sobre las necesidades anticonceptivas identificando las metas reproductivas de las usuarias.
- Entregar el método seleccionado antes del alta médica.
- Informar dónde y cómo acceder a métodos anticonceptivos.
- Informar sobre el retorno de la fertilidad.
- Ofertar el uso del condón, como medida de triple protección (Anticoncepción, ITS/VIH/SIDA y HPV).

Resultado esperado

Usuaria satisfecha con el método anticonceptivo entregado de acuerdo a su elección libre e informada, para romper la cadena de embarazos no deseados.

Capacidad resolutiva mínima de la Red de Servicios de Salud

Los tres niveles de atención que cuenten con capacidad instalada e insumos de anticoncepción y con personal capacitado.

Procedimientos:

- Establecer la comunicación entre la mujer y la/el proveedora/or de servicios.
- Informar que la anticoncepción debe considerarse el día de la evacuación uterina como el primer día del ciclo menstrual.
- El post aborto puede ser una de las pocas oportunidades en que la mujer entra en contacto con el personal de salud.
- Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días después del aborto y que el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras 6 semanas posteriores al aborto.
- La orientación sobre anticoncepción debe realizarse antes y después del procedimiento.
- En el momento del alta se debe entregar el anticonceptivo elegido por la usuaria.

Pautas para el comienzo de anticoncepción post aborto

- Es recomendable aplazar el reinicio de relaciones sexuales hasta que cese la hemorragia genital.
- Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto.
- A menudo la ovulación ocurre a las 2 semanas tras un aborto del primer trimestre y a las 4 luego de un aborto del segundo trimestre, por ello, que la anticoncepción debe ofertarse inmediatamente después del aborto.

3. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.1. Anticoncepción Hormonal Oral Combinada

Comenzar el mismo día de la intervención o al día siguiente. Se aplica en abortos del primer como del segundo trimestre.

3.2. Anticoncepción Hormonal Oral sólo con progestágenos

Comenzar inmediatamente después de la intervención. Se aplica en abortos en el primer como en el segundo trimestre.

3.3. Anticoncepción Hormonal Inyectable mensual o trimestral

La aplicación inicial debe ser inmediata (1º ó 2º día post-evacuación uterina). Se aplica en abortos en el primer como en el segundo trimestre.

3.4. Implantes hormonales

La aplicación debe ser inmediata. Se aplica en abortos del primer como del segundo trimestre.

3.5. Condón masculino y/o femenino

Uso sin restricciones. Su uso debe ser simultáneo al reinicio de relaciones sexuales post aborto.

3.6. Dispositivo Intrauterino (DIU)

La colocación debe ser inmediata, si no se presenta infección. Si su colocación debe postergarse, utilizar otra alternativa anticonceptiva. Postergar en caso de enfermedad trofoblástica gestacional.⁵

5 Revisar Normas de Anticoncepción. Ministerio de Salud.

COMPONENTE VII

MUESTRAS COMO FUENTES DE ADN

1. OBJETIVO

El servicio de salud debe recibir orden de la Fiscalía para determinar la paternidad o el ADN del producto frente al ADN del posible agresor (violador).

El personal de salud que realiza la ILE, posterior al procedimiento, debe tener el cuidado de recolectar la muestra de restos coriónicos o fetales, con la finalidad de responder al requerimiento fiscal y sean entregados al IDIF para la prueba de ADN.

- a. Células fetales del vello coriónico:** la muestra de vello coriónico es también un procedimiento ginecológico que se realiza aspirando una pequeña cantidad de tejido placentario primitivo (corión). En este procedimiento, se están tomando en realidad células placentarias exclusivamente, pero que son de origen fetal, corresponden exclusivamente al ADN del feto. La ventaja de esta técnica es que puede hacerse hasta las 11 semanas.
- b. Tejido fetal proveniente de abortos:** el tejido fetal es una excelente fuente de ADN siempre que no se lo haya expuesto previamente a la acción del formol (formaldehído al 37%). Se requiere una semana extra para procesar estas muestras.

2. TOMA DE INDICIOS BIOLÓGICOS EN CASOS DE INVESTIGACIÓN DE ADN DEL VIOLADOR

- Siempre con consentimiento informado de la víctima de violación.
- Orden judicial (solamente para el caso de investigar el ADN del violador).

- Debe existir un documento firmado con la autorización expresa para realizar el análisis.

a. Sobre los restos fetales

- Recogerlos con unas pinzas en un frasco de boca ancha y con tapón de rosca (sin formol ni otros líquidos fijadores).
- Indicios líquidos (guardar siempre en la congeladora).

b. Sangre

- En pequeña cantidad, recoger con hisopo y dejar secar.
- Coagulada, recoger con una cucharita e introducir en un tubo o frasco de plástico.

c. Líquido amniótico

- 10 ml que se introducen en un tubo estéril.

d. Sistemas de empaquetamiento y preservación de muestras

Importante: mantener y enviar refrigeradas y por un medio de transporte rápido cuando se trata de indicios líquidos, tejidos blandos y otras muestras húmedas (que no puedan secarse). Enviar toda muestra seca sin refrigeración.

e. Identificación de la muestra

- Tipo de muestra.
- Pertenencia y/o procedencia.
- N° de referencia de la muestra.

f. Custodia de la muestra

- Identificación y firma de la persona que recoge la muestra.
- Fecha y hora de recolección.

g. Empaquetado

1. Evitar el uso de bolsas de plástico.
2. Evitar emplear frascos de cristal.
3. Emplear cajas de cartón o sobre de papel.
4. Cada muestra en un recipiente precintado o cerrado herméticamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo Yepes MC. (2001). Guía Práctica para el Dictamen Sexológico Forense. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Editor Bogotá D.C. Panamericana Formas e Impresos.
- Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).
- Convenio Europeo de los Derechos Humanos.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (1972). Código Penal.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (1978). Código de Salud.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2009). Decreto Supremo N° 29894.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2013). Ley N° 348, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia. Cap. I Art. 42 (Denuncia). Inciso III.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2010). Ley N° 073, Ley de Deslinde Jurisdiccional.
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2014). Sentencia Constitucional N° 0206/2014.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. (2009). Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las HPME. Publicación N° 143.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. (2009). Normas y Protocolos Clínicos sobre el Empleo del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia.
- Ministerio de Salud y Deportes y Ministerio de Desarrollo Sostenible. (2005). Normas, Protocolos y Procedimientos Para la Atención Integral de la Violencia Sexual en Adolescentes y Mujeres. Bolivia. Basado en el documento de consultoría Ipas Bolivia.

- Ministerio de Salud y Deportes. (2010). Normas de Abordaje para Servicios de Salud. Publicación N° 94.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2008.) Programa de ITS/VIH/SIDA.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2009). Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2013). Normas Nacionales de Atención Clínica.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Aborto sin riesgo: Guía Técnica y de Políticas para el Sistema de Salud. Segunda edición.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Recomendaciones del Comité contra la Tortura (CAT/C/BOL/CO/2) de 14 de junio de 2013.
- Sedgh G, et al. (2012). Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 379:625–632.
- Servicio Departamental de Salud La Paz. (2010). Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Singh S et al. (2009). Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York. Guttmacher Institute.
- 109vo Periodo de Sesiones del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas de octubre de 2013.
- www.minsalud.gob.bo

GLOSARIO

ABORTO

Es la pérdida del producto de la concepción antes de las 22 semanas de la gestación o cuando el peso fetal es menor a 500 gramos (OMS/OPS).

ABORTO IMPUNE

Cuando hubo aborto y merece sanción penal alguna, cuando el embarazo es producto del delito de violación, estupro, incesto. Tampoco será punible en caso que la vida o la salud la mujer corra peligro a causa del embarazo.

ABORTO INSEGURO O ABORTO CLANDESTINO

Realizado por personas que carecen de capacidades necesarias o en un ambiente carente de estándares mínimos de bioseguridad y atención post aborto deficiente. El aborto clandestino no siempre es inseguro.

ABORTO SÉPTICO

Es el aborto espontáneo o provocado que sufre una complicación infecciosa localizada, propagándose a nivel general con compromiso severo del estado de la paciente a una sepsis.

ACOSO SEXUAL

El acoso de naturaleza sexual incluye una serie de agresiones, desde molestias a abusos serios que tienen la intención de llegar a involucrar forzadamente actividad sexual por otra persona que se encuentra en posición de poder o dominación. Ocurre típicamente en el lugar de trabajo, donde la confianza mutua se admite inicialmente como base contractual para la relación laboral de subordinación u otros ambientes

donde la voluntad para poner objeciones o rechazar puede ser frágil por la amenaza de sufrir consecuencias negativas.

ANESTESIA GENERAL

Estado de inconsciencia y pérdida completa de sensibilidad producida por la administración de un anestésico, por vía intravenosa o por inhalación o intramuscular.

ANESTESIA LOCAL

Evitan temporalmente la sensibilidad en el lugar de su administración.

ANESTESIA CONDUCTUAL

Evitan temporalmente la sensibilidad a través de la técnica de conducción de la atención de la persona, disminuyendo la percepción del dolor mediante apoyo verbal y/o ejercicios respiratorios.

120

ANALGESIA

Abolición de la sensibilidad al dolor sin pérdida de los restantes modos de sensibilidad.

ANTICONCEPCIÓN

Conjunto de métodos u posiciones que permiten a las parejas y/o individuos, ejercer sus derechos reproductivos y regular su fecundidad.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Método anticonceptivo que previene el embarazo no deseado, si se lo toma antes de las 72 horas después de una relación sexual sin protección y en fechas de peligro de embarazo.

ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Es un método anticonceptivo utilizado después de realizar un procedimiento de interrupción del embarazo y aborto incompleto, luego de realizada la orientación y la elección libre e informada de la usuaria.

ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Procedimiento quirúrgico ambulatorio, utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo con úteros compatibles por fondo uterino de hasta 12 semanas de gestación o 12 cm.

AUTORIDAD LOCAL DE SALUD

Es el representante legítimo de la comunidad o barrio ante el sector Salud, proveniente de la organización social matriz existente.

CADENA DE CUSTODIA

Es la aplicación de una serie de normas tendientes a asegurar, embalar y proteger cada elemento, material probatorio, físico o muestras biológicas, para evitar su destrucción, suplantación y contaminación lo que podría implicar serios triperos en la investigación.

La cadena de custodia, comienza en el lugar donde se recaudan los elementos, materiales y evidencias físicas, biológicas y finaliza por orden de autoridad competente.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW *por sus siglas en Inglés*)

Trata de un instrumento jurídico internacional, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificado por el Estado Boliviano.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL (CPE)

Es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa.

COMITÉ LOCAL DE SALUD

Es la representación orgánica del conjunto de las comunidades o barrios pertenecientes territorialmente al área de trabajo de un establecimiento de salud, organizada en un directorio responsable de coadyuvar en la implementación de la Política SAFCI.

CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL

Es la representación orgánica en salud de los Consejos Sociales Municipales de Salud y de las organizaciones sociales matrices del Departamento, responsable de interactuar con el Servicio Departamental de Salud e impulsar la articulación de los Planes Municipales de Salud al Plan Departamental de Salud (política departamental de salud), así como de realizar seguimiento y control social a la ejecución del mismo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado tiene que ver con el proceso de recibir información suficiente y clara sobre un determinado procedimiento terapéutico o diagnóstico, entender esa información y como consecuencia tomar una decisión libre de aceptación o rechazo. (Documentos Técnicos. Obtención del Consentimiento Informado. MSD. Publicación N° 65. 2008).

CÓDIGO PENAL

Es un conjunto unitario, ordenado y sistematizado de las normas jurídicas punitivas de un Estado, es decir, las leyes o un compendio

ordenado de la legislación aplicable en materia penal que busca la sanción en caso de cometer una acción que va en contra de las leyes.

EVIDENCIA MÉDICO LEGAL

Las evidencias tienen que ver con los objetos materiales que pueden incluir cabellos, fibras de sangre o cualquier cosa que pueda ser recogida o depositada. Las evidencias físicas ayudan a probar que se ha cometido un delito.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

Se realiza cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer o cuando es producto de un delito sexual.

GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD

La gestión participativa en salud es uno de los componentes de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que promueve la participación social en el ámbito de la salud, para la toma de decisiones y control social entre los diferentes niveles de gestión estatal (local, municipal, departamental y nacional de salud).

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

Procedimiento quirúrgico hospitalario consistente en la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto hasta la 22 semana de gestación.

LEY N° 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

Establece que el Consentimiento informado constituye un documento médico oficial (Cap. IV, Art. 10) y la responsabilidad del llenado es del médico (Cap. IV, Art. 12), (Ver:Ficha de Consentimiento Informado).

MESA MUNICIPAL DE SALUD

Es la máxima instancia territorial de deliberación intersectorial donde se dialoga, consulta, coordina, acuerda, consensua y se toma decisiones en torno a las prioridades de necesidades y propuestas integrales a ser incluidas en el Plan Municipal de Salud.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia implica una forma de desobediencia jurídica: supuesta la necesidad de obedecer a la ley, es decir, la obediencia a la ley como conducta debida y esperada. El objetor la desobedece en virtud de un imperativo ético (religioso o no) que le impone una conducta, o una abstención, contraria a lo que la ley manda. Esta desobediencia tiene 2 características: no es activa como en el caso de la rebelión o revolución sino pasiva y no es colectiva sino individual (Isidoro Martín Sánchez, Juan G. Coords y Floria Navarro. (2006). *La Libertad Religiosa en España y Argentina*. Fundación Universitaria Española. Madrid. Pag. 314/326).

ODONTOGRAMA

El odontograma es una herramienta de identificación de la persona en los casos de agresión física, servirá para identificar las lesiones sufridas por la agresión, se debe registrar en la historia clínica y certificado médico.

Se divide la cavidad bucal en cuadrantes, designando cada uno con números, en el sentido de los punteros del reloj (el 1 es el superior derecho, el 2 el superior izquierdo, el 3 el inferior izquierdo y el 4 el inferior derecho). Los dientes se designan también por números del 1 al 8, en cada cuadrante (el 1 en la línea media, o sea, los incisivos centrales, el 8 a distal, o sea, los terceros molares). Cada pieza dentaria se escribe con 2 números, el primero indica el cuadrante y el segundo el diente.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El proceso de referencia y contrareferencia es el conjunto de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer a las víctimas de violencia sexual una atención integral. Esto requiere de la articulación y coordinación entre las instituciones del Estado y la Sociedad Civil.

RECOJO DE INDICIOS BIOLÓGICOS

Es la aplicación de los conocimientos de las Ciencias Biológicas en la Criminalística, mediante el estudio sistemático de las huellas o indicios biológicos dejados por el autor y/o víctima, para identificar los indicios del hecho delictuoso, determinar su relación con éste, con el objetivo de apoyar técnica y científicamente en la investigación policial y en la administración de justicia.

SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI)

Es la política del Estado Plurinacional de Bolivia y se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígenas Originarios Campesinos con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos, con base en sus organizaciones como son la Gestión Participativa, el Control Social y la Atención Integral Intercultural de la Salud.

TRAUMAGRAMA

Es un diagrama de la figura desnuda donde el/la prestador/a de salud debe marcar las lesiones encontradas.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL

Es el órgano del Estado encargado de velar por la supremacía de la Constitución Política del Estado, ejercer el control de constitucionalidad

y precautelar el respeto y vigencia de los derechos y garantías constitucionales.

VIOLENCIA

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 probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS. 2009).

VIOLENCIA FÍSICA

Es toda acción que ocasiona lesiones y/o daño corporal, interno, externo o ambos, temporal o permanente, que se manifiesta de forma inmediata o en el largo plazo, empleando o no fuerza física, armas o cualquier otro medio.

VIOLENCIA SEXUAL

Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Se entiende como *“Violencia psicológica o emocional: toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional. Se incluye en esta categoría toda forma de abandono emocional”* (Informe SIPIAV. (2007). *Negligencia emocional*).

VIOLENCIA POR PRIVACIONES O DESCUIDO

Ejercida mayormente contra menores de edad, pero no es exclusivo de ellos. Se refiere sobre todo a la negligencia física que consiste en que el cuidador, tutor o encargado de la custodia no cubre las necesidades físicas básicas de un niño, de sus descendientes, hermanos y parientes civiles afines en línea directa y colateral.

VIOLENCIA EN LA FAMILIA

Es la agresión física, psicológica o sexual cometida por la pareja, conviviente, hermanos y parientes, principalmente, la violencia contrala pareja, el maltrato a menores y a personas adultas mayores y, por su naturaleza, estas pueden ser físicas, psicológicas, sexuales y/o patrimoniales.

SIGLAS

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AE	Anticoncepción de Emergencia
AMEU	Aspiración Manual Endo uterina
ALS	Autoridades Locales de Salud
CEDAW	Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer
CPE	Constitución Política del Estado
CIPD	Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo
D&E	Dilatación y Evacuación
D&L	Dilatación y Legrado
DILOS	Directorio Local de Salud
DS	Decreto Supremo
EDTA	Ácido Etilen Diamino Tetracético
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
FUM	Fecha de Última Menstruación
GPS	Gestión Participativa en Salud
GLBT´S	Gays, Lesbianas, Bisexuales, Transexuales
IDIF	Instituto de Investigaciones Forenses
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LEY N° 348	Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia
LUI	Legrado Uterino Instrumental
MS	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental

OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
OTB	Organización Territorial de Base
PDG	Plan de Desarrollo Departamental
PDM	Plan de Desarrollo Municipal
PEI	Plan Estratégico Institucional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Annual
FELCV	Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDEGES	Servicio Departamental de Gestión Social
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIPASSE	Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencias en razón de género.
SLIM	Servicio Legal Integral Municipal
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
VIF	Violencia Intrafamiliar
VIH/SIDA	Virus de Inmuno Deficiencia Humana/Síndrome de Inmuno deficiencia Humana
VS	Violencia Sexual

ANEXO 1

CERTIFICADO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA LEY 348

En el establecimiento de salud: de nivel de la Red de Salud: Ubicado en: de la Ciudad/Localidad: Municipio: Provincia: Departamento: El/La proveedor (ra): Matrícula Profesional: en uso específico de sus funciones, **Certifica que a horas:** del día: del mes: y año: se realizó el examen médico del o la paciente cuyos datos son los siguientes:

Nombre: Sexo: F M Otros Edad: Estado civil: C.I.: Dirección: Tel.:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con C.I.: he sido informada por el proveedor (a) en salud: sobre todos los procedimientos que se llevarán a cabo en mi persona, en el examen físico, de la importancia de los mismos para la investigación y las consecuencias posibles que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos, por lo cual, SI - NO otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, autorizando la toma de muestras y evidencias biológicas y no biológicas, necesarias e imprescindibles, así como todo procedimiento necesario.

C.I.: Firma y/o impresión digital:

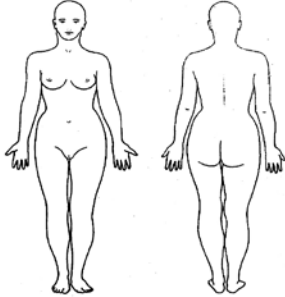
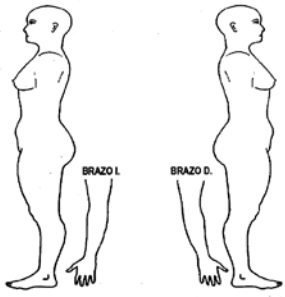
Aclaración de firma:



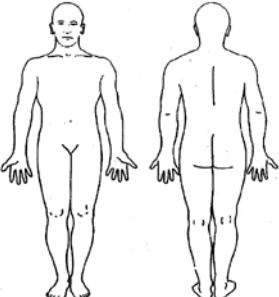
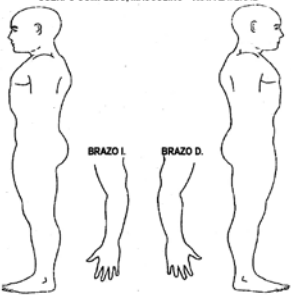
Anamnesis:

Fecha y Hora de la Agresión:					Lugar en que ocurrió el hecho:				
Día	Mes	Año	Hora	Min	Hogar	Centro de dirección	Escuela	Desconoce	Trabajo
					Propiedad Pública	Propiedad Privada	Vehículo automotor	Vía Pública	Otros
Si el agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes					Si la víctima se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes, en lo posible indagar que sustancia				
SI	NO	Desconoce			SI	NO	Desconoce		
					Efecto referido de	Estimulación SNC	Depresión del SNC	Alucinaciones	No específica
Número de personas que le agredieron					Si el presunto agresor (a) es conocido				
					SI	NO	Vínculo con el agresor	Pareja Ex Pareja	Otro Familiar
					Especifique familiar:				
Si el agresor la agredió físicamente					Si hubo forcejeo o defensa				
SI	NO				SI	NO			
					Si el agresor resulto lesionado				
					SI	NO			
					Si en el hecho existió violencia a nivel de las vestiduras				
					SI	NO			
BREVE RELATO DEL HECHO:									
.....									
.....									
.....									

EXAMEN FÍSICO. DIAGRAMA

<p style="text-align: center;">SEÑALAR LA ZONA CON EL NÚMERO DE LA LESIÓN MUJER, CUERPO COMPLETO - PLANOS ANTERIOR Y POSTERIOR</p> 	<p style="text-align: center;">SEÑALAR LA ZONA CON EL NÚMERO DE LA LESIÓN. MUJER, CUERPO COMPLETO - PLANOS LATERALES</p> 
<p>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA 1. Excoriación, 2. Equimosis 3. Hematoma 4. Herida contusa 5. Herida cortante 6. Herida punzo cortante 7. Herida punzante 8. Herida contuso cortante 9. Herida de entrada por proyectil disparado por arma de fuego 10. Herida de salida por proyectil disparado por arma de fuego, 11. Laceraciones 12. Mordedura humana 13. Quemadura. Otros: _____</p>	

EXAMEN FÍSICO. DIAGRAMA

<p style="text-align: center;">SEÑALAR LA ZONA CON EL NÚMERO DE LA LESIÓN</p> 	<p style="text-align: center;">SEÑALAR LA ZONA CON EL NÚMERO DE LA LESIÓN. CUERPO COMPLETO, MASCULINO - VISTA LATERAL</p> 
<p>Nombre: _____ Asunto N° _____ Fecha _____</p> <p>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA 1. Excoriación 2. Equimosis 3. Hematoma 4. Herida contusa 5. Herida cortante 6. Herida punzo cortante 7. Herida punzante 8. Herida contuso cortante 9. Herida de entrada por proyectil disparado por arma de fuego 10. Herida de salida por proyectil disparado por arma de fuego 11. Laceraciones 12. Mordedura humana 13. Quemadura. Otros: _____</p>	

DESCRIPCIÓN ESCRITA (debe de coincidir con diagrama)

Cráneo:

Rostro:

Cuello:

Tórax Anterior:

Tórax Posterior:

Abdomen:


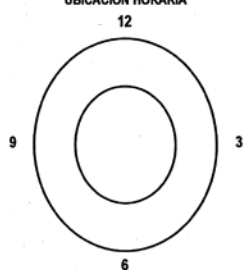
Región Lumbar:

Pelvis:

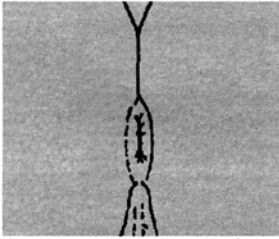
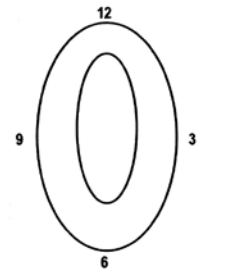
Extremidades Superiores:

Extremidades Inferiores:

EXAMEN GINECOLÓGICO-DIAGRAMA

<p>REGIÓN GENITAL Y REGIÓN ANORRECTAL FEMENINO</p> 	<p>UBICACIÓN HORARIA</p> 
<p>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA</p> <p>1. Excoación 2. Equimosis 3. Hematoma 4. Herida contusa 5. Herida cortante 6. Herida punzo cortante 7. Herida punzante 8. Herida contuso cortante 9. Laceraciones 10. Tipo de Himen: a.- Circular b.- Semilunar c.- Bifido. Otro, Especificar _____</p> <p>11. Tipo de desgarro.- Completo Incompleto 12. Data de desgarro: A.-Reciente B.-Antiguo Especificar Ubicación horaria _____</p> <p>13. Otro _____</p>	

EXAMEN DE LA REGIÓN DEL ANO

<p>REGIÓN DEL ANO POSICIÓN GENU PECTORAL</p> 	<p>UBICACIÓN HORARIA</p> 
<p>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA</p> <p>1. Excoación, 2. Equimosis, 3. Hematoma, 4. Herida contusa, 5. Herida cortante, 5. Herida punzo cortante, 6. Herida punzante, 7. Herida contuso cortante, 8. Laceraciones</p> <p>9. Fisuras: 10. Desgarros.- Otro, Especificar: _____</p> <p>Ubicación horaria: _____ 12. Otro: _____</p>	

En casos de violencia sexual realizar el examen en:

Genitales Externos:

Himen:

Examen anal:

MUESTRAS Y EVIDENCIAS COLECTADAS EN CASOS DE DELITOS SEXUALES - RECOMENDACIONES y/o EXÁMENES SOLICITADOS.

<p>TOMA DE MUESTRAS-hasta las 72 horas del hecho.</p> <p>Orina para toxicología ()</p> <p>Sangre para genética ()</p> <p>Peinado púbico ()</p> <p>Hisopados paredes internas de labios menores, mayores y del vestíbulo. ()</p> <p>Hisopados del canal vaginal ()</p> <p>Hisopados fondo de saco, más frotis en porta objeto ()</p> <p>Hisopados anales, más frotis en porta objeto ()</p> <p>Extremos distales de las uñas ()</p> <p>Hisopado de las sugilaciones ()</p> <p>Otras:</p> <p>.....</p> <p>Observaciones:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>PROFILAXIS (Antes de las 72 hrs)</p> <p>Profilaxis para ITS ()</p> <p>Profilaxis para VIH ()</p> <p>Anticoncepción de emergencia ()</p> <p>Prueba de embarazo ()</p> <p>Contención emocional ()</p> <p>(después de las 72 horas)</p> <p>Tratamiento para ITS ()</p> <p>Tratamiento para VIH ()</p> <p>Tratamiento del estrés post traumático ()</p> <p>SE RECOMIENDA:</p> <p>Prueba de embarazo ()</p> <p>Estudio ecográfico ()</p> <p>Estudio Radiológico</p> <p>Referencia a hospital de mayor nivel ()</p> <p>Otra indicación.....</p>
--	--

Las muestras o evidencias colectadas, deberán ser embaladas y rotuladas adecuadamente y entregadas a la brevedad posible a **PERSONAL POLICIAL- FISCAL QUE CONOCE EL CASO**, bajo cadena de custodia.

Nombre de funcionario que recepciona las muestras y evidencias colectadas: _____
 C.I.: _____ Telf.: _____ Firma: _____

Fecha de recepción: _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Por lo expuesto anteriormente el/la suscrito(a) se encuentra en situación de emitir la siguiente:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. _____
2. _____
3. _____

Es cuanto me permito informar, para fines consiguientes de Ley.

Firma:

Aclaración de firma:.....

Sello del o la proveedor (a)

C.I.:Teléfono:.....Cargo que Ocupa:.....

Fecha:.....



ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA LEY N° 348

El Certificado Único debe ser llenado por las/os proveedoras/es en salud que se encuentren capacitados para el propósito, preferentemente por el médico.

Debe escribirse con letra clara, legible, concreta y de forma completa (no abreviaturas) todos los datos que se contemplan en este documento. Deben evitarse borrones, enmiendas, tachaduras o sobrescribir. Este documento debe ser fácil de entender de acuerdo a la reglamentación, para que sea posible la homologación por el perito forense.

Datos generales correspondientes al Centro de Salud donde se presta atención a la víctima, datos del profesional que atiende y registro de hora, día, mes y año

Debe llenarse con letra clara y legible: el establecimiento de salud donde se realiza la atención (Nombre), el nivel y la red a las que pertenece (1er-2do), el lugar donde se encuentra ubicado topográficamente, ciudad o localidad, el municipio, provincia y el departamento donde se encuentra.

Los datos de la/el proveedora/or: nombres y apellidos completos del personal de salud que presta la atención y anotar el número de matrícula profesional correspondiente.

Datos correspondientes a la víctima y el Consentimiento Informado

Deberá llenarse con letra clara y legible: se anotarán los nombres y apellidos completos de la persona que será valorada, sexo al que pertenece (de acuerdo con algún documento de identidad, características fisonómicas o referencia de la persona valorada), su edad, estado civil y el número del carnet de identidad (si lo tiene).

Consentimiento Informado: antes de llenar esta parte, se debe leer y explicar, en lenguaje claro y sencillo, a la persona a ser valorada, sobre la importancia del mismo sino implicará consecuencias negativas para la investigación. Asimismo, se explicará todos los procedimientos que se llevarán a cabo durante el examen (toma de muestras, fotografías, esquemas etc.).

En caso de obtener la autorización de la persona a ser valorada, se deberá anotar su carnet de identidad, firma y aclaración de la misma con el nombre(s) y apellido(s) completos. Por último, se procederá con la impresión de la huella dactilar del pulgar derecho de la persona evaluada en el lugar remarcado en el Certificado Único para este fin.

En caso de que la víctima no cuente con algún documento de identidad, se anotará esta situación en el espacio delimitado para el Carnet de Identidad (C.I) y de igual manera si la víctima no supiera leer ni escribir se anotará este aspecto en el espacio destinado para la firma con el texto: *“No sabe leer ni escribir”*, pero deberá anotarse claramente el(los) nombre(s) y apellidos completos en la casilla para aclaración de firma y, obligatoriamente, coleccionar su huella digital.

135

Anamnesis

Este cuadro debe ser llenado con la marca de una X en las casillas correspondientes y de manera literal en los espacios destinados para ello:

- El día, mes, año, hora y minuto del momento de la agresión: Con números claros y legibles lo más exacto posible. Como por ejemplo: 18 – 07 – 2014 - 18:00, 30. (Diez y ocho de julio del año 2014 a diez y ocho horas con 30 minutos).
- Lugar en que ocurrió el hecho: colocar una X en la casilla correspondiente. Si no coincidiera el lugar donde se produjo la agresión con alguna de las casillas, especificar literalmente en el espacio “otros”.
- Si el agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes y si la víctima pudo percatarse de que su agresor se encontraba embriagado, marcar con una X en la casilla que corresponda.

- Si la víctima se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes: marcar una X si la respuesta es afirmativa, negativa o desconoce. Si fuera positiva, especificar el efecto percibido marcando con una X en la casilla correspondiente.
- Número de personas que le agredieron: anotar en numeral la cantidad de personas que la víctima refiere. Si no recuerda se dejará la misma en blanco.
- Si el presunto agresor es conocido: registrar si la víctima identifica al agresor, marcar con X en la casilla correspondiente.
- Si tiene algún vínculo con el agresor: marcar con una X en la casilla correspondiente, si la víctima ha tenido relación de pareja con el agresor, de algún otro tipo de relación o si es familiar. Si así fuere, en espacio "especificar familiar", describir la calidad del mismo (padre, padrastro, tío, primo, etc.). Si no corresponde a ninguno de los anteriores se marcará la casilla otro con una X.
- Si el agresor le agredió físicamente: rellenar la casilla correspondiente con una X.
- Si durante la agresión hubo forcejeo, es decir, si hubo resistencia de la víctima a la agresión. Colocar una X en la casilla que corresponda.
- Si el agresor resultó lesionado, es decir, si al presentar resistencia, la víctima le ocasionó al agresor alguna lesión (excoriación, contusión, etc.) anotar en la casilla correspondiente con una X.
- Si en el hecho existió violencia a nivel de la vestidura: llenar la casilla que corresponda con una X.

Breve relato del hecho

En este apartado la/el proveedora/or en salud, debe anotar con letra clara y legible, de manera descriptiva y resumida, los datos más

sobresalientes respecto a la ocurrencia de la agresión, es decir, cómo sucedieron los hechos, ejemplo:..(sic) *“Ayer por la tarde, mientras abría la puerta de mi casa fui interceptada por 2 hombres desconocidos, quienes me introdujeron a mi casa a la fuerza, llevándome al cuarto, amenazándome con matarme si gritaba. Yo me resistí, pero fue en vano porque me sujetaron de manos y pies, me quitaron la ropa y abusaron de mí”*.

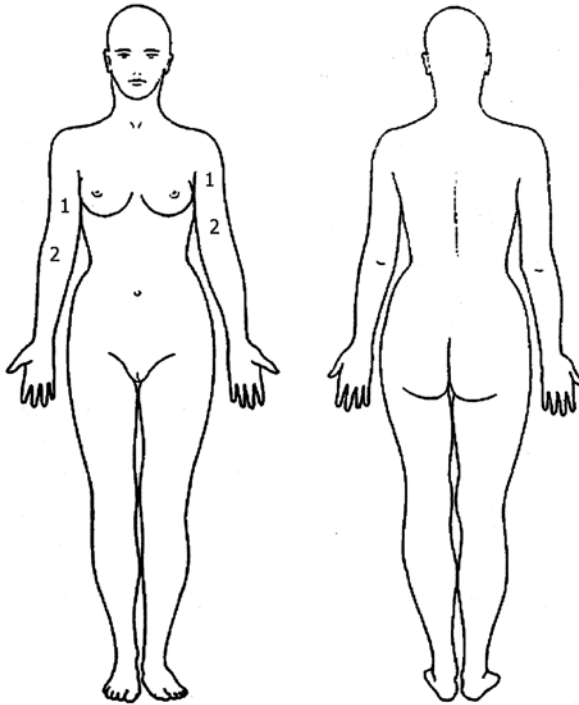
Llenado de los diagramas

Los diagramas que se encuentran en el Certificado Único corresponden a la silueta de una mujer y de un hombre, además de 2 específicos del área genital de la mujer y de la región anal. Estos esquemas se utilizan para anotar las lesiones que se encuentren al examen físico. Al pie de cada uno de ellos existe una referencia numerada de diferentes tipos de lesiones que deben transportarse según el número que corresponda a la región anatómica que se muestra en el esquema.

La descripción escrita debe coincidir con lo especificado en el diagrama y describir la lesión observada en el examen físico según la región anatómica correspondiente. Por ejemplo: Si durante el examen médico se logra identificar lesiones que correspondan a excoriaciones y equimosis situadas en ambos brazos y a nivel de cara anterior de brazo derecho e izquierdo, se colocará el número 1 y 2 en el gráfico correspondiente.

Ejemplo:

MUJER, CUERPO COMPLETO - PLANOS ANTERIOR Y POSTERIOR



TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA
1. Excoriada. 2. Equimosis. 3. Hematoma. 4. Herida contusa. 5. Herida cortante. 6. Herida punzo cortante. 7. Herida punzante. 8. Herida contuso cortante. 9. Herida de entrada por proyectil disparado por arma de fuego. 10. Herida de salida por proyectil disparado por arma de fuego. 11. Laceraciones. 12. Mordedura humana. 13. Quemadura.
Otros: _____

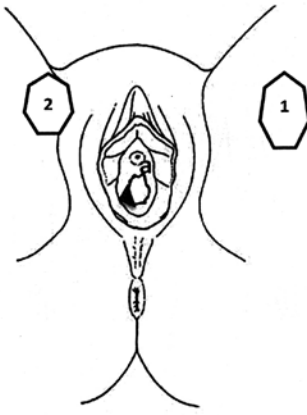
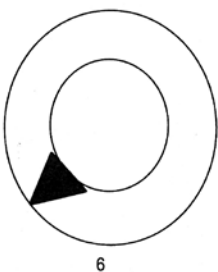
- Este mismo procedimiento se llevará a cabo en aquellos segmentos corporales donde se noten lesiones, empleando para ello los diagramas en posición anteroposterior, posteroanterior, lateral derecho y lateral izquierdo.

En caso de tratarse de una agresión física y además de una de tipo sexual

Se empleará indefectiblemente los esquemas para este propósito en relación con el examen ginecológico y proctológico, siguiendo la misma


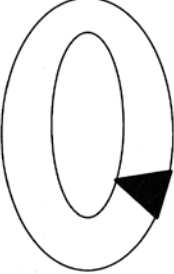
metodología de los anteriores esquemas en relación con las lesiones observadas. Sin embargo, en esta parte se DEBERÁ CON ABSOLUTO CUIDADO, IDENTIFICAR EL TIPO DE HIMEN OBSERVADO (anotando en la referencia al pie del gráfico a, b, c, u otro) REMARCAR, CON BOLÍGRAFO AZUL LOS DESGARROS ANTIGUOS Y CON BOLÍGRAFO ROJO LOS DESGARROS RECIENTES.

Ejemplo:

REGIÓN GENITAL Y REGIÓN ANORRECTAL FEMENINO	UBICACIÓN HORARIA
	
<p>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA</p> <p>1. Excoriación 2. Equimosis 3. Hematoma 4. Herida contusa 5. Herida cortante 6. Herida punzo cortante 7. Herida punzante 8. Herida contuso cortante 9.</p> <p>Laceraciones 10. Tipo de Himen: a.- Circular b.- Semilunar c.- Bilobado.- Otro. Especificar _____</p> <p>11. Tipo de desgarro.- Completo Incompleto 12. Data de desgarro: A.-Reciente B.-Antiguo Especificar Ubicación horaria _____</p> <p>13. Otro _____</p>	

- De la misma manera, cuando se tenga antecedentes de que la víctima haya sufrido agresión sexual por vía anal, se procederá a identificar las lesiones y su ubicación. En caso de existir fisuras, laceraciones o desgarros deben dibujarse las antiguas en el esquema con bolígrafo azul (cicatrices) y bolígrafo rojo las recientes.

Ejemplo:

REGIÓN DEL AÑO POSICIÓN GENU PECTORAL	UBICACIÓN HORARIA
	
<p>TIPO DE LESIÓN ENCONTRADA</p> <p>1. Excoriación-2. Equimosis, 3. Hematoma, 4. Herida contusa, 5. Herida cortante, 6. Herida punzo cortante, 6. Herida punzante, 7. Herida contuso cortante, 8. Laceraciones 9. Fisuras- 10. Desgarros.- Otro. Especificar: _____</p> <p>Ubicación horaria: _____ 11. Otro: _____</p>	

140

- Una vez realizada la identificación de las lesiones y anotadas en los esquemas, la/el proveedora/or en salud deberá describir literalmente todas y cada una de ellas, en relación con:
 - a. Número (cantidad de lesiones).
 - b. Ubicación anatómica.
 - c. Tipo de lesión (excoriación, hematoma, herida contusa etc.).
 - d. Características de la lesión (tamaño, forma, coloración, bordes, etc.).
 - e. Posible instrumento que pudo causar la lesión (manos, puño, objeto etc.).
- En el caso de haberse realizado el examen genital o anal, se deberá hacer énfasis en forma literal y descriptiva del tipo de himen observado (circular, bilabiado, semilunar etc.), en la descripción de los desgarros (desgarro completo, incompleto, reciente, antiguo, presencia de coágulos, proceso de cicatrización, etc. En el caso de la región anal, se

describirá la forma, la tonicidad del esfínter anal externo, los pliegues mucos cutáneos, fisuras, laceraciones, cicatrices, etc.

Muestras y evidencias colectadas en casos de delitos sexuales

En este punto y de acuerdo al Protocolo de Atención a Víctimas en estado de violencia dentro del marco de la Ley N° 348, la/el proveedora/or en salud podrá marcar claramente con una X, qué muestras o evidencias ha colectado en el proceso del examen físico y el tratamiento profiláctico o de prevención proporcionado.

Una vez concluido el llenado del Certificado Único, se entregará a personal policial, de la fiscalía o autoridad competente.

Exámenes complementarios

Se adjuntará en fotocopias todo documento médico relacionado con la atención a la víctima como informes de laboratorio, de radiología, ecografía etc.

Impresión diagnóstica

Se anotará de manera clara y legible los diagnósticos a los cuales se arribó después de haber realizado el examen físico de acuerdo y en relación con los que se reconocen en el INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES.

Finalmente, es imprescindible que la/el proveedora/or en salud que ha realizado la atención a la víctima en estado de violencia, firme y aclare su firma escribiendo en forma clara y legible su/s nombres/s y apellidos completos, estampar su sello (si lo tuviera), anotar su carnet de identidad, el número de su celular así como el del establecimiento de salud, el cargo que ocupa y el sello institucional.

Recomendaciones

Se debe llenar el Certificado Único con letra clara y legible, abarcando todos los apartados del mismo. Los que no puedan consignarse se los dejará en blanco.

El Certificado Único no debe tener manchas ni tachaduras.

El Certificado Único debe contener de manera clara y legible el nombre completo de la víctima y sus datos así como el nombre completo y los datos de la proveedora o proveedor de salud que atendió el caso.

La colecta y embalado de las muestras y/o evidencias deben estar de acuerdo al protocolo de abordaje a víctimas en estado de violencia dentro del marco de la Ley N° 348.

Es importante que se conserve la cadena de custodia tanto del Certificado Único como de las muestras o evidencias, de acuerdo a protocolo.

El Certificado Único será homologado por un médico forense.

Ficha de Consentimiento informado (modelo adjunto) para la interrupción legal y segura del embarazo, en el marco de la Sentencia Constitucional N° 0206/2014

142

El presente Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual e ILE es un regulador de servicios para el acceso de las mujeres a servicios de salud para la interrupción legal y segura del embarazo de acuerdo a la Sentencia Constitucional N° 0206/2014; es de cumplimiento obligatorio para las autoridades, personal médico, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y personal administrativo, en los servicios del sistema de salud del Estado boliviano, con sólo presentación de la copia de la denuncia realizada ante la Policía o Fiscalía o Autoridades Originarias Competentes.

El Consentimiento Informado es la potestad que tiene la víctima para someterse a la interrupción de su embarazo por violación, incesto, estupro o cuando su salud o su vida corren peligro por el embarazo.

Se solicita leer cuidadosamente el formulario, en cuya parte final se encuentra la casilla para marcar la aprobación registrando nombre completo y firma.

De acuerdo a lo anterior, en el acto médico se realizará:

- Historia clínica
- Examen ginecológico
- Examen de sangre y orina
- Ecografía
- Orientación en anticoncepción post aborto
- Interrupción legal del embarazo

De acuerdo a mi elección informada, seleccionaré el método anticonceptivo post aborto.

Igualmente, me fue comunicado el/los tratamiento/s, procedimiento (s) que se consideran idóneos para mi caso.

Una vez que usted ha leído y llenado la presente ficha y habiendo comprendido como se realizará el procedimiento, sírvase señalar si está de acuerdo o no con su realización.

Si estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

Nombre de la paciente: N° HCL:

Firma:

Nombre y apellidos del prestador/a de salud:

.....

Servicio de salud:

ANEXO 4

FICHA DE CONTRAREFERENCIA

Fecha: Hora: N° H.CL:

Institución: Responsable:

Acciones realizadas:

.....

.....

.....

Acciones a realizar:.....

.....

.....

.....

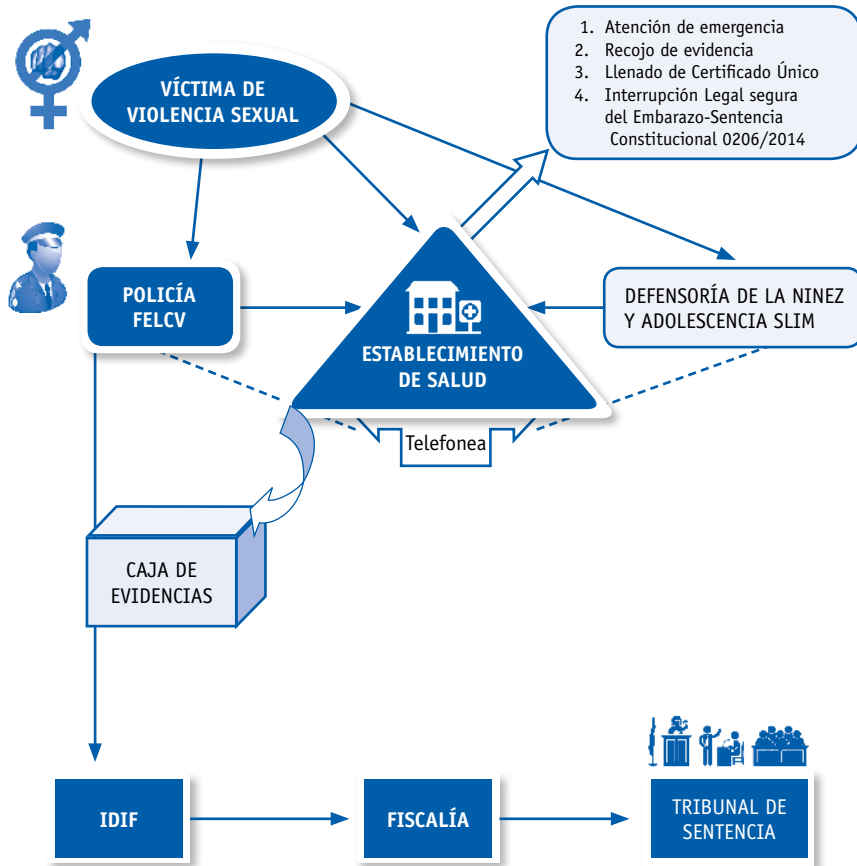
Nombre y apellidos del responsable:

..... Cargo:

Referida al servicio/institución:

ANEXO 5

RUTA CRÍTICA PARA LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



ANEXO 6

HISTORIA CLÍNICA DEL ABORTO

HISTORIA CLÍNICA - MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO - CLAP/SMR - OPS/OMS NOMBRE _____ APELLIDO _____ DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ TEL.F. _____				FECHA DE NACIMIENTO día mes año _____		ALFA BETA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>		ESTADIO CIVIL casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		Lugar del control prenatal _____ Lugar del parto/laborio _____ N° Identificación _____			
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> pre-eclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/> PERSONALES: genito-urinales <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/> OBSTETRICOS: gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> viven <input type="radio"/>				ÚLTIMO PREVIO n/c <2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> >4000g <input type="radio"/> emb. ectópico <input type="radio"/>		3 egorg. consecutivos <input type="radio"/> partos <input type="radio"/> cesáreas <input type="radio"/>		nacidos muertos <input type="radio"/> muertos 1° sem <input type="radio"/> después 1° sem <input type="radio"/>		FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año _____ cesárea <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> aborto <input type="radio"/>					
GESTACIÓN ACTUAL PESO ANTERIOR _____ Kg TALLA (cm) _____ FPP-FUM _____				EG CONFIABLE por FUM <input type="radio"/> Eco <20 s. <input type="radio"/>		ANTECEDENTES FUMA ACT. <input type="radio"/> FUMA PAS. <input type="radio"/> DROGAS <input type="radio"/> ALCOHOL <input type="radio"/>		EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> FRACASO MÉTODO ANTONCEP. <input type="radio"/>		GRUPO Rh <input type="radio"/>		Inmunización <input type="radio"/>			
ADmisión POR ABORTO fecha de ingreso _____ hora _____ min _____ motivo de consulta: metrorragia <input type="radio"/> fiebre <input type="radio"/> dolor <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>				ABORTO LEGAL <input type="radio"/>		EDAD GESTACIONAL _____ semanas _____ días _____ por ECO _____		ACOMPAÑANTE: pareja <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		PROCEDENCIA: traslado desde otro servicio <input type="radio"/>		TRANSPORTE: personal <input type="radio"/> pública <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/>			
PRE - PROCEDIMIENTO SIGNOS VITALES: PULSO _____ PRESIÓN ARTERIAL _____ TEMPERATURA _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ HEMOGLOBINA _____				LABORATORIO: VDRL/RPR _____ TPO SIFILIS _____ VIH _____		SINTOMATOLOGÍA: días y horas _____ desde el inicio del 1° síntoma _____		COMPLICACIONES: infección genital <input type="radio"/> infección pélvica <input type="radio"/> sepsis <input type="radio"/> hemorragia extensa <input type="radio"/> shock hipovolémico <input type="radio"/> perforación digestiva o de otro vaginal <input type="radio"/> uterino <input type="radio"/> pélvico <input type="radio"/>		DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Estado del aborto actual: completo <input type="radio"/> descompleto <input type="radio"/> incompleto <input type="radio"/> no aplica <input type="radio"/> Tipo: espont. <input type="radio"/> frustro <input type="radio"/> mola <input type="radio"/> emb. no viable <input type="radio"/> terap. <input type="radio"/> terap. no especific. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>					
EXAMEN CLÍNICO CONCIENCIA: lúcida <input type="radio"/> soporosa <input type="radio"/> excitada <input type="radio"/> comatosa <input type="radio"/> PIEL Y MUJOSAS: normal <input type="radio"/> pálida <input type="radio"/> equimosis <input type="radio"/> petequias <input type="radio"/> ictericia <input type="radio"/>				EXAMEN GINECOLÓGICO: UTERO POR EXAMEN BIMANUAL: Posición _____ Tamaño _____ AVF _____ Medio _____ RVRV _____ Cuello cerrado <input type="radio"/> abierto <input type="radio"/> Restos visceram <input type="radio"/> sír <input type="radio"/> Vagina normal <input type="radio"/>		ECO: Realizada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Tamaño útero _____ mm		ANALGESIA: Solitaria <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Sangrado: leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		DOLOR: score _____		COD DIAG CIE 10: Admisión Presuntiva _____			
TRATAMIENTO - PROCEDIMIENTO fecha de ingreso _____ hora _____ min _____ MAduración CERVICAL: No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> horas _____ EvACUACIÓN UTERINA: AMEU <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> examen <input type="radio"/>				AMBISANTE: parto <input type="radio"/> proced <input type="radio"/> quírof <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		MEDICACIÓN: analg <input type="radio"/> prosta <input type="radio"/> anti <input type="radio"/> anti <input type="radio"/> sedación <input type="radio"/> anal <input type="radio"/> anest. local <input type="radio"/> anest. regional <input type="radio"/> anest. gen. <input type="radio"/> trans <input type="radio"/>		MEDIC 1 _____ MEDIC 2 _____ MEDIC 3 _____ MEDIC 4 _____ SCORE DE DOLOR _____		HALLAZGOS: Complicaciones intraoperatorias: sangrado excesivo <input type="radio"/> lesión cerv.vag. <input type="radio"/> lesión uter. <input type="radio"/> Quirúrgicas: especificar _____ Amnesticas: reacción adversa <input type="radio"/> convulsión <input type="radio"/> paro cardíaco <input type="radio"/>					
POST - PROCEDIMIENTO fecha fin de procedimiento _____ hora _____ min _____ tensión arterial _____ pulso _____ temp. _____ sangr. _____ dolor _____				Consejería/Información: cuidados básicos <input type="radio"/> signos de alarma <input type="radio"/> anticoncepción <input type="radio"/> cita de seguimiento <input type="radio"/>		EGRESO: fecha _____ hora _____		TIPO DE EGRESO: egreso médico <input type="radio"/> egreso voluntario <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> fuga <input type="radio"/>		CONDICIÓN AL EGRESO: sana <input type="radio"/> con patología <input type="radio"/> traslado <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>					
ANTICONCEPCIÓN: Inicio MAC <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>				ACÓ "píldora" <input type="radio"/> recib. <input type="radio"/> (solo vaginal, jarro, etc.) <input type="radio"/> recib. <input type="radio"/> otro método <input type="radio"/> recib. <input type="radio"/>		EOV masc <input type="radio"/> EOV fem <input type="radio"/>		OBSERVACIONES:		COD DIAG CIE 10: EGRESO _____					
ACO "inyectable" <input type="radio"/> recib. <input type="radio"/> implante <input type="radio"/>				EOV masc <input type="radio"/> EOV fem <input type="radio"/>		ANTI RUBEOLA: vigente <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		PREFERENCIA: No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		Responsable: _____					

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

La salud... un derecho para vivir bien