

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

PROTOCOLO
INSTITUCIONAL PARA LA
ATENCIÓN A PERSONAS
EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA BASADA EN
GÉNERO Y
GENERACIONES

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

AUTORIDADES DE ASSE

Directorio

Presidenta:	Dra. Susana Muñiz
Vicepresidente:	Dr. Mauricio Arduz
Vocal:	Cr. Jorge Rodríguez Rienzi
Representante de los Trabajadores:	Lic. Pablo Cabrera
Representante de los Usuarios:	Sra. Natalia Pereyra
Gerente General:	Dr. Richard Millán

Autoras:

Dra. Fernanda Lozano
Mág. Sandra Sande
Psic. Clin. Wanda Oyola

Cuadros:

Dra. Fernanda Lozano
Mág. Fernanda
Methol Jimena
Pandiani

Colaboradores:

Dr. Pablo Bentancurt
Dra. Magdalena García
Sra. Jimena Pandiani

Lectura:

Dr. Francois Borde Dra.
Dione Carrasco Dra.
Mónica Gorgoroso Dr.
Daniel Márquez Dra.
Amparo Paulós Dr.
Horacio Porciúncula

Edición y diseño:

Creativo Martín Lima
Diseñador Gráfico Ignacio González
Jimena Pandiani
Impresión Del Este Sol S.R.L
Edición Agosto 2017
ISBN: 978-9974-8212-1-7

ISBN: 978-9974-8212-1-7



Prólogo

La importancia que nuestra Institución asuma la responsabilidad de difundir este protocolo es vital como modo de fortalecer y contribuir la incorporación de las perspectivas de Derechos Humanos Género y Generaciones, Étnico-Racial, Discapacidad y Diversidad Sexual en las Políticas Públicas de enfrentamiento a la Violencia basada en Género (VBG).

Teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la detección de casos de violencia surge la necesidad de mejorar en forma continua el abordaje de la formación y capacitación de los equipos de atención y el esclarecimiento de los roles de cada uno.

Esta elaboración más allá de los resaltables aspectos técnicos que la conforman lleva implícito un alto componente de compromiso y sensibilidad.

Las nuevas herramientas tecnológicas nos permiten a través de la capacitación online que los equipos de salud se formen diariamente en cursos de abordaje de violencia sexual en el territorio. Esto permite tener una valoración integral y una mirada particular de acuerdo a la situación planteada. Así como conocer las formas adecuadas para hacer la denuncia correspondiente, valorando, manejando la repercusión y existencia de riesgos para mejor protección y contención de las víctimas.

Finalmente un sincero reconocimiento a las autoras que han dedicado su conocimiento, tiempo, y compromiso para que esta publicación se transforme en un elemento de consulta y guía en momentos críticos frente a estas situaciones complejas y dolorosas.



Dra. Susana Muñiz
Presidenta
Administración de los Servicios
de Salud del Estado

Contenido	
JUSTIFICACIÓN	7
ALCANCE Y OBJETIVOS	7
ROLES	8
ROL DEL EQUIPO DE GESTIÓN DEL SERVICIO	8
ROL DEL EQUIPO DE REFERENCIA (ERV).....	11
ROL DEL EQUIPO COORDINADOR DE REFERENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES DE ASSE	12
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN	14
SITUACIONES DETECTADAS EN POLICLÍNICA:	15
SITUACIONES DETECTADAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA ..	21
SITUACIONES DETECTADAS EN URGENCIA Y EMERGENCIA.	23
a) situaciones de bajo riesgo detectadas en urgencia y emergencia	24
b) situaciones de alto riesgo detectadas en urgencias y emergencias.....	25
SITUACIONES VALORADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	30
SITUACIONES DETECTADAS EN LAS UNIDADES DE EMERGENCIA MÓVIL – SAME 105.....	33
MANEJO DE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL Y TRATA	36

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

Violencia sexual perpetrada por pareja, ex pareja o personas del entorno cercano	36
Agresión sexual aguda perpetrada por extraños	38
Situaciones de explotación sexual comercial	41
EMBARAZO NO INTENCIONAL INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	45
DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO	45
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA.....	47
REALIZACIÓN DE LA DENUNCIA	49
MANEJO DE OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA INTERPERSONAL.....	51
ANEXO I	52
ANEXO II	53
ANEXO III	57
ANEXO IV	61
ANEXO V	78
BIBLIOGRAFÍA.....	80

JUSTIFICACIÓN

Este protocolo se inscribe en un marco conceptual basado en perspectiva de género y generaciones. Tiene en cuenta además, la interseccionalidad con otros factores de vulnerabilidad para sufrir situaciones de violencia como la ascendencia étnico-racial, presencia de discapacidad, especialmente si hay dependencia, y la diversidad por identidad u orientación sexual. Se basa en la normativa vigente y en los tratados y acuerdos internacionales sobre la materia, así como la postura de la Organización Mundial de la Salud de que la violencia es un problema grave de salud con elevados costos directos e indirectos.

Asimismo, para disminuir la discriminación tanto por género o generaciones, como por etnia u orientación sexual en los servicio de salud, es necesario el desarrollo de políticas institucionales acordes con las disposiciones relativas a Derechos Humanos y este protocolo incorpora estas especificidades.

ALCANCE Y OBJETIVOS

Este documento comprende a todas las Unidades Ejecutoras (UE) y Servicios de ASSE de todo el país y su propuesta es:

- Brindar la atención de salud de las personas en situaciones de violencia
- Contribuir a la igualdad en las relaciones de género y generaciones
- Orientar las acciones de los equipos de gestión y de salud en la respuesta a las situaciones de violencia
- Implementar mecanismos y dispositivos de atención a las situaciones de alto riesgo

- Formalizar líneas de acción conducentes a garantizar prestaciones oportunas, longitudinales y respetuosas de los derechos de las personas involucradas
- Brindar medidas de cuidado sanitario, psicosocial y protección a las personas que viven situaciones de violencia
- Garantizar una rápida y efectiva respuesta a las situaciones de violencia sexual
- Aportar elementos para la restitución de los derechos vulnerados de las personas en situación de violencia, procurando el fortalecimiento y ejercicio de habilidades para promover la salida de esta situación y prevenir nuevos perjuicios.

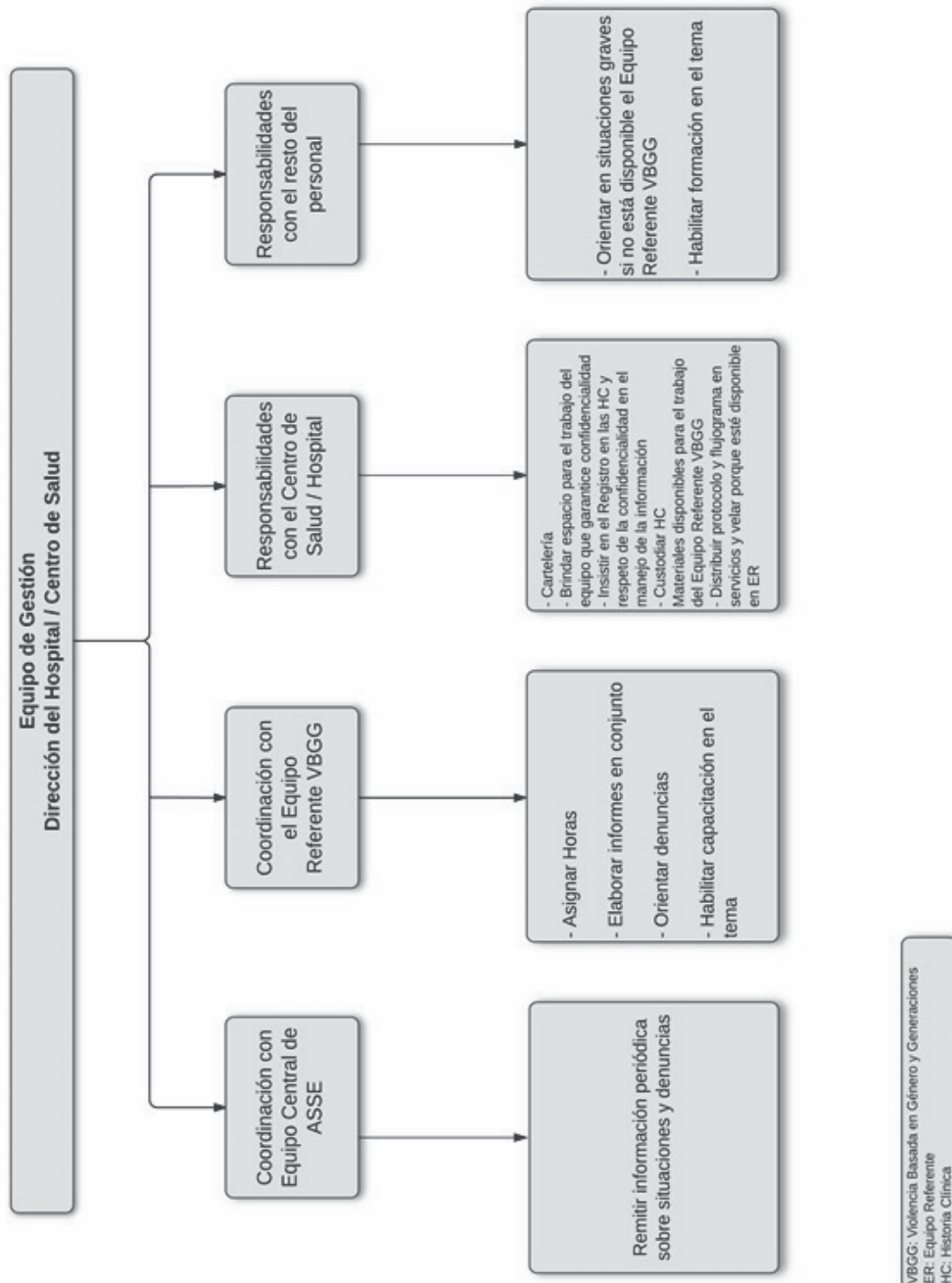
ROLES

ROL DEL EQUIPO DE GESTIÓN DEL SERVICIO

- Designar en todas las unidades ejecutoras un equipo de referentes en Violencia Basada en Género y Generaciones (VBGG), del cual al menos uno de sus integrantes esté designado para participar en el Comité de Recepción del Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). Se tendrá en cuenta recomendaciones técnicas del equipo central de ASSE y MSP.
- Facilitar la tarea de esos equipos en cuanto a organización de la atención, generación de jornadas de capacitación con técnica/os, así como el registro y el cumplimiento de los deberes éticos vinculados a todos los aspectos de la intervención. Brindar los recursos materiales necesarios al equipo, y para la atención de la salud de las/los usuarias/os.

- Promover que se destinen horas específicas para el trabajo en VBG a los equipos de referentes de acuerdo a las necesidades de cada servicio. Habilitar tiempo dentro del horario laboral para reunión de equipo y actividades de promoción y trabajo en red, incluyendo actividades formativas en la temática que son de interés para la institución.
- Cuando se requiera judicialización, vehicular las denuncias en forma institucional, avalando a los equipos.
- Garantizar que se eleve informe mensual realizado por el Equipo de Referentes de Violencia (ERV) de la UE, al equipo central de ASSE sobre las situaciones de violencia en que existió orientación o fueron atendidas por dicho equipo (ver anexo).
- Llevar un registro en Dirección donde se guarde copia de cada una de los informes elevados al Juzgado realizados por el ERV o por otros servicios de su UE.
- Facilitar al equipo de referentes información sobre la necesidad de capacitación de las/os técnicas/os para mejorar la indagatoria y respuesta.
- Informar sobre la obligatoriedad del registro en la historia clínica y trabajar en cada UE y/o servicios sobre su importancia así como la confidencialidad en el acceso a la misma.
- Difundir este flujograma de atención, así como el protocolo de violencia sexual del Ministerio de Salud, garantizando que estén accesibles en todos los se (policlínicas, emergencias, laboratorios, etc), junto con el listado de recursos disponibles, así como los insumos que sean necesarios para la atención.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES



ROL DEL EQUIPO DE REFERENCIA (ERV)

- Promover la organización del proceso asistencial, procurando especialmente la continuidad del mismo en los casos de riesgo, de violencia sexual o cuando se requiere la intervención de especialistas o de más de un nivel de atención.
- Atención de las situaciones de alto riesgo y de violencia sexual en conjunto con el equipo de salud tratante.
- Promover que todos los profesionales aborden esta problemática, evitando la derivación rutinaria.
- Efectuar el adecuado registro de las situaciones atendidas por dicho equipo en las correspondientes historias clínicas.
- Orientar al personal que tenga dudas en la evaluación de la situación, diagnóstico, escenario de protección, planificar conjuntamente con el equipo tratante estrategias de abordaje.
- Contribuir a la sensibilización y capacitación permanente de la/os técnicas/os y funcionarias/os, coordinando dichas capacitaciones con el Grupo Coordinador de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE y con la Dirección de Capacitaciones de ASSE.
- Difundir y actualizar información, sobre recursos locales en relación al tema.
- Contribuir a la sensibilización, información, implementación de actividades de prevención y promoción con las/os usuarias/os y con la comunidad. Difusión en las salas de espera, consultorios, etc.

- Promover formación de grupos terapéuticos para personas en situación de violencia.
- Participar del trabajo en red con otras instituciones, en redes temáticas y en los Comités de Recepción Local del SIPIAV entre otras.
- Sistematizar (en conjunto con el equipo de gestión) el registro de las situaciones denunciadas desde el hospital o centro de salud (ya sea por el equipo de referentes u otra/os técnica/os).
- Informar periódicamente al Equipo Central Coordinador de situaciones atendidas así como de los cambios en la conformación del equipo.
- Participar de reuniones convocadas por el Equipo Coordinador de Equipos referentes de ASSE.

Población atendida: Personas usuarias de ASSE referidas desde policlínicas y emergencia con los criterios mencionados en el flujograma de este documento, o derivadas de otras instituciones (Socat, escuelas, liceos y ONGs, entre otras), personas que consultan espontáneamente al equipo, técnica/os que realicen la interconsulta solicitando asesoramiento por personas en situación de violencia, comunidad (actividades de prevención y promoción).

ROL DEL EQUIPO COORDINADOR DE REFERENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES DE ASSE

- Asesorar a la Institución en la temática
- Asesorar a los técnicos y ERV en el abordaje de situaciones complejas.

- Ser el nexo entre los equipos de referentes de violencia de las distintas UE de ASSE con el programa de Violencia y Salud del Ministerio de Salud Pública, SIPIAV y demás organismos relacionados con la temática.
- Definir criterios comunes de trabajo.
- Mantener reuniones periódicas con los ERV de ASSE.
- Llevar registro de situaciones reportadas por los equipos de referentes y situaciones judicializadas en todo el país.
- Mantener las coordinaciones intrainstitucionales con otros equipos (salud mental, salud sexual y reproductiva, entre otros) e interinstitucionales pertinentes (INMUJERES, SIPIAV, Poder Judicial, Ministerio del Interior, CONAPEES, etc.).
- Organizar y difundir capacitaciones en la temática.
- Facilitar la difusión e implementación de este protocolo.
- Promover la creación de ámbitos de atención a los agresores o en su defecto generar acuerdos con al menos un efector de la red de prestadores públicos.
- Informar a la Gerencia General sobre las dificultades existentes en los territorios para mejorar la respuesta.
- Elaborar un informe anual a la Gerencia General sobre lo actuado.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

Algunos criterios a tener en cuenta:

Riesgo Vital

Capacidad de consentir (competencia: con entendimiento de la situación e información brindada, evaluar afectación de su salud mental, considerar criterio de autonomía progresiva en adolescentes; situaciones de coercibilidad: amenazas, tipo de situación, tipo de vínculo, entre otras)

Atender la demanda concreta de la persona que sufre violencia (en función de su capacidad de decidir) y sus necesidades

Repercusiones de la violencia en la salud (en todos sus aspectos)

Capacidad del entorno familiar de brindar cuidados y apoyos

Mapeo de redes

¿Qué acciones NO debe hacer el equipo de salud?: violar la confidencialidad, restar importancia a la violencia, culpabilizar a la víctima, no respetar su autonomía, ignorar la necesidad de seguridad, normalizar la violencia, imponer sus creencias y valores, someter a la persona a múltiples interrogatorios o preguntas inadecuadas – revictimizantes, someterla a reiterados exámenes físicos innecesarios, presionarla a denunciar y no respetar sus tiempos, omitir el registro en la historia clínica, trabajar en solitario, intentar mediación con el agresor, promover revinculación forzada en caso de niño/as o adolescentes, promover las visitas de hijo/as al agresor a prisión en caso de feminicidio.

SITUACIONES DETECTADAS EN POLICLÍNICA:

A las/os profesionales y funcionarias/os les compete:

- **Realizar la detección y pesquisa** en forma oportuna dentro de la consulta, ayudándose para ello en las guías existentes y los ejes conceptuales transmitidos en las capacitaciones realizadas por ASSE, brindando un abordaje desde la perspectiva de derechos.
- **Completar el diagnóstico de situación:** despejar la demanda concreta de la persona, evaluar sus necesidades, las repercusiones de la violencia, valorar el riesgo para su integridad, evaluar las redes y los recursos de que dispone.
- **Comenzar el abordaje a corto plazo:** trabajar con la persona para involucrarla en el proceso de cambio, fortaleciéndola para que pueda sostenerlo a mediano y largo plazo. Solicitar la paraclínica correspondiente e iniciar tratamiento, de ser necesario.
- **Realizar seguimiento:** mediante las consultas previstas o generando las que sean necesarias.

Es preciso, especialmente en situaciones que involucran a personas dependientes, que el equipo de salud trabaje con la familia y/o vínculos de referencia, en el sentido de fortalecerlos en los cuidados, ofrecer asistencia psicológica personal y eventualmente grupal, procurar el relevo del rol de cuidador/a cuando sea posible y promover un cambio en las pautas de vínculo violento.

Ante situaciones de alto riesgo, se recomienda evaluar junto con la persona la forma de implementar medidas de protección a corto plazo¹.

En caso de **riesgo de homicidio** se recomienda recurrir a las redes familiares, de no contar con ellas, trabajar junto con la persona la forma de ingreso a refugios o centros de cuidados, o eventualmente considerar la posibilidad de internación, teniendo en cuenta su voluntad y si tiene otras personas a cargo. En caso de niño/as y adolescentes prima el interés superior, así como en situaciones de alta vulnerabilidad como adultos mayores o personas con discapacidad en situación de dependencia, por lo cual será necesario la implementación de medidas de protección inmediatas ².

Si existe **riesgo de suicidio** se debe generar consulta inmediata con psiquiatra.

En casos de **riesgo vital o afectación grave de la salud** la/os profesionales evaluarán junto con la persona que sufre violencia, la oportunidad del traslado a un centro de mayor complejidad, ya sea para tratamiento, estudio o medidas de protección. En caso de niño/as y adolescentes al igual que en la situación anterior prima el interés superior del niño, siempre

¹ Entre las medidas de protección se incluyen las propias que pueda generar la persona, la familia y redes de vínculos así como las interinstitucionales mediante las coordinaciones que se requieran en cada caso.

² Las medidas de protección incluyen la internación en servicios de salud, así como la denuncia con solicitud de medidas de protección, coordinando con el servicio de violencia del hospital al que fue derivado el seguimiento de la situación.

teniendo en cuenta la autonomía progresiva y la legislación que avala la atención sanitaria de esta población aun en ausencia de representantes legales. Consideración similar merece la atención de adultos mayores o personas con discapacidad en situación de dependencia.

En caso de que una persona consulte por **violencia sexual**, se seguirán estos lineamientos generales y además los del apartado correspondiente.

En estos casos de riesgo moderado – alto así como en casos de violencia sexual, se realizará la interconsulta con el equipo de referentes de violencia, para ir pensando la estrategia a corto y mediano-largo plazo.

En los casos que se recurrió al ingreso a un tercer nivel, ya sea para tratamiento como para protección transitoria, es necesario que el equipo del primer nivel se comuniquen con los profesionales del hospital para informar de la situación, del riesgo, las intervenciones previas y pensar en conjunto la mejor estrategia de abordaje así como el seguimiento posterior al alta.

A los especialistas que por su relación clínica la atención pueda ser menos continua que en los casos anteriores (ej. endocrinólogo, reumatólogo, traumatólogo, diabetólogo, cardiólogo, nefrólogo, odontólogo, psiquiatra, neurólogo, nutricionista entre otros), igualmente les compete, ante un alto índice de sospecha, detectar, indagar, e iniciar el diagnóstico de situación y riesgo ante respuestas positivas. Deberán realizar el seguimiento coordinando con el/la médico/a de referencia y con el ERV de la UE para orientación

y apoyo, respetando el derecho a la toma de decisiones³ y a la información así como a la confidencialidad. Ante dudas la/el especialista podrá realizar la interconsulta con el ERV para completar la valoración y diseñar la estrategia de abordaje. Se contactará a la persona con la policlínica periférica más cercana o con su médico de referencia realizándose la derivación de manera responsable.

En caso de situaciones de violencia ejercidas hacia niño/as o adolescentes (NNA) o cuando éstos son testigos de violencia en la pareja, se aplicarán los instrumentos nacionales existentes (mapas de ruta y modelo de atención del SIPIAV), y se podrá recurrir al Comité de Recepción Local (CRL)⁴. En caso de no contar con CRL en la localidad o que se demore la consulta con el mismo, se podrá recurrir a las redes temáticas o focales existentes. Si no se cuenta con dichos recursos se improvisará un equipo multidisciplinario con los recursos disponibles y el/la operador/a podrá consultar al ERV de la UE, o en su defecto y si la complejidad de la situación lo amerita, al equipo central de ASSE. Nunca se debe dejar de abordar estas situaciones por no contar con el equipo completo. El planteo

³ En caso de NNA si bien se considerará la autonomía progresiva, en caso de violencia es complejo que en ese espacio se pueda determinar con precisión esta capacidad de decidir y debe primar siempre el interés superior del NNA. Al igual de caso de adultos mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia en quienes la posibilidad de toma de decisiones puede estar afectada.

⁴ Espacio interinstitucional que tiene dentro de sus objetivos recepcionar, orientar y coordinar la atención de situaciones de violencia que viven NNA, así como generar acuerdos locales y espacios para la atención.

de la situación ante el CRL, redes o ERV no exime de la obligación de realizar el seguimiento por parte de los profesionales actuantes.

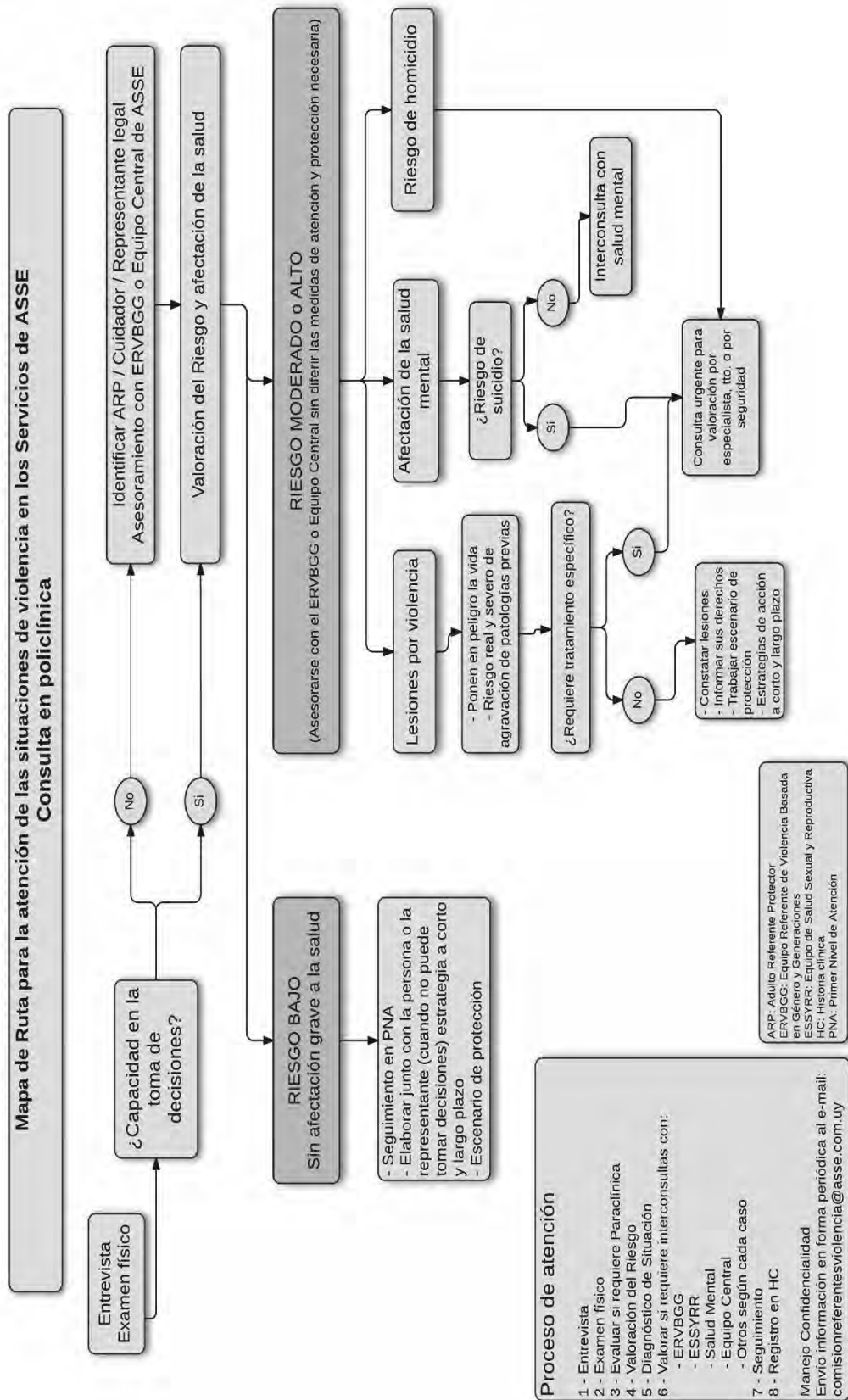
En caso de situaciones de maltrato o abuso sexual infantil y adolescente así como violencia ejercida hacia personas adultas mayores o con discapacidad en situación de dependencia, se hace necesaria la identificación de un/a cuidador/a (también llamado adulto referente /protector).

En caso de NNA si la conducta detectada se enmarca en una pauta inadecuada de crianza⁵ o situación de desborde y no corresponde a una situación de maltrato recurrente sino de una situación puntual y de bajo riesgo, es necesario trabajar con otra metodología que incluya aspectos vinculados a la parentalidad positiva⁶. En caso de cuidadores de adultos mayores o personas con discapacidad con dependencia, la violencia ejercida puede deberse al síndrome de sobrecarga del cuidador, recomendándose trabajar con éste para generar alternativas y cuidados de respiro.

⁵ Las pautas de crianza son las formas en que los adultos (padres u otros familiares) orientan el desarrollo del NNA transmitiéndole valores y normas sociales, e incluye las acciones llevadas a cabo por los adultos responsables de estos para dar respuesta a sus necesidades (Cuervo A, 2010). Se requiere que en dichas pautas se incluya el afecto, la expresividad, comunicación, la empatía, ternura, junto con la firmeza, límites y normas claras, así como control, pero sin llegar al autoritarismo y abuso de poder, y mucho menos a la violencia psicológica aunque sea en forma puntual como castigo, siendo estas pautas inadecuadas de crianza.

⁶ Se refiere a comportamientos de los padres basados en el interés superior del niño, en los cuidados, con puesta de límites adecuados, comportamentales, pero no afectivos, cuidando los vínculos que sean afectivos, cálidos, protectores y estables, sin recurrir a la violencia. Incluye la introducción de rutinas y hábitos, estimulación y apoyo motivando sus capacidades y aprendizajes y reconocimiento de los niños como personas, generando espacios de escucha y reflexión. La finalidad es promover el máximo desarrollo del niño (Rodrigo López M, Maiquez Chavez M, Martín Quintana J. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. 2010; Barudy J, Dantagnan M. Guía para la evaluación de las competencias y resiliencia parental, 2010).

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES



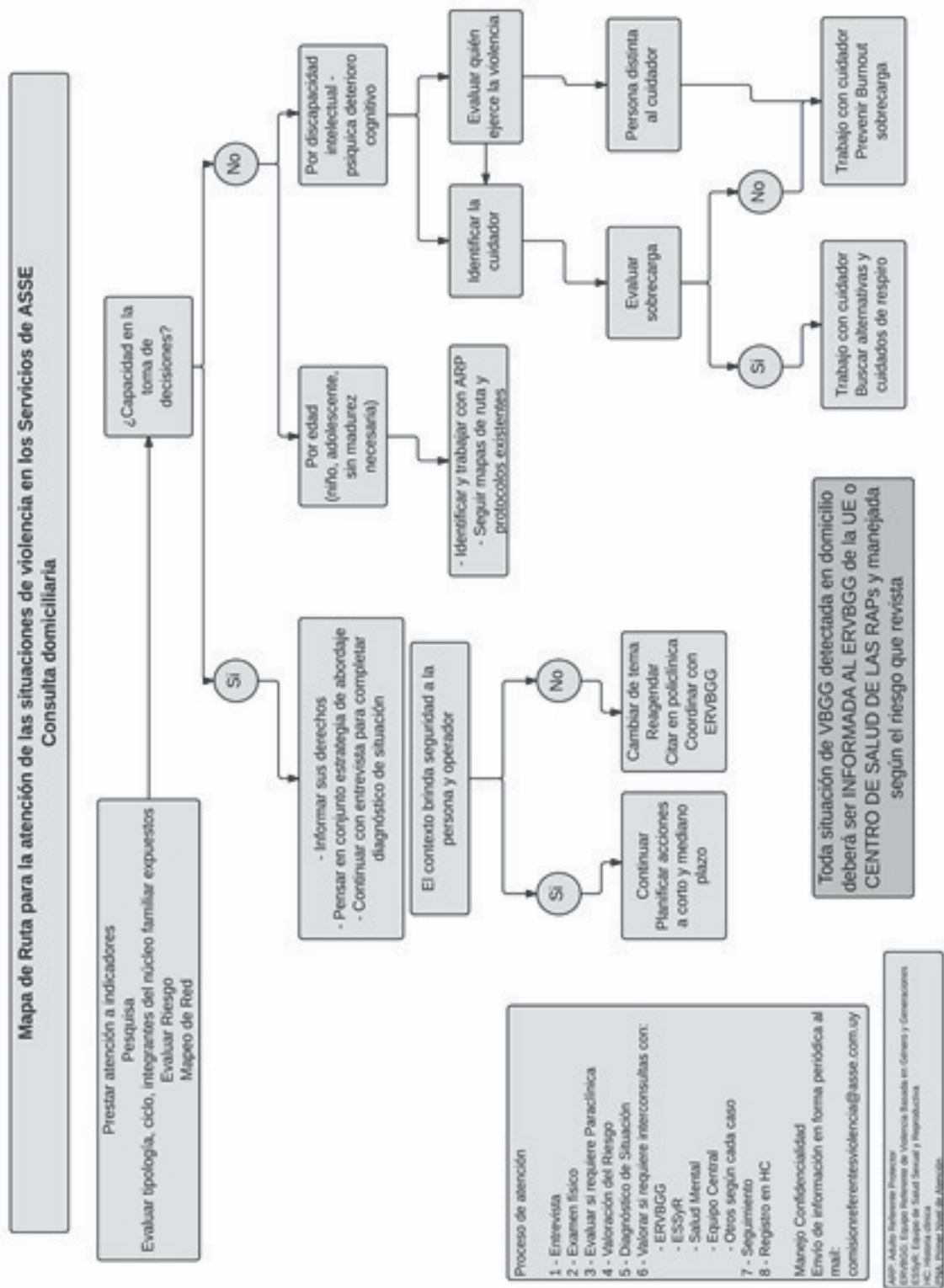
SITUACIONES DETECTADAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los equipos de Programa Aduana, médicas/os de crónicos o de familia, médicos rurales, trabajadores sociales, enfermería domiciliaria y agentes de seguimiento socioeducativo, entre otros, tienen altas posibilidades de detectar algunas situaciones de violencia que pueden no evidenciarse en consultorio, al concurrir por diversos motivos al domicilio.

A los/las profesionales les compete estar atentos/as a indicadores que puedan sugerir situaciones de violencia, pesquisarla, en caso de respuesta positiva evaluar el tipo, ciclo, factores de riesgo, mapeo de red, informar acerca de los derechos, y pensar junto con la persona la estrategia de abordaje.

Para los casos que involucren niño/as, adolescentes, personas adultas mayores dependientes o personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad, se evaluará el grado de entendimiento y capacidad de toma de decisiones, así como la existencia de posibles cuidadores.

Se tendrá especial atención a las medidas de seguridad de la persona en situación de violencia y del/la profesional de la salud durante la entrevista, evitando intervenciones que puedan poner en riesgo a cualquiera de las dos partes así como no realizarla en presencia de los/as posibles agresores. En caso de existir riesgo por el entorno en que se da la entrevista, el/la profesional podrá optar por suspenderla, reagendarla o citar a la persona a policlínica. En este caso se podrá consultar al ERV de la UE sobre la mejor estrategia de abordaje y se informará a dicho equipo de la situación de violencia.



SITUACIONES DETECTADAS EN URGENCIA Y EMERGENCIA

Los/as técnicos/as de las áreas de urgencia y emergencia deberán tener alta sospecha cuando se registren consultas habituales con reiteración de cuadros de ciertas dolencias, depresión, IAE reiterados, constatación de lesiones, traumatismos cuyo mecanismo de producción no coincide con el relato, complicaciones obstétricas, entre otros⁷.

Ante la consulta, efectuarán entrevista y examen físico completo, eventual paraclínica según el caso y tipo de violencia. Deberán evaluar el riesgo (según criterios del anexo), informar sobre los derechos de la/las personas involucradas, informar sobre recursos disponibles.

En casos que involucren a niño/as, adolescentes, personas adultas mayores dependientes o personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad, es recomendable generar entrevista con el cuidador y necesario identificar a una persona referente de protección. La forma de llevar a cabo este último punto, dependerá de la evaluación del riesgo realizada.

En los casos de violencia sexual es imprescindible que el equipo conozca los lineamientos generales de abordaje descritos en este protocolo así como la pauta sobre el manejo de la agresión sexual aguda para evitar omisiones y mayor vulneración de derechos. Ver el apartado correspondiente.

7

Se recomienda lectura de: Krug et al. Informe mundial sobre violencia y salud. OMS. Ginebra, 2003. Vellzeboer M., Ellsberg M., Clavel-Arcas C., García Moreno C. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. OPS – OMS. Washington DC, 2003.

a) situaciones de bajo riesgo detectadas en urgencia y emergencia

Se efectuarán las acciones generales descritas y se elaborarán los lineamientos iniciales de la estrategia de abordaje en conjunto con la persona y en función de sus necesidades. Se recomendará una policlínica de referencia y desde la emergencia se informará al ERV del centro de salud correspondiente a su zona sobre la situación, para organizar el seguimiento que sea necesario a más largo plazo. El medio de comunicación entre dichos servicios será documentado en forma institucional (informe, referencia-contrarreferencia, mail institucional). El ERV evaluará la situación y podrá generar las acciones que considere necesarias. Desde el servicio de emergencia se entregará a la persona una receta con indicación de “control en policlínica” (sin consignar motivo de consulta), lo cual será coordinado por vía interna institucional, para evitar que el agresor encuentre el pedido de interconsulta con el dato clínico y aumente el riesgo.

En todos los casos se evaluará el tipo de violencia y el grado de riesgo, así como las posibilidades de intervención desde los servicios de salud, en función a lo cual se tomarán las decisiones clínicas de ingreso a un tercer nivel o seguimiento en policlínica.

En caso de NNA se podrá recurrir al Comité de Recepción Local (CRL). Cuando no exista en la localidad, se podrá recurrir a las redes temáticas o focales existentes. Si no se cuenta con dichos recursos se improvisará un equipo multidisciplinario con los recursos disponibles y el/la operador/a podrá consultar al ERV de la UE o en su defecto y si la complejidad de la situación lo amerita, al equipo central de ASSE. El seguimiento

de la situación estará a cargo del médico de referencia de la persona, quien podrá apoyarse en el ERV de la UE.

En caso de requerir alguna interconsulta no disponible en el centro, se coordinará el ingreso al Hospital correspondiente.

En caso de internación se tendrá en cuenta la identidad de género para asignar cama en la sala correspondiente.

b) situaciones de alto riesgo detectadas en urgencias y emergencias

Se recomiendan las acciones generales descritas en este protocolo, ofrecer contención, definir el tipo de violencia y su impacto en la salud. Asimismo se valorará la existencia de indicadores de riesgo y redes sociofamiliares, lo cual podrá estar a cargo de cualquier integrante del equipo sensibilizado/a y capacitado/a. Se armará un plan de seguridad o protección junto con la persona y acorde a sus necesidades⁸. En caso de niños/as y adolescentes se evaluará el grado de madurez acorde al principio de autonomía progresiva, así como la existencia de algún adulto referente protector, el tipo de violencia sufrida y otros elementos de riesgo, para definir la mejor estrategia acorde al interés superior del niño⁹, teniendo

⁸ Se recomienda bibliografía de Claramunt M. Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Serie Género y Salud Pública. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Costa Rica, 1999.

⁹ En algunos casos la mejor estrategia puede implicar la internación para separar al niño del agresor en mientras que en otros casos se puede identificar un referente y garantizar la protección con un seguimiento desde el primer nivel.

en cuenta que en situaciones de maltrato moderado-severo así como abuso sexual con proximidad cotidiana con el abusador es altamente probable que se requiera el ingreso.

Se registrará el diagnóstico en la historia clínica, destacando la anamnesis, examen físico, solicitud de paraclínica si fuera necesario, tipo de violencia, evaluación del riesgo, acciones a tomar a corto plazo y la justificación de cada una de ellas.

En caso que la persona no tenga **ningún recurso familiar o social al cual recurrir**, se analizarán las distintas alternativas y de común acuerdo se podrá coordinar con MIDES el ingreso a refugio, casa de breve estadía o el dispositivo más adecuado, teniendo en cuenta las particularidades de cada situación y si existen otras personas a su cargo. En caso de NNA, adultos mayores dependientes y personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad que no cuenten con estos recursos se recurrirá a la internación en servicio salud como medida de protección transitoria.

Se tendrá en cuenta la identidad de género para asignar cama en la sala correspondiente.

Si hay **repercusiones orgánicas o psíquicas de la violencia y/o en caso de riesgo de vida**, se evaluará la pertinencia de ingreso a hospital con la finalidad de tratamiento y de protección, aun cuando las lesiones *per se* no requieran el ingreso y puedan tratarse en forma ambulatoria.

Cuando los NNA son testigos de violencia de género, se dispondrán las medidas de protección necesarias, pudiendo recurrir al CRL o redes temáticas o focales existentes, o al ERV dependiendo del tipo de situación y si los tiempos lo permiten.

Si existe **riesgo de homicidio** se deben tomar medidas de protección personal en el mismo sentido de las ya mencionadas.

Si existe **riesgo de suicidio** se debe generar consulta inmediata con psiquiatra de equipo de Salud Mental.

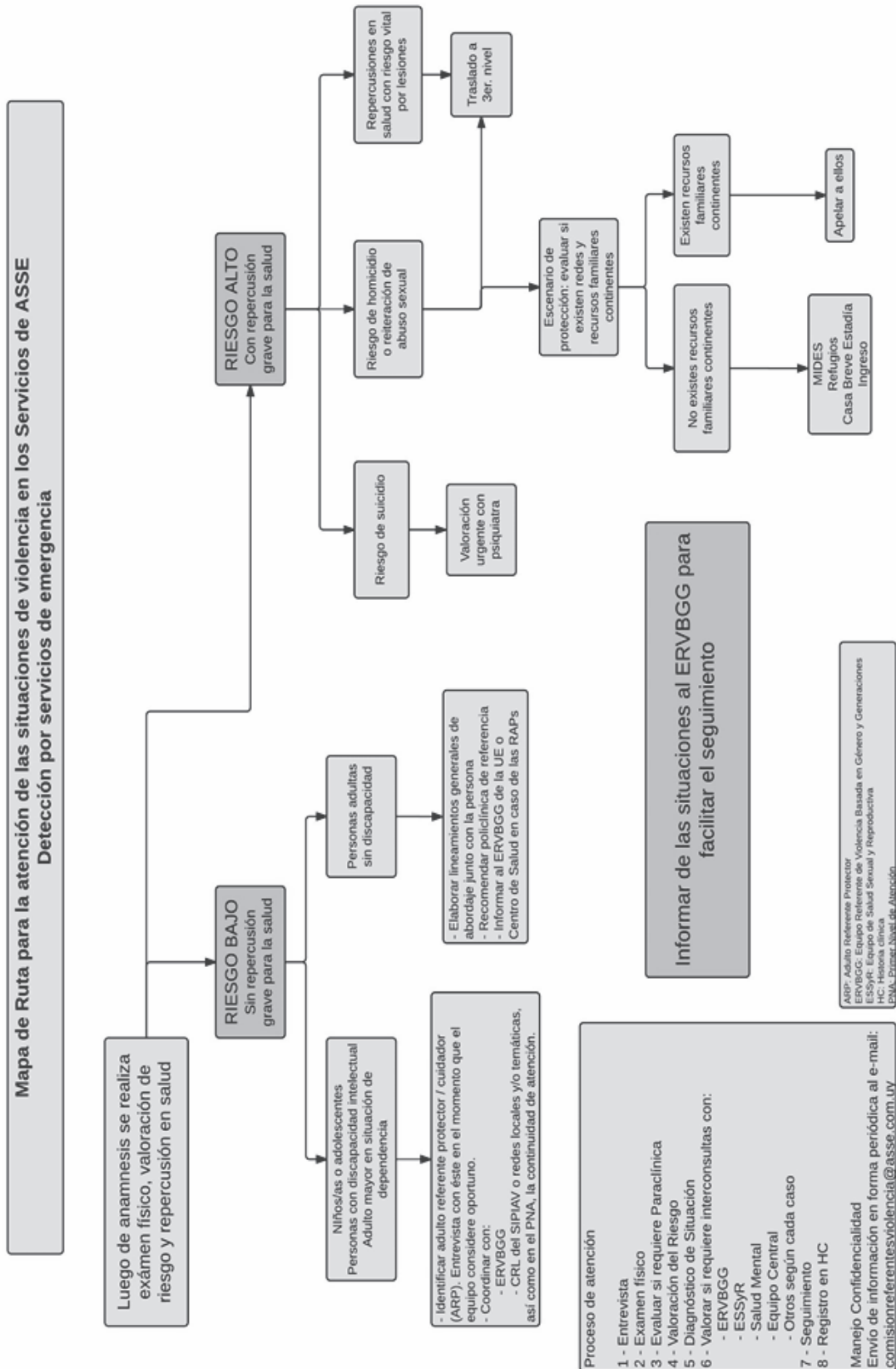
El equipo de salud de emergencia tomará las medidas necesarias para que se realice el seguimiento de la situación la que estará a cargo del equipo de salud tratante. En caso de ingreso hospitalario será el equipo de sala junto con el ERV del Hospital y en caso de alta, el médico de policlínica junto con el ERV del centro de salud correspondiente en el caso de la Red de Atención Primaria. Si no ingresa, se comunicará al ERV del servicio donde se atiende para realizar seguimiento.

Si ingresa a un centro hospitalario, al egreso se coordinará entre el ERV del Hospital y la RAP correspondiente, así como con el/la médico/a de referencia, mediante comunicación institucional a modo de facilitar el trabajo a mediano y largo plazo, y fomentar una derivación responsable.

En caso de **usuarias de asistencia privada (IAMC) u otros prestadores de la red pública**, que consulten en emergencia por sufrir violencia en sus diversas formas, ya sean derivadas desde seccional policial (para constatar lesiones) o en forma espontánea luego de haber sufrido agresiones o violencia sexual aguda, se brindará un abordaje inicial acorde a las pautas (incluyendo anticoncepción de emergencia, prevención de infecciones de transmisión sexual y eventual toma de muestras cuando está indicada) y se hará la coordinación con el ERV de la Institución de la cual la persona es usuaria. Se abrirá historia clínica, donde se consignará la anamnesis,

examen físico y toda la actuación, remitiendo copia a la Institución a la que pertenece. Si es una situación que amerita ingreso o una situación de riesgo, se coordinará con la puerta de urgencia o emergencia de la Institución tanto el ingreso como la forma de traslado (pudiendo ser a través de la UEM del prestador del cual es socia la persona).

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES



SITUACIONES VALORADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

En caso de ingresar por otros **motivos diferentes a violencia**, el equipo de sala realizará la pesquisa en el momento y forma oportuna. Si la respuesta es positiva, evaluará el tipo de violencia, el ciclo, el riesgo, efectuará un mapeo de red¹⁰, evaluará la repercusión de la violencia sobre la salud y trabajará junto con la persona la estrategia de abordaje a corto plazo.

En caso de NNA, personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad o personas adultas mayores dependientes, además de entrevistarse con la persona que sufre violencia, se identificará otra persona referente o cuidadora y se entrevistará con ésta. Si luego de una exhaustiva evaluación no surge un adulto referente o cuidador se harán las gestiones correspondientes para su protección por los recursos estatales. Es recomendable que ante la detección de situaciones de violencia durante la internación, se realice la interconsulta al ERV del Hospital.

En caso de considerar que es una **situación de bajo riesgo**, luego de realizar la interconsulta con el ERV del Hospital, éste realizará las coordinaciones que fueran necesarias con el ERV de la RAP correspondiente, con otras instituciones y elevará la información al Grupo Coordinador de ASSE, así como todas las acciones que estime necesarias para el trabajo a mediano y largo plazo. Asimismo el equipo de sala coordinará con el/la médico/a de referencia de la RAP correspondiente la derivación del paciente. Al egreso, como en todos los casos se

¹⁰

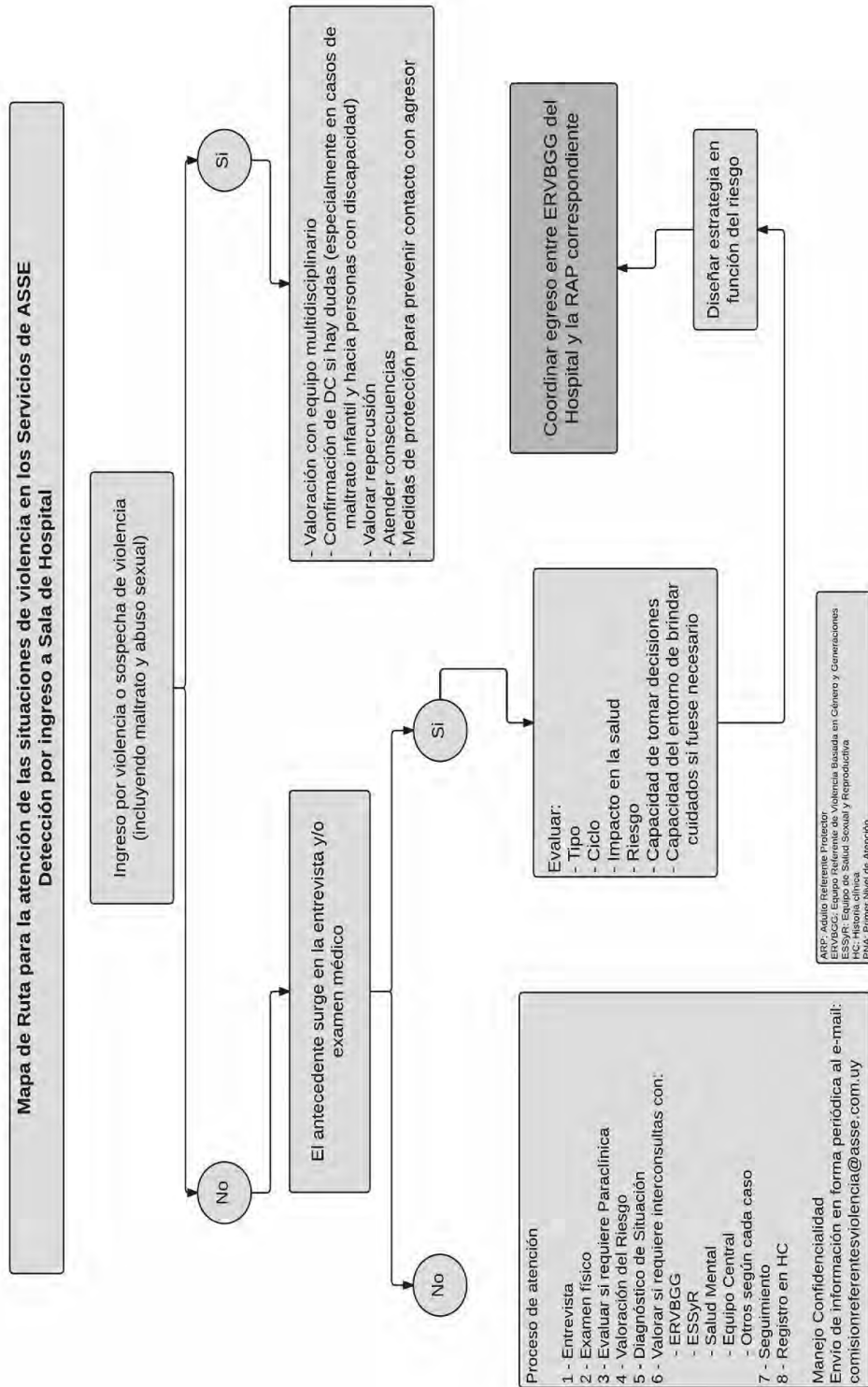
Ver: CEIP, SIPIAV, UNICEF. Mapa de Ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. pág 63. UNICEF. 2013.

entregará un resumen de alta, donde conste el dato referido, pero se podrá recurrir al código de CIE-10 para evitar explicitar el diagnóstico y exponer a la persona que sufre violencia, a situaciones que aumenten el riesgo.

Si se evalúa la situación como de **alto riesgo**, se realizará la interconsulta con el ERV quien trabajará la estrategia de intervención junto con la persona, su adulto referente o cuidador en caso de NNA, adulto mayor en situación de dependencia o persona con discapacidad en situación de vulnerabilidad y el equipo de sala, y realizará las coordinaciones necesarias con el primer nivel de atención y con otras instituciones. En estos casos puede resultar necesaria la realización de la denuncia como parte de la estrategia para acceder a medidas de protección (particularmente en caso de NNA, adultos mayores dependientes y personas con discapacidad vulnerables), ésta será realizada por vía institucional, con un informe elaborado por el ERV y técnico/as intervinientes, con el apoyo de asesoría letrada en caso de que el Hospital cuente con dicho recurso, y con firma de algún integrante del equipo de gestión o Dirección del Hospital.

Si la persona **ingresa específicamente por violencia**, será evaluada desde el punto de vista médico para valorar la repercusión de la misma y si requiere paraclínica o tratamiento urgente. Cuando la situación clínica lo permita, a su vez será valorada por el ERV del Hospital. Se podrá recurrir a salud mental y a trabajo social, entre otras disciplinas. Los pasos a seguir son similares a los descritos en los casos en que se detecta al ingresar por otro motivo.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES



SITUACIONES DETECTADAS EN LAS UNIDADES DE EMERGENCIA MÓVIL – SAME 105

Las Unidades de Emergencia Médica Móviles podrán realizar la detección de estas situaciones cuando concurren a domicilio o son llamadas de otras instituciones (por ejemplo centro educativo). Si el motivo de consulta amerita, deberá evaluar si existe violencia, tipo, impacto y riesgo vital. El manejo dependerá del nivel de riesgo.

En caso de riesgo bajo, se informará sobre derechos y sobre la existencia de ERV en las distintas unidades ejecutoras y se recomendará consulta con médico/a de referencia. En caso de NNA, adultos mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia se evaluará en ese momento si se cuenta con un adulto referente protector o cuidador. En caso de respuesta afirmativa, se coordinará junto con este la estrategia a seguir (seguimiento en el primer nivel de atención; interconsulta al ERV, con médico tratante, etc). En este caso el profesional dará un código a cabina telefónica. Un funcionario diariamente analizará los códigos y realizará la coordinación con el servicio correspondiente de la situación detectada, de la unidad ejecutora.

En situaciones en que no se logra identificar un cuidador o adulto referente y la persona convive con quien ejerce violencia, se considerará como una situación de riesgo moderado, por las limitaciones en la intervención que enfrentan los equipos de las UEM. En este caso si el profesional considera que están dadas las condiciones para que permanezca en domicilio, dará un código a cabina telefónica. Un funcionario diariamente analizará los códigos y

realizará la coordinación con el servicio correspondiente de la unidad ejecutora correspondiente.

En situaciones de riesgo moderado – alto así como cuando se identifica que la violencia repercutió en la salud física ocasionando un riesgo para la salud o la vida (ejemplo deshidratación o desnutrición importante en caso de negligencia; sospecha de lesiones internas de origen traumático) así como otras situaciones de alto riesgo como explotación sexual comercial, abuso sexual por conviviente, entre otras, se realizará el traslado correspondiente, con la finalidad de protección transitoria así como atención a la salud respectivamente.

En todos los casos se seguirán las recomendaciones de las guías y mapas de ruta correspondientes y se realizará el registro completo en la historia clínica. En caso de que la persona víctima de violencia permanezca en domicilio junto con la persona que ejerce la violencia, se extremarán recaudos con lo consignado en la historia clínica, pudiendo recurrir a códigos internacionales.

Se realizarán los traslados coordinados por los equipos de salud ante situaciones de alto riesgo vital o afectación de la salud, al igual que en los casos en que se convoque la UEM desde un centro educativo tras una situación de maltrato infantil o adolescente moderado o abuso sexual intrafamiliar detectado en dicho centro¹¹. En caso de traslado de niño/as se

¹¹ Ver mapa de *Ruta de Educación Primaria* Bentacor, G., Lozano, F., Solari, M. Mapa de Ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual de nna detectados en el ámbito escolar. CEIP- SIPIAV- UNICEF, 2013

procurará que el traslado se realice junto a alguien de su confianza para evitar una mayor vulneración de derechos, por tratarse de una situación traumática para el niño.

MANEJO DE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL Y TRATA

Violencia sexual perpetrada por pareja, ex pareja o personas del entorno cercano

Para su abordaje se seguirán los lineamientos generales para situaciones de violencia basada en género y generaciones referidos en este protocolo además de las guías, mapas de ruta e instrumentos y pautas vigentes. La conducta a seguir dependerá de factores individuales de la víctima, del agresor, de la situación y contexto incluyendo el tipo de violencia sexual (con contacto o sin contacto, el tipo de contacto) y el momento en que se realice la consulta en relación a la ocurrencia del mismo (mayor o menor de 72hs.), así como de la proximidad de la víctima a la persona que ejerce dicha forma de violencia. En todos los casos es fundamental una actitud empática con la víctima y contención emocional.

Si se trata de una **agresión sexual aguda** (menos de 72hs.) con contacto génito-genital, génito – anal o génito oral, independientemente del servicio donde se realice la consulta, el médico que la recibe realizará anamnesis, examen físico completo, contención emocional, brindará información respecto a sus derechos, y garantizará el acceso a los test rápidos (HIV, VDRL, BHCG) y a medicación establecida en la pauta del anexo, pudiendo ser necesaria la coordinación con otro servicio dentro de la institución u otras instituciones con las que la primera tuviera convenio, si en el primer servicio no se encontraran disponibles. Esto no exime de la obligación de brindar atención inicial y el registro correspondiente en la historia clínica por parte del médico que recibe la consulta en primera instancia. Luego de cumplidas estas etapas se coordinará el seguimiento con equipo de referentes de violencia de la unidad ejecutora, así como con el médico de

referencia y/o policlínica de salud sexual y reproductiva garantizando una valoración médica en menos de 72 horas (si es feriado se enviará a control con médico de emergencia del servicio donde fue asistida y luego al equipo de salud sexual y reproductiva), y repetición de estudios entre las 4 y 6 semanas y luego a los 3 meses.

Si la consulta se realiza **pasadas las 72 hs.** se realizará anamnesis y examen físico completo, se solicitará paraclínica para pesquisar infecciones de transmisión sexual (serología y exudados) y estudios para detección de embarazo y se actuará en función de los resultados. El seguimiento será en conjunto entre el médico de referencia, equipo de salud sexual y reproductiva, y equipo de referente de violencia.

En caso de **niños/as y adolescentes (NNA)** el abuso sexual suele ser crónico y ejercido por personas del entorno cercano, y la mayoría de las veces la consulta se hace ante la sospecha de abuso, sin tener elementos de certeza. Por las características de la dinámica del abuso y que es habitual la ausencia de indicadores específicos, todo caso de sospecha amerita el abordaje por un equipo entrenado en la temática, no desestimándolo por ausencia de relato, lesiones o infección. Se aplicarán los criterios generales del presente protocolo y los contenidos en la Guía “Violencia Sexual. Recomendaciones para su abordaje en los servicios de salud” que lo complementa, así como guías y mapas de ruta. Ante la detección de un resultado positivo de laboratorio o exudado, para infección de transmisión sexual detectada en un NNA, desde el laboratorio se informará inmediatamente al médico solicitante y al equipo referente de violencia de la unidad ejecutora o centro de salud correspondiente, para pesquisar y

realizar seguimiento de la situación. En los casos de abuso sexual infantil y adolescente, dependiendo de las particularidades puede ser necesario disponer el ingreso del NNA a segundo o tercer nivel para completar el diagnóstico y como medida de protección transitoria.

En caso de **personas con discapacidad o adultas mayores en situación de dependencia**, además de seguir los criterios generales establecidos en este protocolo y las guías correspondientes, es fundamental contar con un referente o cuidador y ante este tipo de situaciones puede ser necesario el ingreso transitorio a un segundo o tercer nivel para completar el diagnóstico y eventualmente como medida de protección transitoria.

Agresión sexual aguda perpetrada por extraños

Tanto si la consulta se da en el Primer Nivel de Atención como en servicios de urgencia o emergencia hospitalaria se realizará la entrevista, examen físico completo. Se prestará especial atención al psiquismo y elementos generales del examen neurológico, búsqueda de lesiones de defensa, examen de piel y mucosas buscando lesiones contusas abiertas y cerradas, examen abdominal, lesiones en regiones paragenitales y examen génito-anal ¹². En caso de que la persona consulte en una policlínica o en un servicio de urgencia que no cuente con los recursos materiales necesarios, se realizará la evaluación clínica correspondiente con anamnesis y examen físico, así como la contención inicial en crisis, pero se le explicará que

¹²

Se recomienda lectura del material de apoyo elaborado por Lozano F. y Oyola W. sobre abordaje de violencia sexual, para curso Online Abordaje a situaciones de violencia sexual aguda en puertas de urgencia y emergencia. Grupo Coordinador de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE, 2016. Disponible en la plataforma virtual de ASSE.

debe ser referida a un centro que cuente con las posibilidades de tomar muestras e iniciar la medicación necesaria, realizando el equipo la coordinación correspondiente. En caso de sospecha de intoxicación o empleo de drogas para sumisión química, se evaluará la posibilidad de derivar a la persona a un centro que además permita la pesquisa de dichas drogas.

Para los casos en que se trata de violencia sexual con contacto génito-genital, génito-anal o génito-oral, de menos de 72 hrs de ocurrida, además de la evaluación clínica mencionada, se solicitará en forma inmediata (o derivará a un centro donde se pueda solicitar en forma inmediata) estudio para las principales infecciones de transmisión sexual, que incluye VIH, VHC, VHB (en caso de menores de 20 años se solicita si no está vacunado o no cuenta con el esquema completo), sífilis, así como test de embarazo cuando corresponda, y exudados anal, oral y vaginal cuando hay disponibilidad. Se ofrecerá anticoncepción de emergencia si corresponde (mujeres en edad reproductiva y adolescentes con un Tanner mayor o igual a 3). Asimismo se ofrecerá medicación para profilaxis de las principales infecciones de transmisión sexual (combinación de medicamentos que cubre sífilis, chlamydia, gonococo, trichomonas, entre otras) así como antirretrovirales para HIV, manejándose según las pautas vigentes.

En caso de que la persona no presente criterios de internación hospitalaria, al alta desde el servicio de emergencia se coordinará consulta con médico de referencia entre las 48 y 72 horas para controlar la tolerancia al tratamiento y evolución del punto de vista emocional. También se coordinará el seguimiento con el equipo de referentes de violencia y de

acuerdo a las características de la víctima, a un pediatra, al equipo de salud sexual y reproductiva entre otros, para control evolutivo, procurando la consulta en menos de 72 horas. En forma excepcional, si no accede al médico de referencia o la fecha coincide con feriados prolongados (ej semana de turismo), se recomendará algún servicio que funcione ese día o en su defecto control con médico de servicio de emergencia. Se realizará solicitud de HIV y VDRL a las 4 a 6 semanas siguientes, y VIH, VHC y VHB (en caso de menores de 20 años se solicita si no está vacunado o con el esquema completo) a los 3 meses. A su vez el equipo de salud puede realizar la solicitud de interconsulta en policlínica de salud mental, dependiendo del grado de afectación de la persona, ya sea como una interconsulta de urgencia o programada. En este último caso se priorizará este tipo de consulta para asignación de fecha y hora, no debiendo diferirla más de 7 días dado la afectación, informándole los síntomas y signos ante los cuales debe consultar inmediatamente en un servicio de urgencia o emergencia.

En caso de intoxicación aguda, lesiones de entidad o de riesgo para la integridad psicofísica de la víctima ya sea por sus características, las del agresor, de la situación o del contexto, puede ser necesario el ingreso hospitalario transitorio para tratamiento o para protección mientras se elabora otra estrategia de abordaje junto con la persona.

Una vez realizados estos pasos de la atención de la víctima de agresión sexual aguda, o si la consulta se realiza en la evolución pasadas las 72 horas, el equipo de salud evaluará junto con la persona la mejor estrategia de abordaje y seguimiento acorde al tipo de violencia y sus necesidades. Se realizará la interconsulta al Equipo de Referente de Violencia

(ERV) de la Unidad Ejecutora y eventualmente con el equipo de salud sexual y reproductiva, que evaluarán junto con la persona las respuestas de seguimiento más adecuadas para su situación, y si requiere algún tipo de apoyo desde salud mental. Estos equipos intervinientes pueden solicitar asesoramiento al Equipo Coordinador de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE. Es necesario que los equipos intervinientes realicen el seguimiento de estas situaciones, no solo para repetir la paraclínica correspondiente entre las 4 y 6 semanas así como a los 3 meses, sino además para pesquisar complicaciones y brindar el apoyo psicosocial que sea necesario en función al tipo de situación y del riesgo.

Situaciones de explotación sexual comercial

En caso de situaciones de explotación sexual comercial (ESC), el equipo de salud deberá recordar que es poco frecuente que las víctimas consulten por este motivo o lo expliciten, incluso que se identifiquen como víctimas de ello. Es importante tener un alto índice de sospecha ante determinados indicadores que pueden traducir el daño o cambios en conductas¹³, en una persona con factores de vulnerabilidad para encontrarse en situación de explotación y en un contexto favorecedor. Cabe destacar que la población en mayor riesgo está conformada por adolescentes, personas con discapacidad y trans. Al equipo de salud le compete tener presente esta problemática y pesquisarla de una manera prudente, oportuna y adecuada.

¹³

Se recomienda lectura de material de apoyo complementario. Lozano, F. Violencia sexual. Recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud. Montevideo, 2016; así como la bibliografía que luce al final del mismo y del protocolo.

Se realizará la contención, valoración del estado de salud y daño, iniciando el tratamiento que esté indicado para cada caso particular (por ejemplo, tratamiento de ITS, de lesiones, desintoxicación, etc.). Se realizará la consulta a equipos de MIDES o INAU especializados en la temática¹⁴ para planificar en conjunto los pasos a seguir en el abordaje, dada la especificidad que requiere la intervención, y los riesgos a los que está expuesta la víctima y los/as operadores/as.

Además el equipo informará a la víctima de sus derechos, recursos disponibles, riesgos, alternativas y le preguntará la mejor forma para ayudarla. Es importante que el equipo se asesore con especialistas en el tema, respecto a los pasos a seguir en materia de protección en primera instancia. Esto podría incluir la internación hospitalaria en vista a la protección de la víctima si existe riesgo vital (homicidio o suicidio), valorando la posibilidad de un traslado a otro departamento si fuera necesario, en función del tipo de red de explotación que se trate. También se asesorará en la forma de restituir otros derechos vulnerados y garantizar que reciba el tratamiento adecuado. Ante una situación de ESC el equipo evaluará además la repercusión en la salud sexual y reproductiva, salud mental, nutrición, vínculos sociales, entre otros.

Es importante tener en cuenta que el rol del equipo de salud es pesquisar, detectar en la medida de lo posible, recepcionar, brindar contención, atención médica de urgencia, garantizar el estado de la salud, promover la protección de la víctima,

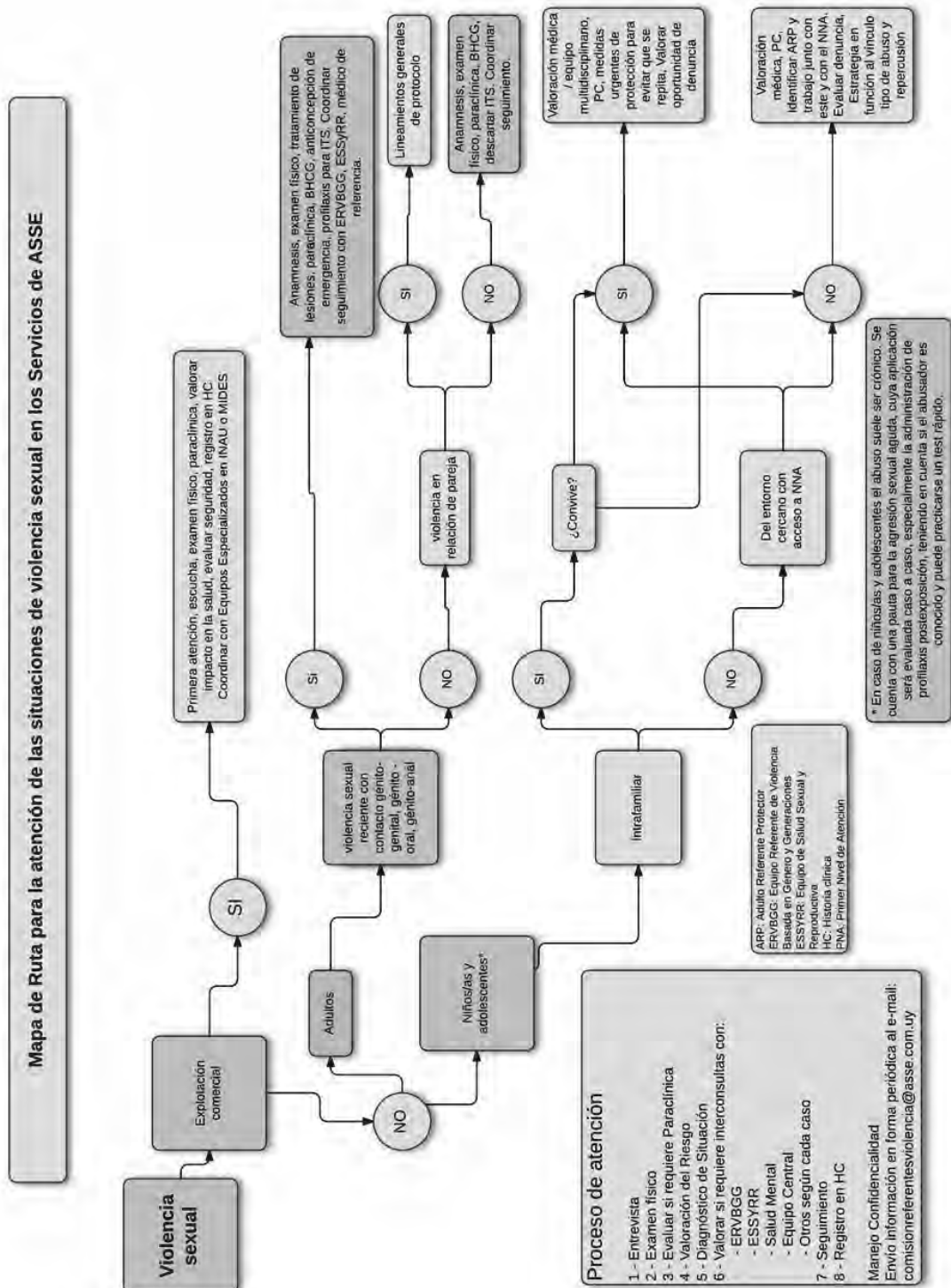
14

Ver Anexo correspondiente

evaluar la posibilidad de encontrar algún referente de protección y coordinar con equipos especializados las acciones a mediano y largo plazo.

En materia de ESC la formación específica en la temática es un requisito indispensable para el abordaje integral de la situación, por lo que el equipo de salud que sospecha o detecta estas situaciones, debe asesorarse con equipos especializados.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES



EMBARAZO NO INTENCIONAL - INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

En caso de embarazo no deseado, con intención de interrupción de la gestación se seguirán los pasos establecidos en la Ley N° 18.987, su Decreto reglamentario y ordenanzas Ministeriales, recordando que en caso de violación, el plazo se amplía a 14 semanas de edad gestacional, pero requiere la realización de denuncia judicial. También es importante recordar que el embarazo puede ser producto de una violencia sexual ejercida en el contexto de las relaciones de pareja, de abuso sexual en un contexto de coercibilidad, de situaciones de explotación sexual comercial, o trabajo sexual (mujeres mayores de 18 años que ejercen trabajo sexual en forma independiente).

Las adolescentes también tienen derecho a practicarse una interrupción voluntaria del embarazo y al igual que las mujeres mayores de edad tienen derecho a la confidencialidad, privacidad y otorgar un consentimiento válido, acorde al principio de autonomía progresiva. Serán ellas quienes firman el formulario de consentimiento para el procedimiento, no requiriéndose la presencia de un adulto, si el equipo evaluó que la adolescente tenía un grado de madurez y autonomía suficiente como para entender y tomar decisiones válidas.

DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

Es importante además de realizar una valoración adecuada en función al tipo de situación por la que consulta, efectuar una valoración integral y tener en cuenta aspectos específicos de esta población. La atención de las personas con orientación,

identidad o prácticas sexuales diversas debe desplegarse en un marco de respeto, evitando la estigmatización. Se debe considerar que el examen físico implica una exposición que pone en juego la intimidad corporal, lo cual puede traer sentimientos de pudor, vergüenza, entre otros. En el caso de las personas trans esto puede ser más perturbador aún, lo que deberá ser tenido en cuenta por el profesional durante el examen. Siempre es importante preguntarle cómo desea que se le llame y respetar su elección¹⁵.

15

Se recomienda la lectura de la Guía Salud Sexual y Diversidad Sexual para profesionales de la Salud. Ministerio de Salud, ASSE, UdelaR, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, Ovejas Negras, UNFPA. Montevideo, 2016

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

Al igual que con todo acto médico, la atención de situaciones de violencia basada en género y generaciones, tanto aguda como crónica debe documentarse en la historia clínica, independientemente del servicio donde se realice la consulta y, si la persona es usuaria o no del mismo. No puede negarse la atención argumentando que no es usuaria de dicho servicio o no tiene historia clínica previa allí. El registro en la historia clínica es una obligación ética y legal de los equipos de salud así como un derecho del paciente. Debe ser completo, veraz, legible, ordenado y enmarcado en el secreto profesional. Esto quiere decir que sólo puede acceder a ella el paciente, las personas autorizadas por éste, el personal de salud tratante, el Ministerio de Salud, y el juez competente. No puede acceder la policía ni familiares del paciente sin autorización de éste, aun en los casos de que se trate de pacientes adolescentes, en quienes rigen los principios de la Convención de Derechos del Niño (NNA sujetos de derechos, autonomía progresiva, interés superior del niño, protección especial).

Debe contener los datos de la anamnesis, examen físico completo, paraclínica e indicaciones, así como la evaluación del riesgo realizada, diagnóstico presuntivo, orientaciones brindadas, interconsultas, toma de decisiones traduciendo el proceso de la misma y consentimiento informado de la persona.

En los casos de consultas para “constatación de lesiones”, el médico realizará anamnesis y examen físico completo, como lo hace habitualmente para otras consultas médicas, que será consignado en la historia. Se entregará al policía solamente una constancia de que llevó a dicho paciente al servicio para

valoración y “constatar lesiones”, pero no entregará copia de la historia clínica, ni siquiera en sobre cerrado. La institución tiene la obligación de custodiar las historias clínicas y velar por el correcto llenado y acceso limitado a la misma, conforme a lo establece la normativa vigente.

REALIZACIÓN DE LA DENUNCIA

Se tendrá en cuenta el estado cognitivo y emocional de la persona en situación de violencia, su opinión y decisión (en caso de ser psíquicamente competente), la repercusión de la violencia y existencia de riesgo vital.

En caso de NNA el eje central de la intervención es el interés superior del niño y se tomarán las medidas necesarias para brindar el plus de protección como plantea la Convención de los Derechos del Niño. En caso de abuso sexual infantil y adolescente, la realización de la denuncia por parte del equipo cobra importancia como forma de protección del NNA. Se recomienda que previo a su realización, el equipo tratante se asesore con el ERV de la UE o del Centro, o en su defecto con el Equipo Coordinador Central de Referentes. La denuncia se realizara en forma institucional¹⁶, mediante un informe técnico elaborado por el equipo actuante y será elevada desde la Dirección de la Unidad Ejecutora en el caso de los hospitales y del Centro de Salud tratándose de las RAP. En los Hospitales que cuenten con asesoría letrada se recomienda que la misma participe en la elaboración del informe, así como en el seguimiento de la denuncia. Se adjunta formulario guía para la realización de la denuncia¹⁷. En los casos en que interviene el Equipo Coordinador de Referentes de ASSE en la elaboración de la denuncia la misma será elevada desde la Dirección Técnica.

¹⁶ Podrá realizarse ante el Juzgado Especializado en Violencia Doméstica, Seccional Policial, Unidad Especializada en Violencia Doméstica o directamente ante Fiscalía Penal. En algunos casos el equipo de salud evaluará la necesidad de asesoramiento con Asistencia Letrada de la UE o con el Equipo Coordinador de Referentes de ASSE, respecto a dónde presentar la denuncia.

¹⁷ Ver anexo- Formulario guía de realización de denuncia.

La realización de la denuncia no exime a los técnicos y equipos de la obligación de intervenir y realizar seguimiento de la situación.

En las situaciones de agresión sexual aguda, se tendrán en cuenta los mismos criterios mencionados anteriormente, respetando la voluntad de la persona de denunciar (son delitos que se persiguen a instancia de parte, salvo algunas excepciones). En el caso de NNA, personas adultas mayores o con discapacidad en situación de vulnerabilidad y dependencia, se jerarquizará el interés superior y la protección, evaluando el equipo la pertinencia y oportunidad de la realización de la denuncia. No se recomienda que los equipos de los servicios de urgencia y emergencia realicen denuncias de este tipo de situaciones, por no contar con elementos que permitan tener una valoración integral de la situación y del riesgo. En estos casos, la denuncia por parte de equipos de urgencia y emergencia estaría justificada en caso de requerir medidas de protección urgentes para la víctima, y ser la forma de vehiculizarlas. Cuando no se requieren medidas de protección urgentes, es recomendable que la denuncia sea vehiculizada por el ERV realizándola en forma institucional.

En los casos de ESC será analizada la oportunidad, forma y contenido de la misma en conjunto con los equipos especializados en la temática, pudiendo quedar a cargo de estos últimos por el riesgo al que se expone la víctima y lo/as operadores/as. Por lo tanto no se sugiere que se realice desde los ERV y la Dirección de los servicios de salud, salvo que de común acuerdo entre la víctima, el ERV y el equipo especializado en explotación se considere que es oportuna. El formato de denuncia que se incluye en este protocolo no fue elaborado con la finalidad de denunciar este tipo de

situaciones, que requieren especificidad, por lo que es necesario que se articule con los especialistas en ESC.

Quedará copia en Dirección de todos los informes y denuncias realizadas desde dicha UE o centro de salud. Periódicamente se informará al Equipo Coordinador de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE de las denuncias realizadas según lo establecido en el Protocolo Institucional de ASSE para la Atención a Situaciones de Violencia Basada en Género y Generaciones, en vistas a contar con estadísticas que permitan evaluar el perfil de situaciones atendidas y las necesidades para brindar respuesta.

MANEJO DE OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA INTERPERSONAL

Ante la consulta al ERV de usuarios/as por otro tipo de situaciones de violencia, por ejemplo acoso sexual laboral, mobbing, bullying, conflictos entre vecinos, situaciones conflictivas en la pareja que no configuran violencia doméstica entre otras, el ERV podrá orientar en los lineamientos generales, derechos, impacto de la violencia y recomendará a la persona concurrir a los servicios correspondientes (por ejemplo salud mental, medicina familiar, pediatría o espacios adolescentes, según el caso), resaltando que no es la competencia de los ERV del servicio o UE el abordaje de esa situación.

ANEXO I

Glosario

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, décima versión

CONAPEES: Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial

CRL: Comité de recepción local

ERV: equipos de referentes de violencia

ESC: explotación sexual comercial

IAE: Intento de autoeliminación

IAMC: instituciones de asistencia médica colectiva

INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres

ITS: infecciones de transmisión sexual

MSP: Ministerio de Salud Pública

NNA: niño/as y adolescentes

ONG: Organizaciones no gubernamentales

PC: paraclínica

PNA: primer nivel de atención

RAP: red de atención primaria

SIPIAV: Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia

SOCAT: Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial

UE: unidad ejecutora

UEM: unidad de emergencia móvil

VBGG: violencia basada en género y generaciones

VD: violencia doméstica

ANEXO II

Factores de riesgo a considerar en el diagnóstico situacional en casos de violencia basada en género y generaciones ¹⁸

La valoración de riesgo es necesaria para definir las estrategias de intervención y establecer las prioridades y procedimientos a seguir a la interna de la institución y en el trabajo en red. Puede ser hecha por quien detecta la situación y dependiendo del contexto donde se da la consulta, puede implicar un vínculo más cercano con la persona que permita valorar los antecedentes de la situación.

La valoración del riesgo no refiere a un momento puntual sino que se hace continuamente durante el proceso de intervención. Atiende al riesgo de vida y al riesgo de afectación de la salud física y mental de la persona. La definición de riesgo bajo o moderado-alto quedará a consideración del equipo de salud en función a la sumatoria de factores de riesgo mencionados, no existiendo un criterio único dado por un mínimo de factores presentes para definir el nivel de riesgo.

A continuación se muestra un cuadro donde se resumen los factores de riesgo de la víctima, el agresor, la situación y el contexto:

¹⁸

Listado elaborado en base a las guías y mapas de ruta nacionales

FACTORES DE LA VÍCTIMA

- Discapacidad (tipo y severidad)
- Incapacidad de pedir ayuda e identificar la situación de violencia
- Problemas emocionales, intentos de autoeliminación, anestesia afectiva, embotamiento, depresión grave, consumo abusivo de psicofármacos
- Escasos recursos sociales y aislamiento dentro de la familia
- Limitación en el acceso a los servicios de salud
- Dependencia de la persona que ejerce violencia
- Acceso a medios letales
- Estrategias implementadas sin resultados
- Intentos de separación frustrados
- Nueva pareja
- Requirió atención en salud por el daño sufrido (físico o salud mental)

FACTORES DE LA PERSONA QUE EJERCE VIOLENCIA

- Naturalización de la violencia, minimización o negación de la violencia ejercida
- Historia de abusos o malos tratos en la infancia
- Amenazas de represalia o de muerte, amenazas de ejercer violencia física
- Aumento de intensidad, frecuencia e impredecibilidad de la violencia
- Aumento del control de las actividades de la víctima
- Acceso a armas de fuego
- Uso de armas en el pasado
- Uso problemático de drogas
- Patología psiquiátrica, compensada / descompensada
- Intentos de autoeliminación reciente
- Pobre control de impulsos, inestabilidad emocional
- Violento hacia otros miembros de la familia
- Violento en otros ámbitos, hacia desconocidos o conocidos no familiares
- Antecedentes penales de condena o proceso penal en curso por delitos contra la persona física
- Antecedentes de maltrato en la infancia
- Habla con indiferencia de la muerte
- Dependencia de la víctima
- Que sea el representante legal de la víctima declarada incapaz
- Sobrecarga del cuidador
- Incumplimiento de medidas cautelares y de protección impuestas
- Oposición, resistencia u obstaculización al normal desarrollo del proceso y demás actuaciones, no reconocimiento, trabas o impedimentos de las decisiones adoptadas por la justicia, no presentarse a las instancias periciales, de seguimiento u otras citaciones realizadas por la sede policial y/o judicial
- Destrucción o sustracción de pertenencias de la víctima

FACTORES DE LA SITUACIÓN Y DEL CONTEXTO

- Ausencia de referentes
- Violencia hacia otros integrantes de la familia
- Internaciones de otros integrantes de la familia por violencia
- Actitud del resto de la familia al enterarse de la situación
- Aislamiento familiar
- Forma de violencia, física, sexual, ataques de celos, conducta controlada. Agresiones graves
- Data de la violencia
- Intensidad y frecuencia de las agresiones
- Tipo de vínculo con el agresor y proximidad física con este (convivencia)
- Internación previa por violencia de la víctima o de algún otro integrante del núcleo familiar
- Naturalización de la violencia
- Otras instituciones interviniendo o intervenciones anteriores sin resultado
- Denuncias previas por Violencia Doméstica

Fuente: Modelo de Atención del SIPIAV adaptado por las
autoras

ANEXO III

FORMULARIO PARA REALIZACIÓN DE DENUNCIAS

**DENUNCIA VIOLENCIA DOMÉSTICA/VIOLENCIA SEXUAL/
MALTRATO/ SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD**

**AL: SEÑOR JUEZ LETRADO DE FAMILIA ESPECIALIZADO DE
TURNO (MONTEVIDEO)**

**AL: SEÑOR JUEZ LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA
DEPARTAMENTAL DE X LUGAR DE TURNO (INTERIOR)**

**O AL: SEÑOR JUEZ DE PAZ DEPARTAMENTAL DE X LUGAR DE
TURNO**

O A: FISCALÍA PENAL

DE: DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

DR. /DRA.

..... en su calidad de Director/a del Hospital o
Centro de Salud, sito en la Calle, o
..... en su calidad de integrante del Comité de
Recepción Local, o en su calidad decon domicilio en
....., titular de la Cédula de Identidad N°
....., al Sr. Juez **DIGO:**

Que en el Centro de Salud se ha constatado una
situación compatible de violencia doméstica hacia
..... de años de edad, provocada por su

...(establecer vínculo: esposo/a, concubino/a, compañero/a, padre, hijo/a, hermano/a etc..) Sr./a., quienes se domicilian en la calle, todo esto basado por las siguientes circunstancias y fundamentos que paso a exponer:

HECHOS

- 1.- Para mayor información se expresa que (ampliar los hechos constatados – tipo de situación, factores de riesgo acorde a las pautas nacionales del MSP y SIPIAV y otras empleadas, intervenciones realizadas y evolución de la situación, otras Instituciones intervinientes, si hay otras personas en riesgo).
- 2.- De lo expuesto se han realizado las anotaciones de estilo en los documentos médico legales que están en el Servicio a disposición de esa Sede si así lo estima pertinente. Aclarar si se evidenciaron lesiones y las mismas fueron fotografiadas con consentimiento, que los registros de las mismas también está a disposición de la sede si lo considera pertinente.
- 3.- Ante la situación de riesgo denunciada se hace pertinente que la Sede disponga todas aquellas medidas cautelares y preventivas de protección que así entienda correspondan, tanto para la víctima como para familiares que tengan vínculo directo y hayan sido expuestas a hechos de violencia.
- 4.- La Sede deberá valorar los antecedentes de estos obrados y elevarlos con testimonio autenticado a la Justicia Penal competente en caso de existir o de apreciar verosimilitud con algún tipo penal punible.

5.- En definitiva, es favorable al interés de la parte denunciante que se ponga en funcionamiento el mecanismo previsto en la Ley N° 17.514 o Ley N° 17.823 (dependiendo del tipo de situación es la norma que se utiliza) y sus modificativas a los efectos de garantizar los derechos de la víctima, la Sra./ el NNA.../

PRUEBA

Para verificar la verosimilitud de los hechos denunciados se ofrecen los siguientes medios probatorios:

Documental:

- A) Informe de los servicios intervinientes
- B) Fotografías de la víctima donde se aprecian las lesiones constatadas al momento de la consulta, tomadas con consentimiento
- C) Copia de la historia clínica o resumen de la misma

Testimonial: en caso excepcional cuando sea muy necesario se ofrecerá testigos.

DERECHO

Funda su derecho en lo dispuesto en la Legislación nacional vigente: Código Penal Uruguayo/ N° 17.514 /Ley N° 17.823 y demás normas concordantes, complementarias y modificativas (dependiendo de lo que se plantee y donde se formule la denuncia).

PETITORIO

En virtud de lo expuesto, al Sr. Juez **PIDO:**

- Se tenga por formulada la presente denuncia de violencia doméstica/ abuso sexual/...(lo que se está denunciando) arbitrando todas las medidas necesarias para hacer cesar la situación y dar garantía y protección a la víctima así como a los testigos.
- Se designe defensor de oficio.
- Se de conocimiento de lo actuado a esta parte.

Otrosi digo que tengan presente: 1) Que autorizo a examinar el expediente, retirar testimonio u oficios, notificarse, y cualquier otro acto procesal a los Sres.

ANEXO IV

PLANILLA DE REGISTRO DE SITUACIONES ATENDIDAS POR EL ERV

Instructivo de llenado de formulario de relevamiento de datos

Esta planilla fue elaborada con la finalidad de obtener información confiable sobre la prevalencia de situaciones de VBGG atendidas por los equipos referentes y sus características y en base al análisis de las mismas, definir necesidades de la institución para brindar respuesta a este problema.

El siguiente instructivo tiene la finalidad de facilitar el llenado de la planilla de relevamiento de datos de situaciones de violencia basada en género y generaciones (VBGG) con que los equipos de referentes de violencia, equipos de salud sexual y reproductiva y equipos de puertas de emergencia tomen contacto. Sin perjuicio que otros técnicos de otros servicios que deseen completarla y elevarla pueden hacerlo.

La planilla será completada en formato digital (sobre la misma planilla), y será enviada por correo electrónico al mail del equipo coordinador de referentes de violencia basada en género y generaciones de ASSE (mail: comisionreferentesviolencia@asse.com.uy) antes del día 15 del mes siguiente a la recogida de datos.

Dado que la planilla contiene datos sensibles e identificatorios, el manejo de la información contenida será bajo **estricta confidencialidad**, enmarcándose las tareas del equipo central de violencia en el secreto profesional compartido. La finalidad

de recabar la información con datos identificatorios es en vistas al abordaje y seguimiento, así como contar con información veraz de las situaciones atendidas, sin superposición de datos, y poder cotejar la información de distintas regiones y servicios. Es importante recordar que frecuentemente las personas en situación de violencia consultan en más de un servicio, y varían de domicilio, incluso de departamento de residencia.

Ante cualquier duda en el llenado, por favor contactarse con el equipo central de referentes de VBGG de ASSE vía mail al correo referido. La falta de algunos datos no impide el llenado de la planilla.

A continuación se presentan las variables que se recogen y la explicación de las mismas:

- **Unidad Ejecutora:** en la que se encuentra.
- **Departamento:** en la que se encuentra.
- **Equipo de Referencia:** explicitar si se trata de un equipo de referentes de violencia o de salud sexual y reproductiva o de emergencia. En caso de los equipos de referentes de violencia, consignar la ubicación del equipo, por ejemplo: Equipo de referencia del Departamento de Maldonado (si está integrado por profesionales del hospital y la RAP), Equipo de referencia del Hospital Saint Bois, Equipo de referencia de la RAP de Artigas. En los lugares donde no hay equipo referente pero hay alguna persona que cumple ese rol, consignarlo al pie del formulario donde dice Nombre del profesional referente y teléfono de contacto.

- **Mes y año:** en que se recoge la información.
- **Fecha de contacto con el equipo de referentes de violencia:** se refiere a cuando se plantea una consulta de una situación al equipo de referentes de VBGG por parte de una persona diferente de la que se encuentra en situación de violencia (por ejemplo si concurre un técnico para asesoramiento), o si el equipo de referentes entra en contacto con la situación de otra forma diferente a la consulta de la persona en situación de violencia.
- **Fecha de consulta con el equipo de referentes de violencia:** fecha en que la persona en situación de violencia concurre personalmente a la consulta con el equipo de referentes de violencia. También incluir aquí las consultas realizadas por personas en situación de violencia que consultan en los equipos de salud sexual y reproductiva o en puerta de emergencia.
- **¿Es la primera consulta o seguimiento?:** en caso de primera consulta se completará la planilla con el mayor número de datos posibles que cuente el equipo, mientras que en las consultas de seguimiento sólo se consignará: fecha, seguimiento, quién consulta, nombre y apellido, así como si hay datos que difieren de los consignados en la primer consulta (aparición de otras formas de violencia, realización de denuncia, cambio de domicilio, o cualquier otro dato relevante que el equipo considere necesario para el seguimiento).
- **¿Quién consulta?**
 - 1- **persona:** se refiere a la propia persona en situación de violencia

2- familiar: cualquier familiar de la persona en situación de violencia (puede ser madre, padre, pareja de éstos, tíos, abuelos, primos, otros). Explicitar vínculo con la persona. No es necesario incluir el nombre.

3- integrantes del equipo de salud: se refiere a otro profesional de la salud que concurre al equipo para plantear la situación de algún paciente para asesoramiento.

4- operadores sociales, educativos: se refiere al planteo de situaciones de violencia por parte de los operadores sociales que trabajan con ellas, por ejemplo maestras, profesores, personal del SOCAT, equipos de cercanías, entre otros (explicitar qué profesional o equipo plantea la situación)

5- otros actores no formalizados (especificar): se refiere a otras personas que no contactan con la situación a través de su rol profesional o institucional sino por ejemplo por otros vínculos con la persona como podrían ser vecinos, pastores religiosos, agentes comunitarios, entre otros.

- **Nombre:** Consignar el primer y segundo nombre de la persona si lo tuviera.
- **Apellido:** Consignar el primer y segundo apellido de la persona si lo tuviera.
- **Fecha de nacimiento:** Fecha de nacimiento de la persona en situación de violencia.
- **Cédula de identidad:** De la persona en situación de violencia.

- **Dirección y teléfono:** De la persona en situación de violencia.

- **Situación conyugal:**

- 1- Casada/o
- 2- Soltera/o
- 3- Divorciada/o
- 4- Unión libre
- 5- Viuda/o

- **Identidad de género:** Se refiere a cómo la persona se auto define.

Usted se identifica como:

- Mujer
- Varón
- Trans femenina
- Trans masculino

- **Autopercepción de la persona sobre su ascendencia étnico racial:** se refiere a cómo se define la persona. Este dato se consigna cuando la persona en situación de violencia consulta personalmente al servicio.

- 1- afro o negra
- 2- blanca
- 3- asiática o amarilla
- 4- indígena
- 5- otra

- **Presencia de discapacidad y tipo:** se refiere a la percepción del equipo de la existencia de alguna discapacidad, no requiere

la confirmación ni diagnóstico exacto de la misma, basta la sospecha fundada, ya que la importancia de este dato es en vistas a las medidas de protección y valoración del riesgo. También se consignará en los casos en que el dato surge del análisis de la historia clínica de la persona.

- 1- Intelectual/psíquica
- 2- Auditiva
- 3- Visual
- 4- Motriz
- 5- Otra
- 6- No tiene

● **¿Cómo llega la situación?:** se refiere a cómo el equipo de referentes toma contacto con la situación de violencia.

1 - **Espontánea:** la consulta se realiza por iniciativa de la persona en situación de violencia sin haber sido referida desde ningún servicio

2 - **Derivada:** la situación de violencia es derivada al equipo de violencia, salud sexual y reproductiva o puerta de emergencia, desde otro servicio de salud o de otra institución (ejemplo desde una escuela, liceo, equipos de cercanía, SOCAT, comité de recepción local del SIPIAV, redes focales entre otros).

● **Si es derivada, ¿de dónde?:**

1- Policlínica: incluye las policlínicas de medicina general, familiar, rurales y policlínicas de especialistas pero diferentes a salud mental y equipos de salud sexual y reproductiva que se consignan aparte

2- Equipo de salud mental: incluye los psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales de dichos equipos

3- Equipo de salud sexual y reproductiva: incluye médicos ginecólogos, obstetras parteras, psicólogos y trabajadores sociales de dicho equipo.

4- Centro educativo: incluye Centros CAIF, jardines, escuelas, liceos, escuelas técnicas, Cecap y otros centros de educación formal e informal.

5- Operadores sociales (cuál): incluye operadores de Jóvenes en Red, Cercanías, Uruguay Crece Contigo, técnicos de SOCAT, técnicos de INAU, entre otros.

6- Operadores policiales y judiciales: casos derivados por orden judicial, casos derivados por policía comunitario y otros.

7- Emergencia (consultó para atención en salud): se incluyen los casos en que la persona en situación de violencia consultó en servicio de urgencia o emergencia para atención en salud por otro motivo y surge el relato de violencia, o las situaciones en que consultó por violencia y atención de la misma. Se incluyen las situaciones de agresión sexual aguda (menos de 72 horas) en que hay contacto génito genital, génito anal y génito oral, en que se realizó entrevista, examen físico, toma de muestras y profilaxis de infecciones de transmisión sexual y embarazo.

8- Emergencia (consultó para constatar lesiones): se incluyen situaciones en que la persona en situación de violencia sufre una agresión y consulta espontáneamente

a constatar lesiones o es llevada por la policía, sin presentar otra sintomatología que motive la consulta en urgencia o emergencia. Cabe destacar que la constatación de lesiones en estos contextos no debe ser considerada un mero trámite burocrático (aun cuando es a pedido de juez y la persona es llevada por la policía como en caso de adolescentes) sino que debe ser considerada una valoración médica más, tendiente a descartar lesiones que pueden pasar desapercibidas y poner en riesgo la vida de la persona.

9- Emergencia (consultó para tratar sus lesiones): se incluyen situaciones en que la persona consultó en urgencias o emergencia por lesiones de origen traumático no accidental, para su tratamiento o por infecciones de transmisión sexual producto de una violencia sexual, este punto generalmente se asocia con el punto 7, de esta variable.

10- Comité de recepción local del SIPIAV: Cuando las situaciones fueran derivadas por SIPIAV *“espacio de intervención interinstitucional conformado por técnicos de las instituciones locales con competencia en el tema. No es un espacio físico, sino que está conformado por las personas que a nivel local cada organismo designe para tal función. En especial, INAU, CEIP y otras instituciones de salud y educación. Estos técnicos son designados por las instituciones competentes y tienen a su cargo la situación por la que se consulta. Apoyan la realización del diagnóstico y brindan las primeras orientaciones. Además, son quienes acuerdan las estrategias de intervención y definen los mecanismos de seguimiento. En aquellos casos en que se constate la necesidad de realizar una denuncia*

judicial, es en este espacio que se valorará su pertinencia y se comunicará a las autoridades competentes” (Bentancur, Lozano, Solari, 2013).

11- Otro (especificar)

- **Tipo de violencia**

1- Omisión de cuidados: se refiere a situaciones de negligencia en que falta la protección de la persona ante eventuales riesgos y la falta de atención de sus necesidades básicas cuando la persona a cargo está en condiciones de atenderla. Incluye la omisión del acompañamiento en los procesos del desarrollo de niño/as y adolescentes, no mostrar interés por sus proyectos, faltas de controles de salud, falta de vacunas. También comprende a personas en condición de dependencia por discapacidad o adultos mayores dependientes: abrigo inadecuado, desprotección, no procurarle asistencia médica cuando lo requiera por considerar que la gravedad del suceso no lo justifica, falta de prótesis adecuadas (lentes, bastones, entre otros) infantilización, no considerar su autonomía.

2- Física: uso intencional de la fuerza física, un objeto o un arma que provoque daño o lesiones a una persona, sean estos visibles o no. Puede haber violencia física que no deje estigmas físicos (lesiones en piel, mucosas, óseas o internas), pero de todos modos se incluye en este grupo, porque lo que define la forma de violencia no es el daño sino el tipo de acto. Se incluyen casos de golpes, tirones de cabello, ataduras, quemaduras, pellizcos, fracturas, empujones, patadas, lanzar objetos, compresión de cuello

con intento de estrangulamiento, amenazas con armas, homicidio e intento de homicidio, administración de sustancias químicas con finalidad de tranquilizar a la persona no estando indicado o en una dosis mayor a la indicada (denominado maltrato químico), etcétera.

3- Psicológica: es cualquier actitud que provoque en la persona sentimientos de descalificación o humillación en privado o ante terceros: asustarla, intimidarla, amenazar con dañarla a ella o a sus seres queridos incluyendo mascotas, amenazar con dejarla en la calle, aislamiento, control del celular y sus contactos, ignorarla, acusaciones de infidelidad, control de uso de anticoncepción, control de su acceso a servicios de salud o centros educativos o actividad laboral.

4- Patrimonial: También denominada económica que incluye *“negar a la persona el acceso a los recursos financieros, típicamente como una forma de abuso o de control o con el fin de aislarla o para imponer otras consecuencias adversas para su bienestar. Incluye negar su acceso a los recursos financieros; a la propiedad y bienes duraderos; deliberadamente no cumplir con las responsabilidades económicas (pensión alimenticia o apoyo financiero para la familia, negar su acceso al mercado laboral y la educación, su participación en la toma de decisiones relevantes para la situación económica”*. (Naciones Unidas, 2014).

En el caso de personas adultas mayores, se incluye la firma de poderes y el abuso en el manejo de sus bienes materiales y financieros por terceros, en detrimento del bienestar de la persona adulta mayor.

5- Sexual (agresión sexual aguda con contacto génito genital, génito anal y/o génito oral): por violencia sexual se entiende a *“Todo acto sexual, la tentativa de consumarlo, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar cualquier otro modo de sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima y del ámbito en que ocurre”* (Organización Mundial de la Salud, 2003). La misma puede ser con o sin contacto, y a su vez puede ser no comercial o comercial. En este ítem se consignará la violencia sexual con contacto entre los genitales, boca y/o ano de la persona víctima de violencia y del abusador, ocurrida en las últimas 72 horas. Se incluyen en esta categoría situaciones de violencia sexual (abuso sexual) crónica en que existió contacto en las últimas 72 horas así como las situaciones de agresión sexual aislada que ocurrió en las últimas 72 horas.

6- Sexual (contacto génito genital/oral/anal, que no consulta en agudo): se refiere a las situaciones de violencia sexual en que hay contacto génito genital, anal u oral que puede ser en forma repetida (no necesariamente penetración) o único, pero que la persona consulta pasadas las 72 horas.

7- Sexual con contacto no genital: se refiere a situaciones de violencia sexual en que existen manoseos, besos, y otras actividades sexuales no consentidas o abusivas que impliquen contacto corporal pero no con los genitales.

8- Sexual sin contacto: incluye cualquier forma de violencia sexual que no implique un contacto corporal, por

ejemplo insinuaciones, obligar a la persona a observar los genitales del otro, obligarla a observar a otras personas teniendo relaciones sexuales, observar mientras la otra persona se baña o se viste.

9- Explotación sexual comercial: abuso sexual por parte de otra persona que incluye la remuneración en efectivo o en especie, a una o varias terceras personas. En caso de niña/os y adolescentes se incluye la utilización con finalidad de “prostitución”, elaboración de pornografía, turismo sexual, trata con fines sexuales y matrimonios forzosos.

10- Mediante TICS (informática, correo, celular, facebook, etc.): se refiere a situaciones en que la violencia se vehiculiza a través del uso de los medios tecnológicos e informáticos, como por ejemplo subir videos, fotos a internet, crear un grupo para criticar a alguna persona, etc.

11- Institucional: incluye las diferentes formas de violencia que se dan en el ámbito de instituciones del Estado, sus órganos y agentes en el cumplimiento de sus funciones, por ejemplo la violencia que sufren los niños en centros educativos ejercida por docentes a su cargo, violencia ejercida por los profesionales de la salud, por los operadores de justicia en el proceso judicial, por la policía, en centros del INAU, etc.

12- Otros (especificar): cualquier otra forma de violencia que no haya sido contemplada en los ítems anteriores.

- **Intervención del equipo fue:**

1- Orientación a otros técnicos: se refiere a las situaciones que son planteadas al equipo de referentes o alguno de sus integrantes, así como a los referentes de salud sexual y reproductiva por parte de otros integrantes del equipo de salud o de otros operadores (por ejemplo maestros, SOCAT, equipos de cercanía, etc), sin tomar contacto directo el equipo con la persona en situación de violencia.

2- Participación directa: se refiere a situaciones en que la persona en situación de violencia es asistida por el equipo de referentes o de salud sexual y reproductiva al menos en una consulta por violencia, independientemente de que a esa consulta vaya acompañada por algún otro integrante del equipo de salud y que el seguimiento sea realizado por otro técnico. Se incluyen aquí los casos de consultas por violencia en servicios de urgencia y emergencia.

- **Se realizó denuncia**

- Sí
- No

- **Lugar donde se realizó la denuncia:**

1- Línea azul: línea telefónica del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, 08005050

2- Comisaría: se refiere a la seccional policial barrial, a la Comisaría de la Mujer o a los servicios de policía

especializados en violencia doméstica (Unidad Especializada)

3- Juzgado de Familia Especializado en violencia doméstica

4 – Fiscalía Penal

5- Juzgado de Paz

- **Denuncia realizada por:**

1. Equipo de emergencia: se refiere a las situaciones en que la denuncia es realizada por el equipo de salud que asistió a la persona en el servicio de urgencia/emergencia.

2. Equipo de gestión: se refiere a las situaciones en que el informe es firmado o la denuncia es realizada por algún integrante del equipo de gestión de la dirección del centro de salud, dirección del hospital o de la rap correspondiente, independientemente de que la redacción del informe haya sido elaborada por los técnicos intervinientes directamente en la atención.

3. Otros técnicos: se refiere a otros profesionales y técnicos de la salud que entraron en contacto con la situación y realizaron la denuncia, por ejemplo referentes de violencia, médico tratante, equipo de salud sexual y reproductiva, equipos de Espacios Adolescentes, integrantes del equipo de Salud Mental. Explicitar cuál.

4. Persona en situación de violencia: cuando la propia persona en situación de violencia es la que realiza la denuncia.

5. Familia, amigo u otro referente de la persona en situación de violencia.

6. Otros operadores (MIDES, INAU, escuela, liceo, SOCAT, etc): se refiere a otros operadores que entraron en contacto con la situación de violencia desde su ámbito institucional y desde ahí se realizó la denuncia, por ejemplo maestra, dirección de centro educativo, Centro CAIF, entre otros. Explicitar cuál.

7. En conjunto (explicitar quién): cuando el informe y/o denuncia se realiza en conjunto por más de un técnico, por más de un equipo (por ejemplo médico tratante y equipo de gestión; médico tratante y equipo de referentes de violencia y dirección) y/o por más de una institución (por ejemplo escuela en conjunto con centro de salud). Explicitar cuáles.

- **Seguimiento será realizado por:**

En la primera consulta se consigna quién se recomienda que realice el seguimiento y en las consultas de seguimiento se consignará quien lo realiza efectivamente.

1) Técnico: se incluye el técnico o profesional tratante con el que la persona tiene una relación clínica, o en caso de que carezca pero sea referenciada a un médico de referencia.

2) Equipo de referente: se refiere al seguimiento de la situación a cargo del equipo de referentes de VBG

3) Ambos

4) Otros equipos: se incluyen aquí los equipos de salud mental y los equipos de salud sexual y reproductiva.

5) Otras instituciones (explicar cuáles): por ejemplo si la situación está en seguimiento por equipos de Uruguay Crece Contigo, Cercanías, Jóvenes en red, CAIF, INAU, ONG, entre otros. Explicitar.

Observaciones: En este punto se incluirá, en caso de agresión sexual aguda, si se cumplió o no la pauta del MSP (en caso negativo, el motivo), así como otros datos relevantes por ejemplo imposibilidad de realizar seguimiento, falta de adulto referente protector, institucionalización, factores de riesgo relevantes que el equipo desee consignar de la persona que sufre violencia, de la que la ejerce, de la situación o del contexto; dificultades particulares con determinada situación, etc.

El formulario se completará utilizando la codificación numérica que corresponda.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACION

[illegible]

ANEXO V

Listado de equipos especializados en Explotación Sexual Comercial

Servicio	Población que atiende	Contacto
Servicio de atención a mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual comercial. (MIDES - OSC El Paso)	Mujeres mayores de 18 años en situación de trata con fines de explotación sexual de cualquier nacionalidad	Tel.: 2400 0302 int. 5506 serviciovbgtrata@mides.gub.uy
Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de Niñez y	No realiza atención directa. Órgano intersectorial cuyo objetivo primordial es planificar y proponer política pública	Tel.: 2915 7317 / 2915 0712 (INAU) conapees@gmail.com

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

Adolescencia (CONAPEES)	contra la explotación sexual de NNA. Ante casos complejos puede brindar orientaciones	
Programa Nacional de Atención de Situaciones de Explotación Sexual comercial y Trata - Proyecto Travesia. (INAU - convenio con OSC)	Menores de 18 años	Tel.: 2915 7317 / 2915 0712 (INAU) ptravesia@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar AM. Maltrato a menores. En: Memorias Segundo Congreso Interdisciplinario e Internacional. El maltrato a los niños y sus Repercusiones educativas. México, D.F.: Ficomi,1992;2:300-307.

Autores varios. Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO).

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Organización Mundial de laSalud (OMS), 2006.

Barudy, J., Dantagnan, M. Guía para la evaluación de las Competencias y la resiliencia parental. Instituto de Formación e Investigación – acción sobre las consecuencias de la violencia y otras calamidades y la promoción de la resiliencia. Guía incluida en el libro Los desafíos invisibles deser madre y padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. SENAME.

Barbero Gutiérrez J., Barrio Cantalejo I., Gutiérrez González B., Izal Fernández de Trocóniz M.,Martínez Maroto A., Moya Bernal A., Pérez Rojo G., Sánchez del Corral Usaola F., Yuste Marco A.

Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO. Madrid. 2005.

Bentancor G., Lozano F., Solari M. Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Segunda edición. UNICEF, SIPIAV, CEIP. Montevideo. 2013.

Claramunt M.. Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Serie Género y Salud Pública Mujeres Maltratadas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO. Costa Rica. 1999.

Claramunt M. Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública Mujeres Maltratadas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO. Costa Rica. 1999.

Claramunt M. Abuso sexual en mujeres adolescentes. Serie Género y Salud Pública Mujeres Maltratadas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO. Costa Rica. 2000.

Cuervo Martínez A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Perspectivas en psicología 2010; 6 (1): 111-121.

De los Campos, H. ; Solari, M. Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia de Maltrato Intrafamiliar

contra niños, niñas y adolescentes. Montevideo, Infamilia—Mides, 2007.

Di Lorenzo, M., García, I. La violencia en la pericia psiquiátrica de niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2010; 74 (1): 67 -72.

Fernández-Alonso, M., Herrero-Velázquez, S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria*. 2006;37(1):56-9

Fernández-Alonso M., Herrero-Velázquez, S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria*. 2006;37(2):113-5

Ferreira G. Hombres Violentos. Mujeres Maltratadas. Ed.Sudamericana, Buenos Aires, 1992.

Guido, L., Ramellini, T. Normas y protocolos de atención integral a la violencia intrafamiliar. Documento para la discusión. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS/OMS. Costa Rica, 1998.

Herrera-Basto, E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. en *Admón. PuSalud pública Méx* vol.41 n.5 Cuernavaca Sep./Oct. 1999

Iniciativa de Derechos de Infancia Adolescencia y Salud en Uruguay. Guía: los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el área de la salud. MSP, INAU, SUP, UDELAR, UNICEF. Montevideo. 2012

INMAYORES. Protocolo de Intervención del Servicio de Atención a PAM Víctimas de Abuso y Maltrato Intrafamiliar. MIDES, Montevideo. 2013.

Instituto Interamericano del Niño. Material de Apoyo del Curso Explotación Sexual Comercial de Niño/as y Adolescentes. 1a edición. 2011.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. IMSS. México. 2012.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: detección y manejo del maltrato en los adultos mayores en el primer nivel de atención. IMSS. México. 2009.

Krug, E., Dahkberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003.

Larrobla C., Canetti A., Reigía M., Brenes V. Manual práctico en visita domiciliaria integral en salud. CIIP – EI, Udelar, MSP. Montevideo.

Ley 17514. Violencia doméstica. Declárese de interés general las actividades orientadas a suprevención, detección temprana, atención y erradicación. Montevideo, 2 de julio de 2002.

Ley N° 17.823. Código de la Niñez y Adolescencia. Montevideo, 7 de setiembre de 2004.

Ley N° 17.815. Violencia sexual comercial o no comercial cometida contra niños, adolescentes o incapaces. Montevideo, 6 de setiembre de 2004.

López P., Gelpi G., Forrisi F., et al. Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud. MSP. Ovejas Negras. Udelar. UNFPA. Montevideo. 2016. Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/VERSI%C3%93N%20DE%20IMPRESA.pdf (Consultado 3/3/17)

Lozano F., Methol F., Sande S., Oyola W. Aportes Bentancourt P., Parra F., Añasco A., Castro M. Protocolo institucional para la atención de personas mayores de 15 años en situación de violencia

basada en género y generaciones. Administración de Servicios de Salud del Estado. 2014.

Lozano F., Bechlian A., Sande S., Alberti R., Martínez R. Prevención y abordaje a las situaciones de violencia hacia las personas adultas mayores. Digesa. Ministerio de Salud Pública. Montevideo. 2014.

Lozano F. Violencia sexual. Recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud. Montevideo. 2016.

Lozano F. Valoración médico-legal de situaciones de abuso sexual infantil. En Capano A. PoéticaDiscontinua. SOMOS. 2014.

Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas y programáticas en maltrato infantil. Pub SalMental 1998; 5

Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia infligida por la pareja. Disponible

en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf (Consultado 3/3/17)

Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf (Consultado 3/3/17)

Organización Panamericana de la Salud. Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Costa Rica, 1999.

Organización Panamericana de la Salud. Modelo integral de atención a la violencia intrafamiliar.

Desconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil. El papel del sector salud. Serie Género y Salud Pública. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Costa Rica. 2001.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Costa Rica. Ed. Zeta Servicios Gráficos. 2000.

Palomino G., Rama M., Lozano F., Radío D., Siscar E., Viera E. Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. UNDP, SIPIAV, UNICEF, ASSE, MSP. Montevideo. 2009

Peroni G. Prato J. Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente. SIPIAV, ANDENES, UNICEF. Montevideo, Uruguay. 2012.

Rodrigo López M., Maiquez Chavez M., Martín Quintana J. Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. FEMP. Madrid. 2010. Disponible en www.msssi.gob.es/ssi/familiasinfancia/docs/folletoParentalidad.pdf (Consultado 12/2/17)

Romano S., Garrido G., Mizrahi M. Modelo de atención integral. Violencia hacia niños, niñas y adolescentes. SIPIAV, UNICEF, ASSE, MI, ANEP, MIDES, MSP, INAU. Montevideo, Uruguay, 2012.

Romano S., Samuniski F., Linder M., Grela C. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención. Montevideo. Dirección General de la Salud. Programa Mujer y Género. Ministerio de Salud Pública. 2009

Romano S. Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consultapsiquiátrica de mujeres. Rev psiquiatría Montevideo, Uruguay 2010;74(1):45-66.

Ruiz K, et al. Protocolo de atención para los servicios especializados de atención a mujeres ensituación de violencia doméstica del instituto nacional de las mujeres. Mides. INMUJERES.Montevideo, Uruguay. 2010.

Sagot M., Carcedo A. La ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar enAmérica Latina (estudio de caso en diez países). Programa Mujer, Salud y Desarrollo.Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Costa Rica. Ed. ZetaServicios Gráficos. 2000.

Sainz-Villanueva M. El perfil social de los padres responsables en casos de niños maltratados delD.F. (tesis). México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría, 1985.

Sande, S. Violencia Basada en Género y Generaciones. ASSE. Montevideo, Uruguay, 2016.

Santana T.R., Sánchez A.R., Herrera B.E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud PÚBLICA MÉxico 1998;40:58

Savio I., Lozano F., Panza R. Guía clínica para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de laviolencia sobre los adultos mayores. Administración de Servicios de Salud del Estado.Montevideo. 2014.

Velzeboer M., Ellsberg M., Clavel Arcas C., García Moreno C. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Washington. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003.



 assesalud