



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



MINISTERIO DE SALUD

Normativa – 031

Norma y Protocolos de para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

Segunda Edición 2015
Managua, Mayo 2016



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



MINISTERIO DE SALUD

Normativa – 031

Norma y Protocolos de para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

Segunda Edición 2015
Managua, Mayo 2016

Ficha catalográfica

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad
WX Nacional. Ministerio de Salud. Normativa 031:
167 Norma y protocolos para la prevención, detección y
0263 atención de la violencia intrafamiliar y sexual
2016 MINSA. Managua, 2016.
 2 ed. Corr.

122 p. tab. Graf.

- 1.- Norma y Protocolo
- 2.- Atención a las Personas Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual
- 3.- Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual
- 4.- Modelo de Atención Integral
- 5.- Modelo de Salud Familiar y Comunitario
- 6.- **Violencia Doméstica[^]clas**
- 7.- **Violencia Doméstica[^]legis**
- 8.- **Violencia Doméstica[^]prev**
- 9.- **Violencia contra la Mujer**
- 10.- **Violencia Sexual**
- 11.- **Salud de la Familia**

Ficha Bibliográfica Elaborad por la Biblioteca Nacional de Salud

Contenido

SECCIÓN I NORMA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
ANTECEDENTES O (Y) SITUACIÓN ACTUAL	9
JUSTIFICACIÓN	11
ACRONIMOS.....	13
SOPORTE JURÍDICO Y NORMATIVO	14
DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES	20
MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL	20
DEFINICIÓN DE LA NORMA	30
OBJETO DE LA NORMA.....	30
CAMPO DE APLICACIÓN DE LA NORMA.....	30
UNIVERSO DE LA NORMA	30
DISPOSICIONES	31
BIBLIOGRAFIA.....	52

FLUJOGRAMA.....	56
ANEXOS	58
SECCIÓN II PROTOCOLOS PARA LA PREVENCION, DETECCION Y ATENCION DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL.....	60
INTRODUCCIÓN.....	61
OBJETIVOS.....	62
OBJETIVO GENERAL.....	62
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
GLOSARIO DE TÉRMINOS	63
ACRÓNIMOS.....	66
POBLACION DIANA.....	67
ACTIVIDADES A REALIZAR	67
DEFINICIÓN	68
CLASIFICACIÓN	71
FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.....	74
DIAGNÓSTICO	79
PROCEDIMIENTOS.....	83
TRATAMIENTO Y/O INTERVENCION.....	93
COMPLICACIONES.....	96
ROLES Y CAPACIDAD RESOLUTIVA SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN	98
BIBLIOGRAFIA.....	100
ALGORITMOS	105
ANEXOS	106

**SECCIÓN I NORMA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE
LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL**

INTRODUCCIÓN

El abordaje de la violencia intrafamiliar y sexual (VIFS) para los servicios de salud en Nicaragua es una prioridad que el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) por ser un importante problema de salud pública, expresada claramente en la Política Nacional de Salud, orientada al desarrollo de acciones para la promoción de formas de convivencia solidaria en la familia; la prevención de la VIFS, la detección y atención integral de las personas que sufren violencia, incluyendo su rehabilitación¹.

La Normativa-031, “Norma y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual”, implementada por el Ministerio de Salud (MINSa) en el año 2009, constituyen la expresión operativa de dichas políticas en el sector salud – partiendo del reconocimiento de la VIFS como un problema de salud relevante²- en forma de procedimientos homogéneos, normados y protocolizados tomando como base la evidencia científica disponible y la experiencia nacional en este ámbito, para su aplicación en la atención a las personas víctimas de violencia en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

Durante los últimos años, las diferentes instituciones del Estado encargadas de la aplicación del marco político y jurídico vigente para la prevención de la violencia, han trabajado en coordinación, para diseñar e implementar a nivel nacional, un Modelo de Atención Integral de la Violencia de Género denominado MAI y que en cuya aplicación efectiva resulta imprescindible que los sectores participantes ajusten y articulen sus normas y protocolos de actuación; los sistemas de registro, análisis y seguimiento de la violencia, así como la evaluación y acreditación de los servicios que desarrollan acciones en relación a este problema³.

Por otra parte, entre las líneas de acción para mejorar la atención de la violencia, la Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Familia incluye la “elaboración, revisión, actualización e implementación de guías, protocolos y manuales de actuación y atención a víctimas de violencia hacia la mujer, niñas, niños y adolescentes en las instituciones de los sistemas educativos, de salud y justicia (civil, penal y administrativo), teniendo en cuenta los enfoques de derechos humanos, de género, generacional e interculturalidad”⁴.

El MINSa, y en el marco del MOSAFC actualizó este importante instrumento normativo, acorde con los avances legales y jurídicos más recientes relacionados con la prevención y atención de la VIFS y los esfuerzos intersectoriales y sociales que se realizan para alcanzar su aplicación efectiva.

Su actualización se realizó de manera participativa, involucrando a especialistas vinculados directamente al proceso de atención de la VIFS, con el objetivo de integrar los lineamientos estratégicos, objetivos y procedimientos definidos en el marco regulatorio vigente,

¹ Decreto 43. “Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Violencia”. La Gaceta-Diario Oficial No. 143, 31 de Julio de 2014.

² Ministerio de Salud. Decreto Ministerial 67-96.

³ Modelo de Atención Integral a la Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. UNFPA. Managua, 2012.

⁴ Decreto 43. “Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Violencia”. Líneas de acción para mejorar la atención, Numeral 6. La Gaceta-Diario Oficial No. 143, 31 de Julio de 2014.

especialmente en la Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Violencia, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario y el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua.

El MINSA pone esta normativa actualizada (segunda edición) a disposición del sector salud y que se convierte en un documento de referencia además de ser un recurso de apoyo para la toma de decisiones y una fuente de capacitación para los proveedores en el campo de la prevención y atención integral de la VIFS, contribuye al objetivo de reducir la violencia y promover una cultura de convivencia respetuosa, libre de violencia, en Nicaragua.

ANTECEDENTES O (Y) SITUACIÓN ACTUAL

La Política de Salud del GRUN tiene como eje central de su actuación la restauración del derecho a la salud gratuita, implementando el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que además de asegurar la equidad, el acceso universal a los servicios de salud y la reducción de las brechas de los grupos de población tradicionalmente excluidos, sino también lograr la integralidad e intersectorialidad requeridas para la atención de los problemas de salud⁵.

Como parte de este desafío, en el año 2008 se formuló la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁶, que promueve la atención integral de salud desde las perspectivas de género y derechos humanos, durante todos los ciclos de vida, constituyendo un marco de referencia para definir las prioridades y orientar los recursos nacionales y de la cooperación externa para la implementación de intervenciones que contribuyan a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.

El GRUN, como respuesta a este grave problema de la violencia intrafamiliar y sexual en el País y de que la misma requiere de los esfuerzos de diferentes instituciones públicas, ha impulsado acciones de alcance nacional, encaminada a divulgar los efectos de la violencia contra las mujeres; promover formas de convivencia intrafamiliar basadas en la equidad y el respeto; la capacitación a funcionarios y profesionales que brindan servicios médicos, salud mental, jurídicos y de protección especial a las víctimas de violencia; estableciendo, además, mecanismos de coordinación intersectorial y de articulación con la comunidad para actuar de forma conjunta.

Para este proceso, se requiere garantizar la articulación y complementariedad de las acciones de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, se creó el Comité Técnico Interinstitucional de Violencia, conformado por la Corte Suprema de Justicia (CSJ), el Instituto de Medicina Legal (IML), la Comisaría de la Mujer y la Familia de la Policía Nacional (CMF), el Ministerio de la Familia, Niñez y Adolescencia, el Ministerio Público, el Ministerio de Salud y la Procuraduría Especial de los Derechos Humanos de la Mujer⁷.

De esta manera surge el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua (MAI), aprobado por el Comité Técnico Interinstitucional el 24 de Octubre de 2011 y presentado a las autoridades nacionales el 23 de marzo del 2012 y que recientemente también ha sido actualizado. El MAI contiene un conjunto de normativas y procedimientos para la articulación y funcionamiento coordinado de los centros de servicios jurídicos, de salud, de protección y otros, sean públicos, privados o de organizaciones sociales, que integran la Ruta de Atención a las víctimas de VIFS en cada localidad.

Adicionalmente, el MAI dispone de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIREC), que estandariza los procedimientos para la referencia de una víctima de violencia de una institución a otra, con el objetivo de garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguimiento de la atención en aquellos servicios que dispongan de las capacidades y el personal más adecuados para su

⁵ Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. MINSA. Managua, Julio de 2008.

⁶ Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Managua 2008.

⁷ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. UNFPA. Managua, 2012.

atención médica, psicológica, protección especial en albergues y acompañamiento legal, según se requiera.

La actualización de las Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, se enmarca en el proceso de reordenamiento, coordinación y articulación de funciones de las instituciones públicas, privadas, organizaciones sociales y centros alternativos que participan en la prevención y atención de la violencia intrafamiliar y sexual, y debe contribuir a reducir la alta incidencia y el impacto de la misma en la salud de las mujeres, las niñas y niños, los adolescentes y los adultos mayores; así como al fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para la detección y atención de las personas que acudan a las unidades de salud demandando servicios por cualquier patología o de aquellos que lo hagan por estar sufriendo o haber sobrevivido a violencia intrafamiliar y sexual.

JUSTIFICACIÓN

La violencia contra las mujeres, una de las formas más opresivas de desigualdad por razón de género, es un problema de salud pública y una violación de derechos humanos que afecta a un número considerable de mujeres en todo el mundo⁸.

La violencia contra la mujer afecta a una de cada tres mujeres en la Región de las Américas. Consciente de que la violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas, pero que la violencia sexual, física y emocional perpetrada por la pareja masculina contra una mujer es la forma más prevalente de violencia contra la mujer⁹. Las niñas, niños y adolescentes constituyen el principal blanco de los delitos de violencia sexual (abuso sexual, violación, acoso sexual, explotación sexual comercial), cometidos principalmente en la intimidad del hogar¹⁰.

En Nicaragua cerca de una de cada cuatro mujeres (22.5%) alguna vez casadas o unidas han sufrido violencia física o sexual en algún momento de su vida, mientras que el 9.3% de las mujeres algunas vez unidas experimentaron violencia física o sexual durante el último año¹¹. La Corte Suprema de Justicia reportó que en el año 2013 ingresaron a los juzgados 11,151 causas por 43 tipos penales de violencia intrafamiliar.

Las cifras oficiales más recientes de las Comisarías de la Mujer y la Familia (CMF) de la Policía Nacional, registran que en el período 2008-2014 el 12% del total de las denuncias de VIFS correspondieron a menores de 18 años, el 71.4% de ellas en adolescentes y el 25.6% en niños menores de 14 años¹². Del total de denuncias de VIFS atendidas por las CMF, el 36% fueron por lesiones físicas leves y graves, el 19% por violaciones a menores de 14 años; el 19% son por abuso sexual; el 15% por violaciones y el 8% fueron casos de violación agravada. Se reportan niñas y niños detectados por la PN y rescatados de situaciones de explotación sexual, pornografía y promoción del turismo con fines sexuales.

Se hace necesario por ende mejorar la capacidad resolutoria de las instituciones para la atención integral de las personas víctimas de violencia; la detección temprana de casos sospechosos de vivir situaciones de violencia; la aplicación de mecanismos multisectoriales para la atención de casos de VIFS y la ejecución de acciones para la prevención de la violencia en articulación con la comunidad, por solo mencionar algunas.

Adicionalmente, la puesta en vigor en los últimos años de varios instrumentos jurídicos y normativos relevantes para el enfrentamiento y la atención a la violencia intrafamiliar y sexual, plantea nuevas exigencias a los servicios de salud, que deben reflejarse apropiadamente en las Normas para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual del Sistema Nacional de Salud. Enfatizando el rol del MINSa como instancia rectora de la salud en

⁸ Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. OPS/CDC. Washington DC, 2012.

⁹ 54.o Consejo Directivo. 67.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

¹⁰ Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Normativa 031. Año 2009.

¹¹ Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12. Informe Preliminar. Instituto Nacional de Información de Desarrollo/Ministerio de Salud. Managua, Junio de 2013.

¹² Policía Nacional. Informe a la Dirección de Planificación del MIFAN. Octubre 2015.

relación a las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación ante situaciones de violencia.

ACRONIMOS

CMF	Comisarías de la Mujer y la Familia
CSJ	Corte Suprema de Justicia
GFCV	Gabinetes de la Familia Comunidad y Vida
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
IML	Instituto de Medicina Legal
MAI	Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género
MIFAN	Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
MP	Ministerio Público
OMS	Organización Mundial de la Salud
PN	Policía Nacional
SIREC	Sistema de Referencia y Contrarreferencia
SNBS	Sistema Nacional de Bienestar Social
US	Unidad de Salud
VIFS	Violencia Intrafamiliar y Sexual
VS	Violencia Sexual

SOPORTE JURÍDICO Y NORMATIVO

ÁMBITO NACIONAL

Las acciones para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual tienen su fundamento jurídico principal en los siguientes instrumentos:

- **Constitución Política de la República de Nicaragua**, que consagra el respeto absoluto a los derechos humanos, entre los que se destacan el derecho por igual a la salud, a la protección de la integridad física y moral de los ciudadanos y a la igualdad de todos ante la Ley, para gozar de protección, sin discriminación por razones de género o de otra índole¹³.

En el **artículo 46** garantiza la protección estatal, el reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana y el irrestricto respeto, promoción y protección de éstos en todo el territorio nacional, así como la plena vigencia de los derechos consignados en los más importantes instrumentos jurídicos internacionales.

El **artículo 59**, establece: “Los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar la medidas sanitarias que se determinen”.

- **Ley 287, Código de la Niñez y la Adolescencia**¹⁴:

Arto. 19. El Estado brindará especial atención a los niños, niñas, y adolescentes que se encuentren en situación de peligro, riesgo psicológico, social o material de acuerdo a las disposiciones del Libro Segundo del presente Código.

- **Ley 641 Código Penal**¹⁵

Su **Artículo 111** establece un conjunto de medidas de protección de urgencia para la víctima de violencia intrafamiliar o doméstica que pueden ser aplicadas por la autoridad judicial correspondiente, entre las que se encuentran:

- Garantizar a la persona ofendida la atención médica, psicológica o psiquiátrica en caso de que sea necesaria. A igual atención se someterá en caso necesario a la persona denunciada para su rehabilitación y evitar las reincidencias.
- Ordenar el examen biopsicosocial a los menores de edad involucrados en hechos de violencia doméstica o intrafamiliar y brindarles la debida atención.
- **“Arto. 155** Violencia doméstica o intrafamiliar: “Quien ejerza cualquier tipo de fuerza, violencia o intimidación física o psicológica, en perjuicio de quien sea o haya sido su

¹³ Constitución Política de Nicaragua. Artículos 24, 25, 36 y 73.

¹⁴ Ley 287. Código de la Niñez y la Adolescencia. La Gaceta-Diario Oficial No. 97, 27 de Mayo de 1998.

¹⁵ Ley 641, Código Penal. La Gaceta-Diario Oficial Nos. 83 al 87, Mayo de 2008.

cónyuge o conviviente en unión de hecho estable o contra la persona a quien se halle o hubiere estado ligado de forma estable por relación de afectividad, niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, sobre las hijas e hijos propios del cónyuge, conviviente o sobre ascendientes, descendiente, parientes colaterales por consanguinidad, afinidad, adopción, o sujetos a tutela. En el caso de niños, niñas y adolescentes, no se podrá alegar el derecho de corrección disciplinaria”.

- **Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y Reformas al Código Penal¹⁶:**
 - **Arto 1.** Objeto de la Ley: “La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que se ejerce hacia las mujeres, con el propósito de proteger los derechos humanos de las mujeres y garantizarle una vida libre de violencia, que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y no discriminación; establecer medidas de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las mujeres víctimas de violencia, impulsando cambios en los patrones socioculturales y patriarcales que sostienen las relaciones de poder”.
 - **Decreto Ley No 42** Reglamento a Ley 779 Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres y Reformas a la Ley 641 " Código Penal.¹⁷ Fortalece el liderazgo del MIFAN para el trabajo con la familia, define estrategias para la prevención y la atención a mujeres, niñas y adolescentes, los mecanismos para el trabajo interinstitucional y con la comunidad y realiza modificaciones el Código Penal en relación con la atención judicial y la mediación.
 - **Decreto Ley No 43. Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Violencia¹⁸:** Su Objetivo estratégico 2 se refiere al Fortalecimiento de la atención articulada, expresando que “el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral, principal estrategia para la atención, pasa por el desarrollo de capacidades tanto institucionales como de la institucionalización de pautas culturales de atención a víctimas como sujetas de derecho por parte de funcionarias y funcionarios que prestan servicios en la ruta crítica del Modelo: Comisaría de la Mujer y la Familia, Ministerio Público, Instituto de Medicina Legal, Corte Suprema de Justicia y Ministerio de Salud.

Esto implica la formación igualitaria a todas y todos los funcionarios en el conocimiento de las normas que protegen a las víctimas de violencia y sancionan a los agresores; la sensibilización ante el problema; la definición, revisión e implementación de protocolos para la atención y protección de víctimas de violencia; el seguimiento y ajuste del Modelo acorde a Convenios Internacionales suscrito por Nicaragua, a la legislación nacional, cultura y el comportamiento de la violencia hacia la mujer en sus diversas manifestaciones”.

- **Ley 870 Código de familia:**

¹⁶ Ley 779, Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y Reformas al Código Penal. La Gaceta-Diario Oficial No. 19, 30 de Enero de 2014.

¹⁷ Decreto Ley No 42: Reglamento a Ley 779 Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres y Reformas a la Ley 641 " Código Penal. Gaceta Oficial. No 143 del 31 de Julio del 2014

¹⁸ Decreto 43. “Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Violencia”. La Gaceta-Diario Oficial No. 143, 31 de Julio de 2014.

- **Arto 2.** Principios rectores: “Son principios rectores del Código:
 - a) La protección, desarrollo y fortalecimiento de la familia es obligación del Estado, la sociedad y los miembros que la integran a través de los vínculos de amor, solidaridad, ayuda y respeto mutuo que debe existir entre sus integrantes para lograr una mejor calidad de vida;
 - b) La protección integral de la familia y todos sus miembros en base al interés superior de los mismos;
 - c) La protección por parte de las Instituciones del Estado contra la violencia intrafamiliar, que se pudiera ejercer en las relaciones familiares;
- **Arto 46.** Definición: “La violencia doméstica o intrafamiliar, es una forma de violación a los derechos humanos y debe entenderse como cualquier acción o conducta que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico y patrimonial, al cónyuge o conviviente o sobre las hijas e hijos del cónyuge o conviviente o sobre ascendiente o discapacitados que convivan con él o ella o que se hallen sujetos a tutela de uno u otro”.
- **Arto 47.** Tipos de violencia doméstica o intrafamiliar: Los diferentes tipos de violencia doméstica o intrafamiliar son: Violencia Física, Violencia Sexual, Violencia Psicológica, Violencia Patrimonial y Económica.

“El Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, en coordinación con otras instituciones del Estado y la sociedad promoverá formas de disciplina positiva, participativa y no violenta, que sean alternativas al castigo físico y otras formas de trato humillante”.

- **Ley 423 Ley General de Salud¹⁹:**

Art 13.- La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el Estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar a su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Arto 28.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución sistemática del impacto que la violencia ejerza sobre la salud.

Arto 64.- Para efectos legales y reglamentarios, se consideran instituciones de salud todos los establecimientos públicos o privados habilitados por el Ministerio de Salud, en los cuales se realicen actividades dirigidas fundamentalmente a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Además de las disposiciones legales antes mencionadas, es importante hacer referencia a dos instrumentos normativos que contienen los principales referentes organizativos y de procedimientos que sustentan el contenido de este documento: el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, de alcance sectorial, y el Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua, que representa la integración de los esfuerzos de las instituciones del

¹⁹ Ley General de Salud. La Gaceta-Diario Oficial No. 97, 27 de Mayo 2003.

Estado, las organizaciones sociales y la comunidad en el enfrentamiento de la violencia de género.

- **Ley 763 “Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad”²⁰**, que tiene por objeto garantizar la promoción, protección y aseguramiento del pleno goce, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad y a no ser objeto de ningún tipo de discriminación.
- **Decreto Ley No 61 Política de Primera Infancia: “Amor para los más Chiquitos y Chiquitas” (PPI) ²¹**, que tiene como principio garantizar el derecho a la vida y a la supervivencia del niño como un pilar fundamental para su desarrollo integral y previene todo tipo de violencia contra el niño o niña de 0 a 6 años de edad.
- **Ley 820 “Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH Sida, para su prevención y atención”²²**; tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y condena todo acto de violencia o discriminación.
- **Ley 896. “Ley Contra la Trata de Personas”²³**. Prima el principio del interés superior del niño, niña y adolescente, la presunción de minoría de edad; igualmente, contiene medidas de prevención que deben considerar el enfoque de derechos humanos y de grupos vulnerables. Aborda la prevención, investigación, y sanción del delito, cualquier tipo de explotación y esclavitud, así como la protección integral a las personas víctimas reorientando el trabajo hacia la prevención y detección temprana, con énfasis hacia la niñez y adolescencia.
- **Policía Nacional. Ley 228:**
 - El 25 de noviembre de 1993, Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, la Policía Nacional en coordinación con el Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM) y con la participación de organizaciones de la sociedad civil, inauguró la primera Comisaría de la Mujer y la Niñez en el distrito V de la Policía Nacional, concebido inicialmente como proyecto piloto. En 1996 las Comisarías pasan a formar parte de la estructura de la Policía Nacional bajo la Dirección de Investigaciones Criminales. Al siguiente año según ordeno 049-97 se creó el Departamento Nacional de las Comisarías de la Mujer y la Niñez. Para el 2001 la Policía Nacional implementó el proyecto Red de Servicios de Atención a Mujeres, Niñez y Adolescentes, Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Intrafamiliar y Sexual, mediante el cual se elaboró el Modelo de Atención Policial para víctimas de violencia, en coordinación con el INIM, la Red de Mujeres Contra la Violencia y centros alternativos de la Red.
 - En el año 2006 la Policía Nacional creó la Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez a través de la disposición institucional 023/006, dándole mayor rango y autonomía dentro de su organigrama, convirtiéndose en una especialidad nacional destinada a investigar los delitos de la violencia intrafamiliar y sexual.

20 Ley 763: Publicada en la Gaceta Diario Oficial No. 142 del 01 de Agosto del 2011

21 Decreto N° 61: Política Nacional de Primera Infancia “Amor Por Los Más Chiquitos y Chiquitas”. Gaceta Diario Oficial, No 227 del 30 de Noviembre del 2011.

22 Ley 820 Publicada en la Gaceta Órgano Oficial No. 242 del 18 de Diciembre del 2012.

23 Ley 896: Publicada en la Gaceta Diario Oficial. No 38 del 25 de Febrero del 2015

Actualmente existen 35 comisarías en todo el país, que brindan atención en casos de violencia física psicológica y sexual en contra de la mujer y la niñez nicaragüense.

- **Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC):**

Es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que hacen operativa la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectoriales, dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea, como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque preventivo amplio.

Por otra parte, el MOSAFC contempla como estrategia el Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios, y define que “una red de servicios de salud organizada la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaces de responder a la mayoría de la demanda en salud de una población en un determinado territorio”²⁴.

- **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)**

Se fundamenta en el reconocimiento de que los derechos sexuales y reproductivos son parte integrante de los derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho de la mujer a una vida sexual satisfactoria libre de violencia y del riesgo de adquirir enfermedades o de tener un embarazo no deseado y el derecho de exigir igualdad, consentimiento pleno, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

En la definición de sus lineamientos estratégicos e intervenciones se asumen como compromisos de la ENSSR los planes y programas, que han sido elaborados por otras instituciones del Estado para contribuir a mejorar algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva de la población, entre ellos el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

Entre sus ejes de intervención se plantea el abordaje de la Violencia de Género, definiendo como uno de sus principales objetivos “Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través del fomento de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas”, el que tiene como metas disminuir a 20% en el 2015 la prevalencia de violencia intrafamiliar y sexual y promocionar nuevas formas de relaciones familiares basados en el respeto a la dignidad y en los derechos de todas las personas.

- **Corte Suprema de Justicia - Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua (MAI):**

²⁴ Ministerio de Salud. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Managua, Julio 2008.

Es un conjunto de procedimientos de gestión, resultado de la integración de las responsabilidades y competencias de las instituciones que forman parte de la Ruta Crítica²⁵ del sistema de atención a las víctimas de violencia, con la finalidad de garantizar la articulación y complementariedad de las acciones para protegerlas, realizando acciones de investigación, persecución y sanción penal desde el conocimiento del hecho, atención hasta su recuperación, resarcimiento de daños y restitución de sus derechos²⁶.

Para asegurar la efectividad de los procesos de gestión que lo integran, el MAI se apoya en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIREC), que se define como el conjunto de mecanismos técnico-administrativos sistematizados de coordinación del proceso de traslado-atención-retorno de una víctima de violencia de género entre centros de atención con diferente nivel de especialización o capacidad resolutoria, con la finalidad de contribuir a su atención integral, en su condición de sujeto y titular de derechos²⁷. Ver Flujograma No. 1 2, páginas 54 y 55).

ÁMBITO INTERNACIONAL

El Estado Nicaragüense es signatario de numerosas convenciones y conferencias internacionales que lo comprometen a diseñar e implementar acciones contra la violencia de género, tanto en el ámbito intrafamiliar como fuera de éste.

Entre los instrumentos aprobados en ese marco, pueden destacarse entre otros, los siguientes:

- En 1996 la **Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, definió la violencia basada en género como una prioridad de la Salud Pública en todo el Mundo.
- La **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer**, aprobada en Belém do Pará, Brasil, en 1994, estableció que el reconocimiento y el respeto irrestricto de todos los derechos de la mujer son condiciones indispensables para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y pacífica, estableciendo el compromiso de los Estados Miembros para formular políticas de prevención, sanción, y erradicación de la violencia contra la mujer.
- La **Convención sobre los Derechos del Niño**, aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989. Para promover y proteger los derechos de la infancia como el derecho a la salud, a la educación, a través de la prestación de bienes y servicios esenciales; y la necesidad de establecer un entorno protector que defienda a los niños y niñas de la explotación, los malos tratos y la violencia.

²⁵ Decreto 43. Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia Nicaragüense y Prevención de la Violencia. La Gaceta-Diario Oficial No. 143, 31 de Julio de 2014.

²⁶ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Primera Edición. UNFPA. Managua, 2012.

²⁷ Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MAI. UNFPA. Managua, Junio de 2015.

DEFINICIONES Y ASPECTOS CONCEPTUALES

MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL

La violencia contra la mujer, una forma extrema de desigualdad de género, es un problema de salud pública y de derechos humanos que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo²⁸.

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104) se define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”²⁹.

La violencia doméstica o intrafamiliar incluye todas las formas de violencia que ocurren en el hogar, afectando principalmente a las mujeres, los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad. La violencia sexual abarca también expresiones de violencia que suceden fuera del hogar, en diferentes ámbitos y relaciones entre las personas que viven en situación de violencia y aquellos que la ejercen.

La violencia contra la mujer adopta muchas formas, pero la violencia sexual, física y emocional por un compañero varón son las formas más prevalentes³⁰. La violencia contra la mujer tiene consecuencias perdurables que afectan profundamente su salud física y mental, la salud y el desarrollo psicosocial de sus hijos, el bienestar de las familias y comunidades, y el presupuesto y desarrollo económico de las naciones³¹.

La violencia intrafamiliar y la violencia sexual son, en primera instancia, manifestaciones de la violencia de género, porque aunque pueden afectar a personas de ambos sexos, su prevalencia es desproporcionada entre las mujeres, las niñas y las adolescentes, como expresión de una construcción social de roles, actitudes, creencias, derechos, deberes y comportamientos asignados a hombres y mujeres; construcción que respalda una visión patriarcal, en la que el hombre ha sido valorado históricamente como superior a la mujer, detentando el poder tanto en el ámbito doméstico como fuera de éste, lo que genera profundas inequidades entre hombres y mujeres en los planos del reconocimiento de sus derechos, del acceso a la educación y al trabajo y de la independencia personal y social, entre otros.

La violencia de género es una violencia estructural. No se debe a características singulares o patológicas de una serie de personas, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural

²⁸ Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas); Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet] (Resumen de orientación en español). Ginebra: OMS; 2013. 51 p.

²⁹ Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Cuadragésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 21 de septiembre de 1993 al 19 de septiembre de 1994; Viena (Austria): Naciones Unidas; 1993 (resolución A/RES/48/104).

³⁰ OMS. Estudio de múltiples países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer: Resumen de los resultados iniciales sobre la prevalencia, los resultados intermedios de salud y las respuestas de las mujeres [Internet]. Ginebra: OMS; 2005.

³¹ Ídem

de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.

La violencia de género es además instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La violencia intrafamiliar más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social, que se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino.

Los hombres no maltratan por naturaleza, sino porque han aprendido, a través de un proceso de socialización que es diferente para mujeres y hombres, que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer. Las relaciones de poder desigual que existen en la sociedad ubican al padre como la figura de la familia que tiene privilegios y prerrogativas de control y dominio sobre la mujer, las hijas e hijos y refrendan el autoritarismo como modelo de educación familiar, lo que constituye una de las principales causas de la violencia intrafamiliar y sexual.

Hasta no hace muchos años, la restricción en el desarrollo personal y social de las mujeres, la exigencia de su dedicación exclusiva a la familia y su deber de acatar la autoridad masculina, eran consideradas como algo “normal” y “natural”, validado por las costumbres y la Ley. En ese contexto se toleraba socialmente que los hombres utilizaran la violencia para afianzar su autoridad.

Un estudio realizado en Nicaragua en el año 2006 señaló que debido a las inequidades de género, las mujeres llevan más la carga de la pobreza, que las expone a diferentes formas de violencia y discriminación, a lo que se suman las concepciones culturales predominantes en la sociedad nicaragüense, refrendadas en un modelo autoritario de familia, en el cual el respeto no es entendido como reciprocidad entre sus miembros, sino definido a partir de una estructura de poder basada en la aceptación de la superioridad masculina en los planos biológico y económico; y en el que además, la violencia es considerada como una herramienta legítima para la conservación del orden familiar adecuado .

A pesar de las deficiencias de las investigaciones existentes, está claro que no hay una explicación única de por qué ciertos individuos cometen violencia contra mujeres ni de por qué esa violencia es más prevalente en ciertas comunidades. La evidencia disponible indica que la violencia contra la mujer está arraigada en las desigualdades de género y en los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres, pero también se ve afectada por una compleja interacción de factores a los niveles individual, relacional, comunitario y social, como se articulan en el marco socio ecológico³².

Los factores individuales asociados a un riesgo mayor de perpetración masculina y experiencia femenina de la violencia contra la mujer son, entre otros, un nivel educativo bajo, exposición a la violencia en la niñez (sea como víctima de maltrato infantil o como testigo de violencia entre los padres), consumo de alcohol o de drogas ilícitas, y trastornos mentales. A nivel de la comunidad y de la sociedad, los factores asociados a niveles más altos de violencia de pareja y violencia sexual a manos de terceros son las sanciones débiles por parte de la comunidad

³²Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002; Heise, L. What works to prevent partner violence: An evidence overview. 2011.

contra la violencia, la pobreza, la desigualdad de género y las normas que apoyan la aceptabilidad de la violencia³³.

El Enfoque de Riesgo de la violencia es una herramienta de análisis en salud pública que permite identificar los grupos más vulnerables a la VIFS, en función de los factores de riesgo presentes y las posibilidades de modificarlos positivamente. Permite diseñar las intervenciones de acuerdo a las necesidades y prioridades de las personas afectadas por VIFS.

Entre los factores de riesgo de la violencia intrafamiliar y sexual se han señalado:

- Condicionantes sociales, culturales y religiosos, como la supuesta superioridad de la autoridad masculina sobre las mujeres ubicándolas como objetos de su propiedad;
- Inequidad económica entre hombres y mujeres;
- Uso de la violencia tanto física y emocional como método común de resolver conflictos entre las personas;
- Múltiples y gratuitas culpas atribuidas a la mujer que incluyen el ser violentadas;
- Débil administración de justicia y de los servicios policiales así como desconocimiento casi generalizado de los avances legales que protegen a las personas víctimas de violencia;
- Baja autoestima e indefensión aprendida como elementos que llevan a las mujeres, niñas, niños y adolescentes de ambos sexos a permanecer en una situación de violencia intrafamiliar;
- Alcoholismo y drogodependencia como factores agravantes de la conducta violenta del agresor;

El Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (Dahlberg y Krug, 2002), ha decidido adoptar el “Modelo Ecológico de la Violencia”, el cual permite la inclusión de los factores de riesgo y de protección de múltiples esferas de influencia. De esta manera, cuando los modelos psicológicos aportan pruebas sobre los factores de riesgo individuales y los modelos de género sobre los factores de riesgo sociales, es posible incorporarlos en un mismo modelo ecológico.

El modelo ecológico organiza los factores de riesgo en función de las siguientes cuatro esferas de influencia:

- Individual: comprende los factores biológicos y los relacionados con los antecedentes personales que pueden aumentar la probabilidad de que una persona cometa un acto de violencia o sea víctima del mismo.
- Relacional: comprende los factores que aumentan el riesgo como consecuencia de las interacciones entre compañeros(as), parejas y otros y otras integrantes de la familia. Estos factores constituyen el círculo social más estrecho de una persona y pueden configurar su comportamiento y determinar la diversidad de sus experiencias.

³³ Organización Mundial de la Salud; Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2010

- Comunitaria: se refiere a los contextos de la comunidad en los cuales se arraigan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios; esta esfera procura definir las características de estos entornos que se asocian con que las personas cometan actos de violencia de pareja y de violencia sexual o sean víctimas de ellos.
- Social: comprende los factores más amplios del macrosistema³⁴, que influyen sobre la violencia de pareja y la violencia sexual, como son la desigualdad de género, los sistemas de creencias religiosas o culturales, las normas sociales y las políticas económicas o sociales que crean o mantienen las disparidades y las tensiones entre los grupos de personas.

La formulación de este modelo ofrece un marco teórico a la comprensión de la interacción compleja de todos los factores que influyen en la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual y con ello brinda puntos clave para la prevención e intervención (Dahlberg y Krug, 2002).

El modelo ecológico respalda también una estrategia de salud pública integral que no solo aborda el riesgo de convertirse en autor o víctima de violencia, sino también las normas, las creencias y los sistemas sociales y económicos que crean las condiciones propicias a la aparición de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. Al centro de este enfoque se encuentra la atención primordial que se atribuye a las interacciones múltiples y dinámicas entre los factores de riesgo de cada esfera y de las diferentes esferas. Por ejemplo, las desigualdades estructurales entre las mujeres y los hombres, las construcciones sociales de la masculinidad y las normas de género constituyen factores de riesgo de aparición de estas formas de violencia que estarían situados principalmente en la esfera social del modelo. Sin embargo, es claro que también se manifiestan en otras esferas, por ejemplo, en las comunidades y las relaciones, y se pueden vincular con otros factores de riesgo como el ser testigo de violencia entre los padres y el abuso de alcohol por parte de los agresores masculinos.

La aplicación del modelo ecológico también contribuye a propiciar la formulación de políticas y programas intersectoriales de prevención, al destacar los vínculos y las interacciones que existen entre las diferentes esferas y factores. Por ende, cuando se diseñan enfoques integrales de prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, la incorporación de las estrategias eficaces en los programas ya establecidos que abordan estos problemas aumentará su pertinencia y también su sostenibilidad.

Percibir los modos en que estos factores de riesgo se aúnan e influyen en los modelos de comportamiento a lo largo del ciclo de vida ofrece indicaciones sobre los puntos clave donde las intervenciones pueden romper el círculo de la violencia.

³⁴ **Macrosistema:** Es el contexto más amplio, remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los patrones de comportamiento donde se han aprendido roles, mandatos y atribuciones sociales de género sobre los cuales se establecen formas de relación entre las personas basadas en el desequilibrio y abuso de poder que sostienen ideas de discriminación hacia la mujer y malos tratos por considerarla seres inferiores.

Cuadro No.1 Modelo Ecológico de la Violencia

Social	Comunitario	Relacional	Individual
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad por razones económicas, raciales o étnicas y de género • Normas sociales y culturales que propician la violencia y el derecho sexual del hombre sobre la mujer • Normas perniciosas sobre la masculinidad y la feminidad • Falta de promulgación o aplicación deficiente de leyes sobre la familia y relativas a la violencia sexual • Políticas sociales, educativas, económicas, sanitarias y de género deficientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel alto de desempleo • Pobreza concentrada • Inestabilidad residencial • Baja eficiencia colectiva (disposición a intervenir) • Falta de sanciones legales o morales contra la violencia • Tasas altas de violencia en la comunidad • Pocas oportunidades económicas • Poco apoyo y cohesión en el vecindario • Poco apoyo institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisión que no es igualitaria • Conflictos en cuanto a los papeles de género • Nivel alto de conflictos en la relaciones • Comunicación deficiente • Funcionamiento familiar deficiente • Entorno familiar caracterizado por la violencia, el conflicto y la inestabilidad • Estrés por razones económicas, crianza de hijos y otro tipo de estrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de alcohol y drogas • Creencias y conductas antisociales • Actitudes que propician la violencia contra la pareja y contra otros • Ser testigo de violencia o sufrir violencia en la infancia • Antecedentes de comportamiento agresivo • Poco control sobre comportamiento e impulsividad • Bajo nivel educativo • Fantasías sexuales coercitivas • Hostilidad hacia las mujeres • Problemas psicológicos o mentales • Relaciones con pares delincuente

Esta violencia generalmente ejercida por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida y que se expresa mediante cualquier ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física de la mujer, que puede llegar a implicaciones más graves, se produce en un ciclo que va incrementando la gravedad del proceso.

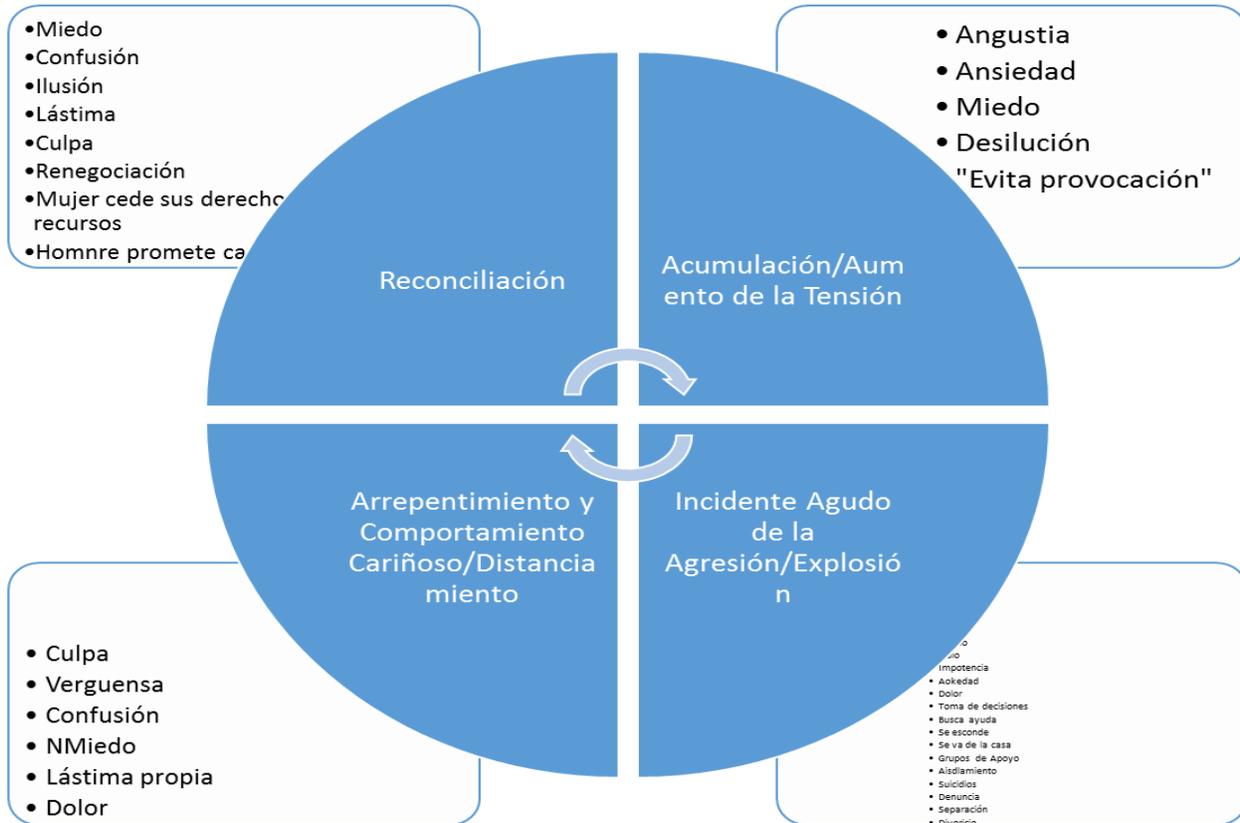
Ciclo de la violencia en la pareja³⁵

Se denomina así al ciclo compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja:

- Fase uno. Acumulación y Aumento de la tensión: Tiempo de duración: días, semanas, meses o años. Ocurren incidentes de agresión menores: gritos, peleas pequeñas.
- Fase dos. Incidente Agudo de la Agresión / Explosión: Tiempo de duración: de 2 a 24 horas. Descarga incontrolable de las tensiones que se han venido acumulando en la Fase anterior.
- Fase tres. Arrepentimiento y Comportamiento Cariñoso / Distanciamiento - Reconciliación: Tiempo de Duración: generalmente es más larga que la segunda y más corta que la primera.

³⁵ Las Mujeres Agredidas. Leonora Walker, Harper and Row Publishers, Inc. Nueva York, 1979., pag. 55.

Los ciclos de agresión pueden presentarse en una pareja en forma regular o estar separadas por diferentes períodos. Pueden aparecer tempranamente en la relación, puede ser al mes de estar conviviendo o tomar tiempo para aparecer como puede ser después de varios años de



convivencia (Batres, 1996).

Cuadro No. 2 Ciclo de la Violencia

El patrón cíclico de la violencia que su enfoque es género no siempre se aplica así en todas las mujeres que sufren maltrato, el período de tiempo en que ocurre el incidente agudo de la violencia varía en cada relación de pareja y a veces dentro de una misma relación.

Cada fase tiene sus características y modificaciones de presentarse la violencia, que van desde la etapa inicial que se caracteriza por las desavenencias y discusiones iniciales casi siempre por aspectos económicos y poder dentro de la familia, celos, injurias y de no frenarse oportunamente, este ciclo de discusiones lo que va es acumulando tensiones, agudizando las inequidades de poder en la relación de pareja y se van modificando y se transforman en actitudes más agresivas, hasta llegar a una fase de explosión donde la pareja puede ocasionarle a la mujer daños más severos y aparecen otras formas de violencia como son:

violencia psicológica grave, el maltrato físico, la violencia sexual como parte de su dominación en la relación sexual dentro de la pareja y devaluar aún más la mujer y puede llegar hasta a ocasionar daños físicos severos que pueden provocar discapacidad o hasta la muerte.

Es importante destacar que la violencia no sólo se da en el seno familiar y que hay otras manifestaciones de violencia que se producen en diferentes ambientes: en las escuelas, en los centros de trabajo, en las instituciones de salud y/ o en centros de internamiento y en la comunidad, siendo necesario trabajar en su prevención para evitar los daños y contribuir a disminuir la violencia contra la mujer, las niñas, adolescentes y en la población en general.

Definiciones de Tipos de violencia de género

La Violencia Intrafamiliar se reconoce como todo acto u omisión cometido por algún miembro de la familia que abusando de su relación de poder perjudica el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica, la libertad y el derecho al pleno desarrollo de las otras personas de la familia. Pero las personas que principalmente están afectadas son las mujeres que se son subvaloradas e irrespetadas por su pareja, los hijos, niñas niños y adolescentes, ancianos o personas con discapacidad que se encuentran en desventaja en las relaciones de poder dentro del seno familiar.

- **Feminicidio:** Exterminio de las mujeres y los procesos que conducen ha dicho exterminio mediante el homicidio contra las mujeres, su eliminación y control a través del temor, del daño a su integridad física, psicológica, económica y sexual. Obligando a las mujeres a vivir y sobrevivir en el temor, la inseguridad, las amenazas negándoles la satisfacción de sus derechos vitales en su condición de ser humana.
- **Femicidio:** Es un término derivado del vocablo inglés *femicide* y se refiere al asesinato de mujeres por razones de género, es decir, por el hecho de ser mujer.
- **Misoginia:** Son conductas de odio hacia la mujer y se manifiestan en actos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer.
- **Violencia Generacional:** Es una de las manifestaciones de violencia contra la niñez, adolescencia y personas de la tercera edad, en donde prevalece la visión, intereses y necesidades de las personas adultas o de quienes ostentan y abusan de su poder a través de la imposición y sometimiento mediante el uso de la fuerza física y / o psicológica, afectando la vida de personas en pleno ejercicio de su vida productiva (producción de bienes materiales y de servicio) y reproductiva.
- **Violencia por Negligencia:** Acción de descuido contra un pariente en situación de dependencia en aquellas actividades básicas de la vida diaria, tales como: higiene, vestido, alimentación, movilización, medicación, atención a la salud, que lleve al deterioro de la salud o de la calidad de vida de la persona.

Otras definiciones relacionadas con el proceso de atención:

- **Ad honorem:** Expresión latina utilizada para referirse a una actividad que se realiza sin mediar remuneración, como adición al contenido de trabajo habitual de quien la asume.

- **Asertividad:** Es la habilidad personal que permite a una persona expresar directamente sus propios sentimientos, opiniones y pensamientos y defender sus derechos, en el momento oportuno y de la forma adecuada, sin negar ni desconsiderar los sentimientos, opiniones, pensamientos y derechos de los demás.
- **Derechos humanos:** Derechos a disposición de todos los seres humanos, sin excepciones por razón de origen, credo, género o cualquier otro factor, y que los hace iguales ante la Ley.
- **Discapacidad:** Presencia de limitaciones mentales o físicas que interfieren con las actividades usuales de la vida diaria y pueden requerir adaptación o intervención.
- **Diversidad sexual:** Es un término que se usa para referirse a la existencia de diversas modalidades dentro de la orientación sexual; en oposición a la clasificación simple, comúnmente utilizada, de tres orientaciones: heterosexual, homosexual y bisexual.
- **Enfoque de Género en Salud:** Recurso de análisis que permite reconocer diferentes realidades, intereses, y necesidades de salud de mujeres y hombres para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente; permitiendo identificar los factores que contribuyen a crear y desarrollar las inequidades en la sociedad, comunidad y entre los miembros de la familia.
- **Eficiencia:** Es la valoración de la relación entre los resultados logrados y los recursos invertidos para ello.
- **Estigmatización:** Sensación que tienen la personas de ser diferentes, de sentirse culpables o avergonzadas por la situación vivida. Producto de ello estas personas se aíslan, se retraen, tiene un pobre concepto de sí mismas, pueden realizar acciones autodestructivas, incluyendo intentos suicidas. De acuerdo a la clasificación del DSM es una de las cuatro dinámicas traumatogénicas, que presentan las personas que se han visto sometidas a situaciones de secuestro, abuso sexual o violencia.
- **Estupro:** “Comete el delito de Estupro quien estando casado o en unión de hecho estable o fuera mayor de edad, sin violencia o intimidación, acceda carnalmente o se haga acceder por una persona mayor de catorce y menor de dieciséis años...”
- **Explotación infantil:** Acción en contra de niños/as o adolescentes que abarca desde la realización obligatoria y exagerada de trabajos domésticos o laborales por encima de sus capacidades físicas y mentales hasta actos tan indecorosos como la prostitución y la pornografía infantil.
- **Empatía:** Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona.
- **Género:** Categoría que se refiere a la construcción histórica social que se ha hecho de las atribuciones y características sociales, culturales, políticas, psicológicas y económicas que se consideran definitivas a los hombres y a las mujeres y de los comportamientos esperados de unos y de las otras en una determinada sociedad.

- **Inequidad por razones de género:** Existencia de relaciones de poder entre hombres y mujeres, las cuales se han plasmado con el predominio histórico de los hombres para acceder a la justicia, el empleo, los puestos de poder y la toma de decisiones en la esfera política, social y doméstica.
- **Indicadores de violencia:** Son aquellos elementos trazadores, de sospecha para la detección de personas viviendo violencia intrafamiliar y sexual que asoman antes durante o después de la exploración física de las persona; en la observación de la situación emocional de las personas; en la historia social; y en los antecedentes de salud.
- **Investigación de Salud:** Cualquier investigación de una población definida, donde se utiliza el Método Epidemiológico, para determinar el impacto de exposiciones sobre la salud de los individuos o grupos de población.
- **Investigación de Salud de la Comunidad:** Evaluación médica o epidemiológica de información sobre la salud de individuos en particular o una población de personas, para evaluar y determinar su exposición a factores de riesgo de o la presencia de enfermedades y daños a la salud.
- **Persona ofensora o agresora (victimario):** persona que atenta contra la integridad emocional, física, sexual o patrimonial de otras personas como medio de ejercer poder y control. También se usa el término abusador.
- **Promiscuidad:** Conducta o comportamiento de la persona que cambia con frecuencia de pareja sexual buscando únicamente el placer.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de que un factor determinado, sea biológico, psicológico, sociocultural, ambiental o de otra índole, pueda contribuir al incremento de la frecuencia de aparición de una enfermedad o problema de salud.
- **Ruta crítica:** Es el proceso que viven las personas violentadas, en que el transcurren por diferentes instancias y procedimientos que le van a facilitar apoyo, en la situación de violencia que están viviendo y que les permitirá salir de la situación de violencia y vivir un proceso de recuperación personal.
- **Socialización:** Proceso histórico a través del cual las personas adquieren y asumen aquellas habilidades necesarias y prohibiciones para adaptarse a una determinada sociedad, en este proceso se adquiere la identidad personal, a partir del sistema social que determina lo que somos y lo que hacemos como hombres, como mujeres, como niñas y como niños.
- **Sociedad patriarcal:** Organización social y familiar basada en la aceptación de la autoridad omnímoda, real o supuesta, del hombre como cabeza de familia.
- **Tamizaje:** También llamado cribado o pesquizaje, se refiere a la búsqueda y selección sistemática, en el seno de la población, de personas expuestas a un riesgo elevado o

que presentan manifestaciones precoces de una enfermedad o problema de salud, para intervenir sobre ellos mediante acciones de prevención secundaria.

- **Vigilancia en Salud:** es el escrutinio médico sistemático de una población definida para un problema de salud específico o los factores de riesgo que incrementan el riesgo de su aparición. El programa debe incluir un mecanismo para referir a tratamiento aquellas personas que resulten positivas para el problema bajo vigilancia.
- **Vigilancia Epidemiológica:** es la recopilación sistemática, el análisis y la interpretación, de datos de salud esenciales a la planificación, implementación y evaluación de la práctica de salud pública, cuyo destino final es la aplicación en la prevención y el control de enfermedades y problemas de salud.
- **Vulnerabilidad:** De manera general se refiere a la disminución de la capacidad interna para enfrentar las amenazas. En Salud Pública se utiliza para expresar cómo el efecto combinado de factores biológicos, socioculturales, del médico físico y de la organización de los servicios sociales y de salud, contribuye a que determinadas personas y grupos de la población puedan ser afectados en mayor medida que otros por las amenazas a la salud.

DEFINICIÓN DE LA NORMA

La Norma para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, es un conjunto de especificaciones técnicas, basadas en resultados consensuados de la ciencia y la experiencia, destinados a orientar el desempeño de los proveedores de servicios de salud en el desarrollo de acciones para la prevención de la VIFS y la atención con calidad y calidez a las víctimas de violencia, en coordinación con las restantes instituciones públicas y organizaciones sociales que participan en ese empeño y en articulación con la comunidad.

OBJETO DE LA NORMA

- ✓ Establecer los lineamientos básicos y de aplicación obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud que brindan atención a casos de violencia intrafamiliar y sexual del sector salud.
- ✓ Contribuir a la prevención, detección y atención de las personas sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual, así como la promoción de estilos de convivencia solidarias y saludables en articulación interinstitucional y con participación comunitaria.

CAMPO DE APLICACIÓN DE LA NORMA

La Norma para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, constituye una guía de uso imprescindible y de aplicación obligatoria para todos los establecimientos públicos, privados y centros alternativos de salud que realizan o participan en intervenciones dirigidas a las personas en riesgo o afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.

Esta Norma será aplicada en los todos servicios de salud, principalmente en Emergencias, Ortopedia y Traumatología, Ginecología, Pediatría, Medicina General, Medicina Interna, Enfermería, Geriátrica, Psicología, Trabajo Social y Educación en Salud, para la atención de todos los casos, circunstancias y condiciones en los que se sospeche o confirme casos de violencia intrafamiliar y sexual.

UNIVERSO DE LA NORMA

Se beneficiarán de esta norma todas las personas, sin distinción de edad, sexo, orientación sexual u otro factor, que acudan o sean referidas a cualquier servicio de salud, especialmente las mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

DISPOSICIONES

La presente Norma que se divide en dos secciones (Norma y Protocolos de Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual).

Los servicios de salud pueden desempeñar un papel protagónico en la respuesta a la violencia contra la mujer. Los proveedores de salud pueden identificar a las mujeres expuestas a la violencia, brindar atención inmediata y mitigar los daños mediante el apoyo y la derivación a otros sectores, incluidos los servicios legales y sociales. La evidencia indica que las mujeres expuestas a la violencia tienen mayores probabilidades que las mujeres no maltratadas de procurar atención de salud, pero que no siempre revelan haber sido objeto de violencia a sus proveedores de atención de salud³⁶.

Un principio clave del enfoque multisectorial es que los derechos y las necesidades de los supervivientes son primordiales, en lo que se refiere al acceso a servicios respetuosos y solidarios, a las garantías de confidencialidad y la seguridad, así como a la capacidad para determinar el curso de acción para abordar el incidente.

A continuación se detallan las acciones a desarrollar en las Unidades de salud.

1. Instrumentos a utilizar en la Atención Integral a las Víctimas de VIFS:

- 1) Historia Clínica, que cuente con apartados definidos para registrar de forma textual el motivo de consulta, los resultados del interrogatorio, el examen físico y los exámenes de diagnóstico; las referencias y contrarreferencias; el acompañamiento psicológico y el seguimiento de las personas atendidas en la unidad de salud por violencia intrafamiliar y sexual.
- 2) Cuestionarios de tamizaje de VIF.
- 3) Formatos de consentimiento informado.
- 4) Boletas de referencia y contrarreferencia del MINSA para la atención (Anexos 3 y 4, páginas 105 y 107).
- 5) Fichas de registro y seguimiento de víctimas de violencia para la referencia interinstitucional.
- 6) Formatos de referencia y contrarreferencia.
- 7) Boletas de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- 8) Kits para toma de muestras y resguardo de evidencias forenses estarán disponibles en las unidades que realizan el proceso de medicina legal.
- 9) Material educativo para ser distribuido de forma masiva entre la población de manera que contribuya a la prevención de la violencia y promueva estilos de relación respetuosos con equidad y afectividad.
- 10) Material informativo sobre los servicios que brindan otras instituciones, organizaciones y centros alternativos existentes en el territorio de la unidad de salud, con sus respectivas direcciones y teléfonos.

2. Funciones de los Recursos Humanos:

³⁶ García-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira A, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The healthsystems response to violence against women. The Lancet [Internet]. 20 de noviembre del 2014

Los recursos humanos capacitados en la atención de VIFS de las unidades de salud realizarán las siguientes funciones:

- ❖ Aplicar de forma obligatoria el cuestionario de tamizaje cuando en la persona se sospeche o presente indicadores de violencia intrafamiliar y sexual.
- ❖ Implementar las normas y procedimientos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual.
- ❖ Usar las normativas del sistema de referencia y contrarreferencia del MINSA para la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual a lo interno del sistema de salud, así como las estipuladas por el SIREC del MAI para la articulación con otras instituciones, organizaciones y centros alternativos que integran la red de servicios de atención a la violencia. (Ver Flujograma de Atención No. 1 y 2, páginas 102 y 104).
- ❖ Aplicar la boleta de referencia y contrarreferencia del MINSA cuando sea necesario la referencia a otra unidad de salud de mayor resolución y deberá registrar su actuación en el libro de registro de referencias y contrarreferencias de la unidad de salud, especificando el lugar donde hacia donde se remite (Ver Anexo No. 3 y 4, página 105 y 107).
- ❖ Registrar y reportar los casos de violencia intrafamiliar y sexual al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA.
- ❖ Aplicar la ficha de registro y seguimiento de víctimas de violencia, cuando sea necesario la referencia a otro centro de atención contemplado en la ruta de atención, y deberá registrar su actuación en el libro de registro de la unidad, aclarando hacia donde fue la remisión. (Ver en el anexo No. 5, página 109).
- ❖ Promover el trabajo en equipo interdisciplinario y de inter consulta en el proceso de atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.
- ❖ Basar su actuación médica especializada en base al marco jurídico pertinente para la atención de los casos que por sus características e implicaciones requieran la realización de exámenes y procedimientos médico-legales.
- ❖ Desarrollar y participar en investigaciones relacionadas con la problemática de la violencia intrafamiliar y sexual, vinculada a la situación de salud de los grupos de población vulnerables.
- ❖ Planificar y ejecutar acciones de detección, atención, rehabilitación, junto a la prevención de la violencia y de promoción de estilos de vida saludables y no violentos en la dinámica familiar, en coordinación con los diferentes actores sociales y con la participación activa de la comunidad.

De acuerdo a los niveles de atención el personal de salud desarrollará acciones específicas según el nivel de atención, que se detallan en los protocolos correspondientes.

3. Organización de los Servicios de Salud para la Atención de la VIFS

1. Principios:

Los servicios de salud organizan la atención de VIFS integrando los principios del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria³⁷ y del Modelo de Atención Integral de la Violencia de Género en Nicaragua³⁸, que están orientados a mejorar la cobertura, la agilidad y la calidad y la calidez de la atención:

- **Accesibilidad:** las Instituciones que participan en la ruta de atención a las víctimas de violencia garantizan el acceso efectivo a los servicios y recursos que les otorga el Estado, eliminando todo tipo de barreras y obstáculos que lo impidan o limiten. La accesibilidad a los servicios de salud se corresponde con su carácter gratuito, universal, solidario y equitativo, e incluye, además, criterios geográficos, culturales y de género.
- **Integralidad:** prioriza la protección y atención médica, jurídica, psicológica y social, centrada en la persona como sujeta de derechos. Las acciones de salud abordan a la persona como un ser biopsicosocial, perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones respecto a su salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud.
- **Celeridad e Inmediatez:** los procedimientos realizados en el proceso de atención se realizan con agilidad, celeridad, inmediatez, sin demora y en los plazos establecidos.
- **No victimización secundaria:** en la atención integral se evitan situaciones de incomprensión y reiteraciones innecesarias que puedan afectar a la víctima, reduciéndose el número de entrevistas (entrevista única) y el número de funcionarias/os implicados en el proceso.
- **Especialización:** para mejorar la calidad en la atención a las víctimas, las instituciones utilizan instancias y personal especializados. En las instituciones de salud, según su nivel resolutorio, funcionarán equipos multidisciplinarios para la atención a las víctimas de VIFS.
- **Coordinación** entre los niveles de atención en salud, y entre éstos y otras instituciones de la ruta de atención a víctimas de violencia, resulta la base de la organización y articulación de redes de servicios con diferentes perfiles, nivel de especialización y capacidad resolutoria, que comparten la obligación de garantizar el acceso efectivo y la continuidad de la atención a las víctimas de VIFS.
- **Continuidad de la atención,** es la relación personal a largo plazo que se establece entre los proveedores de servicios y las víctimas de VIFS, hasta su total restablecimiento, resarcimiento de daños y restitución de derechos; implica que el equipo de salud al cuidado de los usuarias se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles de atención y es uno de los pilares para asegurar la articulación entre los diferentes niveles de atención y la cohesión de la red de servicios de VIFS, mediante la referencia y contrarreferencia.

En el cumplimiento de estos principios se considerará la necesidad de aplicar transversalmente los enfoques de:

³⁷ Ministerio de Salud. Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Managua, Julio de 2008.

³⁸ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. 1ra Edición. UNFPA. Managua, 2012.

- ✓ Derechos humanos, todas las acciones de prevención y atención de la VIFS son parte de la restitución del derecho a la salud de la población nicaragüense.
- ✓ Género, deberá prevalecer la equidad entre hombres y mujeres, sin permitir ningún tipo de discriminación con base en el género.
- ✓ Multiculturalidad, las acciones de prevención, detección y atención de la VIFS tendrán en cuenta las particularidades culturales y lingüísticas de los grupos de población originarios y afro descendientes.

2. Componentes de la atención: La atención integral de la VIFS implica considerar tres pilares fundamentales de la actuación:

- ❖ Evaluación integral de la situación de salud la persona afectada por VIFS.
- ❖ Identificación de factores de riesgo y otros problemas vinculados a la situación de violencia sufrida por la persona consultante.
- ❖ Elaboración de un “Plan de intervención” acorde a las necesidades específicas de la víctima de VIFS y a los factores de riesgo y problemas identificados.

En el diseño de las intervenciones que se incluirán en dicho Plan se tendrán en cuenta los diferentes niveles de prevención en salud: la promoción de conductas saludables, ajenas a la violencia; la identificación y modificación positiva de los factores de riesgo asociados y el diagnóstico y tratamiento oportunos para la contención del daño a la salud; así como las acciones de rehabilitación y limitación de secuelas relacionadas con la violencia.

Acciones de promoción de la equidad de género y prevención de la VIFS: relaciones de respeto y armonía entre las personas, de conductas saludables. Desarrollar acciones prevención en la comunidad dirigida a reducir los riesgos de la violencia, a divulgar medidas de autocuidado, en la detección de las personas y familias en riesgo y de las víctimas VIFS con la finalidad de contribuir a disminuir la violencia, a evitar los daños de la salud y reducir las complicaciones o secuelas.

La participación comunitaria destaca la importancia de las personas y las comunidades como agentes del cambio y lograr su involucramiento en la formulación de planes de promoción y prevención de la VIFS es esencial para la prevención primaria.

Se deben tomar medidas para escuchar las necesidades de los miembros de las comunidades –incluidos aquellos que viven en situación de violencia o la han sufrido. Además se debe trabajar con hombres y jóvenes, como un componente fundamental de las acciones para promover la igualdad de género, empoderar a las mujeres y cambiar las actitudes, prácticas y estereotipos sociales y culturales que contribuyen a la violencia del hombre contra la mujer³⁹.

3. Escenarios de la atención: El desarrollo de la atención de la VIFS se realizará considerando tres escenarios:

³⁹ Principios orientadores de la Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia contra la Mujer. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia Contra la Mujer. OMS/OPS. Octubre 2015.

- ✚ La persona, para proteger su desarrollo saludable, según la edad y necesidades específicas.
- ✚ La familia, para conocer los factores psicosociales que desde este espacio inciden sobre las formas de relación entre sus miembros y los modelos de resolución de conflictos que utilizan.
- ✚ La comunidad, en tanto espacio donde es posible realizar acciones educativas de promoción de formas de convivencia no violentas, además de encontrar recursos de apoyo a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.

4. Condiciones para la Atención de las Víctimas de VIFS:

Las Unidades de Salud para brindar una adecuada atención a la problemática de la violencia intrafamiliar requieren:

- Personal de salud sensibilizado y capacitado para la atención de la VIFS.
- Designación de un espacio que cuente con las condiciones de privacidad, iluminación y ventilación necesarias para asegurar un ambiente de confidencialidad y calidez, adecuado para brindar la atención que requieren las personas afectadas por violencia intrafamiliar y sexual.
- Equipos multidisciplinarios para la atención y seguimiento de las víctimas, en los centros de salud que cuenten con el mínimo indispensable de recursos humanos capacitados (Personal Médico, de Psicología y Trabajo Social).
- Disponer de un Directorio actualizado de las instituciones, organizaciones y centros de prestación de servicios de atención a víctimas de violencia en su territorio, con información sobre perfiles de atención, horarios y otros elementos de interés (Ver Anexo No. 2, página 104).
- Tener establecidos mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial que garanticen la continuidad en la atención a las víctimas de VIFS utilizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia del MAI/SIREC (Ver Flujograma de Atención SIREC, páginas 54 y 55).

4. Acciones de Promoción y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

Las acciones integrales de promoción de la salud, y prevención de la violencia, en el marco del modelo de salud familiar y comunitaria e intercultural, radican en el trabajo conjunto entre prestadores de servicio, agentes comunitarios y en una amplia participación interinstitucional y social de la ciudadanía, donde cada uno/a tiene un rol protagónico que cumplir.

El abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual requiere del desarrollo de acciones de promoción y prevención, entendiendo la prevención en salud como el conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan las instituciones, organizaciones de salud y la comunidad, que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como reducir las complicaciones y/o las secuelas de discapacidad.

Las acciones de la red interinstitucional deben promover la equidad de género, así como la prevención y atención coordinada y oportuna para los casos evidentes. Estas actividades de promoción y prevención deben partir de un enfoque de derechos y pueden realizarse en los espacios de las unidades de salud, las escuelas, el barrio, y otros espacios de convocatoria y participación social, considerando a los diversos actores involucrados en la temática de violencia de género: mujeres, hombres, familias, sobrevivientes de la violencia y con la población en general.

La prevención de la violencia intrafamiliar se realiza de la siguiente manera:

- **Prevención Primaria:** evita que el daño aparezca.

El personal de salud debe desarrollar acciones educativas dirigidas a la Promoción de la Salud y la Prevención de la Violencia, promoviendo:

- Estilos de vida saludables
- Relaciones interpersonales, entre los miembros de la familia y miembros de la comunidad basadas en el respeto, la equidad de género, las responsabilidades compartidas,
- Desarrollo de la afectividad, la resolución pacífica de conflictos, tolerancia, etc.
- En materia de educación para la salud :
 - Las y los prestadores de servicios del sector público deberán participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y detección temprana de la violencia familiar o sexual, dirigidos a la población en general.
 - Deberán promover estilos de vida saludables que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, como se desprende desde las perspectivas de equidad de género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico y libre de violencia.
- En materia de participación social, las y los prestadores de servicios de salud del sector público deberán:
 - Promover la integración de grupos de promotores comunitarios y de redes sociales en materia de violencia familiar y sexual para informar, orientar, detectar y canalizar casos de violencia familiar o sexual, y promover el derecho a una vida sin violencia y la resolución pacífica de los conflictos, en coordinación con las dependencias competentes.
 - Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar o sexual con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil organizada, el sector privado, especialistas en violencia familiar y sexual, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes, siempre y cuando no contravengan la presente Norma.
- En materia de comunicación educativa, las y los prestadores de servicios de salud del sector público deberán participar en campañas educativas, orientar, motivar, sensibilizar e informar a la población para prevenir y combatir la violencia familiar o sexual, en coordinación con las dependencias competentes.
- Promover la participación activa de la población y realizar acciones en las comunidades, tendientes a prevenir la violencia familiar o sexual y apoyar la

coordinación con otras dependencias e instituciones, con el fin de reforzar procesos educativos para la prevención de la violencia familiar o sexual.

- Promover apoyándose con medios educativo, los temas relacionados con:
 - La diversidad cultural y las necesidades específicas de grupos que viven en situaciones de vulnerabilidad y otros grupos de la población. Visualizar los efectos negativos del racismo y de otras formas de discriminación.
 - Realizar documentos dirigidos a los hombres, con el fin de repensar y de construir los significados y valores que definen las masculinidades y las relaciones de género inequitativas e injustas.
 - Utilizar vocabulario incluyente: de clase, de etnia, de género e identidad sexual; favorecer actitudes positivas a todos los grupos sociales, y el compromiso para trabajar conjuntamente en la erradicación de la violencia.
- **Prevención Secundaria:** disminuye el daño e impide que se repitan sus consecuencias una vez producido el daño. Se desarrollan medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia: Atención en las unidades de salud donde se previene el daño a través de la valoración del riesgo, el proceso de toma de decisiones, la orientación e información medidas de protección y seguridad para la persona, etc.
- **Prevención Terciaria:** procura la rehabilitación del daño ya causado. Se establecen intervenciones centradas en la atención a más largo plazo con posterioridad a los eventos de violencia como la rehabilitación e intentos por reducir los traumas físicos y emocionales asociados a la violencia.

Acciones en diferentes niveles:

A. Nivel individual

- **Estimulación para el desarrollo temprano y refuerzo pre-escolar (Durante la lactancia y la niñez)**

En términos de efectividad, los diversos estudios y evaluaciones señalan las ventajas de iniciar acciones desde la edad preescolar y escolar primaria. Así, el refuerzo preescolar fomenta en los niños pequeños “el desarrollo de las aptitudes necesarias para mejorar el éxito escolar, y por consiguiente aumenta la probabilidad de obtener resultados académicos exitosos en el futuro”, lo que incrementa su aprovechamiento escolar disminuyendo las probabilidades de repitencia y deserción escolar, y elevando su autoestima. **Por ejemplo: Programa Amor para los Más Chiquitos y Chiquitas.**

- **Prevención del embarazo no deseado en la adolescencia**

Las intervenciones destinadas a prevenir el embarazo en la adolescencia han demostrado efectos en la reducción de factores asociados al desarrollo temprano de comportamientos violentos en niños y adolescentes, como la negligencia y el maltrato a los hijos(as), los embarazos frecuentes, las relaciones sexuales en edad temprana y el número de compañeros

sexuales. **Por ejemplo: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.**

- **Mejorar la salud mental:** Detectar y tratar los trastornos afectivos y del comportamiento y Programas de prevención del suicidio.
- **Desarrollar acciones que disminuyan los riesgos de violencia en la Niñez Adolescencia y Juventud:**
 - Programas de prevención del Bullying y Escuela de Valores que se desarrolla el MINED actualmente en centros escolares.
 - Difusión de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA).
 - Desarrollo integral y habilidades para la vida.
 - Escucharlos y tomar en cuenta sus opiniones.
 - Permitirles tomar decisiones de acuerdo a su edad.
 - Ayudarlos a valerse por ellos/as mismas.
 - Enseñarles formas de resolver los conflictos sin violencia, que ninguna persona tiene el derecho de ejercer dominio sobre otro/a, que los insultos no son aceptables en una relación y tratar al otro con respeto.
 - Incentivarles a denunciar las actitudes y comportamientos violentos.
 - Promover los Círculos de Adolescentes.
 - Prevención de la violencia en el noviazgo a través de una construcción de valores, amor, respeto, prácticas sexuales saludables y responsables que contrarresten los mitos machistas de la “Prueba de Amor” durante el noviazgo que favorecen las relaciones sexuales tempranas.
 - Prevención del consumo de alcohol y drogas.
 - Creación de espacios de esparcimiento y recreación que estimulen hábitos de vida saludables.

B. Nivel Familiar

- **Trabajar con las familias las cartillas populares del GRUN: Promoción de Valores para la Armonía Familiar y la Cartilla Popular de Género.**
- **El Programa de Fortalecimiento Familiar de la Universidad de Iowa, Familias Fuertes**

La base del programa la constituyen los conceptos de amor y límites, y consiste en desarrollar sesiones dirigidas a reducir factores de riesgo relacionados con la familia y construir estrategias de protección, tanto para jóvenes como para sus padres o tutores. Este programa ha sido efectivo como una intervención primaria para prevenir el abuso de alcohol y otras sustancias psicotrópicas y la prevención de conductas de riesgo en adolescentes de 10 a 14 años.

- **Comprometer a la comunidad –iglesia, centros de padres, juntas de vecinos, organizaciones juveniles y grupos de la tercera edad– en el cambio de las normas y los valores que legitiman y no sancionan las situaciones de violencia en el espacio familiar.**

C. Nivel comunitario

- **Visitas domiciliarias para fortalecimiento de las familias y prevención de la violencia**

El objetivo de esta intervención es proporcionar, a través de personal de salud: capacitación, apoyo y orientación y detección de factores de riesgo asociados con la violencia en el seno familiar.

- **Conformación de Círculos de Adolescentes y Formación de Promotores de Pares (Adolescentes).**
- **Participación activa en actividades deportivas, culturales, recreativas, entre otras.**
- **Estimular la participación de hombres en actividades comunitarias con enfoque de género:** estrategia de prevención del VIH-Sida, tiene evidencia que el riesgo de adquirir VIH/ITS y ejercer violencia y construcción de nuevas masculinidades basadas en el respeto y la equidad de género: Por ejemplo: experiencia desarrollada por el Ministerio de la Mujer (MINIM).
- **Campañas de sensibilización en medios de comunicación**

5. Definición de las Normas para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

A. Dimensión de la Calidad: Competencia Técnica

Norma 1: El personal administrativo de la unidad garantizará el cumplimiento del plan de sensibilización y capacitación sistemática al personal de salud para mejorar y actualizar conocimientos para la atención directa de la violencia intrafamiliar y sexual.

- **Indicador 1:** % de unidades de salud del SILAIS que implementan Plan de sensibilización y capacitación al personal de salud.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de Unidad de Salud, Director(a) de SILAIS.

Norma 2: La atención a los casos VIFS será realizada por personal de salud capacitado y sensibilizado en la atención integral de VIFS.

- **Indicador 2:** % de personal de salud capacitado en la atención de casos VIFS.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de Unidad de salud.

Norma 3: El personal de salud, ante la presencia de un caso VIFS, brindará atención aplicando las normas y protocolos para el abordaje de las VIFS establecidas por el MINSA.

- **Indicador 3:** % de personal de salud que atiende y cumple las normas y protocolos de atención VIFS establecidos por el MINSA.

- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de Unidad de Salud.

Norma 4: El personal de salud ubicado en los diferentes niveles de atención, evalúa el riesgo en que se encuentran las personas afectadas por VIFS.

- **Indicador 4:** % de personal de salud que atiende casos y que identifica riesgos en personas afectadas por VIFS.
- **Umbral:** 100 % Responsable: Sub-Director(a) de atención médica.

Norma 5: El personal de salud que realiza acciones de autocuidado, prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH-Sida, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.

- **Indicador 5:** % de niños, niñas y adolescentes que se les realizó acciones de autocuidado, prevención del embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida.
- **Umbral:** 100 % Responsable: Sub-Director(a) de atención médica.

Norma 6: La unidad de salud dispondrá de un equipo de salud multidisciplinario para el abordaje integral de los casos VIFS con énfasis en las adolescentes embarazadas.

- **Indicador 6:** % de Unidades que cuentan con equipo multidisciplinario para el abordaje de los casos VIFS con énfasis en las adolescentes embarazadas.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de Unidad de Salud.

Norma 7: Los médicos y psicólogos del MINSA capacitados y acreditados por la Corte Suprema de Justicia como médicos forenses “at honoris”, deberán realizar sus peritajes conforme las guías, protocolos, formatos y diagramas definidos por el Instituto de Medicina Legal.

- **Indicador 7:** % de personal de salud acreditados por la CSJ como médicos forenses “at honoris” que utilizan los instrumentos orientados en protocolos del Instituto de Medicina Legal (IML).
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de Unidad de salud.

Norma 8: El personal de salud que atiende casos VIFS elabora plan de Prevención con la persona afectada y su familia, coordinando con los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida.

- **Indicador 8:** % de personas víctimas de VIFS a las cuales se les elaboró plan de prevención y seguimiento.
- **Umbral:** 100 % Responsable: Director(a) de Unidad de salud.

Norma 9: El recurso de salud que realiza la detección de casos VIF y asume la atención notificará el caso a vigilancia epidemiológica.

- **Indicador 9:** % de Casos VIFS detectados que son reportados a vigilancia epidemiológica.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

B. Dimensión de la Calidad: Oportunidad, Acceso y Rapidez

Norma 10: El personal de salud realizará detección de casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC (emergencia, consulta externa, consulta especializada, entre otros).

- **Indicador 10:** % de personal de salud que detecta casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.
- **Umbral:** 100 % del personal de salud detectando casos VIFS.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud

Norma 11: El personal de salud brinda atención a las víctimas de VIFS con calidad y calidez en la unidad de salud.

- **Indicador 11:** % de víctimas de VIFS satisfechas con la calidez de la atención brindada en los servicios de salud.
- **Umbral:** 100%.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 12: La unidad de salud dispondrá de material educativo e informativo sobre VIFS dirigida a la población.

- **Indicador 12:** % de unidades de salud que disponen de material educativo e informativo acerca de VIFS.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 13: Toda persona que sea atendida por VIFS recibirá orientaciones por personal de salud que le atiende acerca de sus derechos como víctimas para el acceso a la justicia y a medidas de protección especial.

- **Indicador 13:** % de personas atendidas por VIFS que recibieron orientaciones acerca de sus derechos como víctimas para el acceso a la justicia y medidas de protección especial.
- **Umbral:** 100 %.

- **Responsable:** Director de la unidad de salud.

C. Dimensión de la Calidad: Eficiencia

Norma 14: El personal de salud capacitado y sensibilizado en el tema de VIFS, tiene la responsabilidad de aplicar el formato de “Tamizaje para la detección de personas víctimas de VIFS” a todas aquellas personas sospechosas de estar siendo víctimas.

- **Indicador 14:** % del personal de salud que aplica el formato de Tamizaje en personas que se sospecha son víctimas de violencia.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 15: Una vez identificado un caso VIFS, el personal de salud deberá brindarle atención integral, registrando de manera exhaustiva, los resultados de la evaluación en el expediente clínico de acuerdo a lo establecido en normas y protocolos VIFS del MINSA, incluye las acciones de prevención secundaria correspondientes.

- **Indicador 15:** % de personal de salud que brinda atención integral y utiliza todos los formatos establecidos por las normas y protocolos para el abordaje de la VIFS.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 16: El recurso de salud que atiende los casos de Violencia Sexual debe garantizar anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH en las US.

- **Indicador 16:** % del personal de salud que garantiza anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH en todos los casos de Violencia Sexual.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 17: El personal de salud capacitado hará uso de los Kits para la toma y resguardo de muestras y evidencias forenses de las víctimas de VIFS de acuerdo a lo estipulado en normas y protocolos MINSA y del Instituto de Medicina Legal (IML).

- **Indicador 17:** Porcentaje del personal de salud que toma y resguarda muestras (evidencias) forenses de personas afectadas por VIFS de acuerdo a normas y protocolos del MINSA y del IML.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Sub director(a) de atención médica.

Norma 18: En todas las unidades de salud donde existan médicos forenses “at honoris” acreditados por la CSJ y el IML deberán estos realizar los peritajes a víctimas de VIFS según lo estipulado por el IML.

- **Indicador 18:** % de víctimas de VIFS que son valoradas por los médicos forenses “at honoris”.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 19: El personal de salud que atiende casos de VIFS implementará plan de autocuidado en cada caso.

- **Indicador 19:** % de personal de salud que atiende casos de VIFS y aplica plan de autocuidado en cada caso.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

D. Dimensión de la Calidad: Continuidad y Coordinación Interinstitucional

Norma 20: El personal de salud garantizará la atención continuada de las personas afectadas por VIFS a través del Sistema de referencia y contrarreferencia del MINSA derivando los casos de acuerdo a su complejidad y necesidad de atención hacia el nivel de solución de sus problemas.

- **Indicador 20:** % persona VIFS remitida a otras unidades de salud de mayor nivel de resolución, para su atención inmediata o para el seguimiento por equipos especializados según su complejidad.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director de la unidad de salud.

Norma 21: El director de la unidad de salud establece coordinación con otras instituciones prestadoras de servicios que forman parte de la Ruta de Atención del MAI en su localidad para establecer un abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual.

- **Indicador 21:** % de Unidades de salud que establecen coordinaciones interinstitucional/sectorial para el abordaje de las VIFS.
- **Indicador 22:** No. de reuniones en espacios de coordinación interinstitucional/intersectorial realizadas para abordar el tema de violencia.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 23: Las coordinaciones establecidas con otras instituciones prestadoras de servicios que forman parte de la Ruta de Atención del MAI en su localidad se plasmarán en un Directorio de la Red Local, que permita a los recursos encargados de la atención a la VIFS disponer de información actualizada sobre los centros de servicios en los que puede apoyarse para brindar atención integral a las víctimas de la violencia intrafamiliar y sexual.

- **Indicador 23:** % de Unidades de salud que disponen de Directorio de la Red Local para el abordaje de la VIFS.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 24: Toda persona afectada por VIFS referida de otra unidad de salud u otro centro, recibirá atención con la mayor rapidez por un recurso del equipo multidisciplinario y por ningún concepto será rechazada.

- **Indicador 24:** % de personas afectada por VIFS referidas de otra unidad de atención y que fue atendida por un recurso del equipo multidisciplinario con rapidez.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 25: Toda persona que sea atendida por VIFS y que decida denunciar la situación de violencia que experimenta o que por su nivel de riesgo requiera protección, será remitida a la CMF o al Ministerio Público.

- **Indicador 25:** % de personas atendidas por VIFS que fueron remitidas a la CMF o al MP para acceso a la justicia.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 26: Toda niño, niña o adolescente que sea atendida por VIFS será remitido a la CMF y se coordinará con el MIFAN y el Ministerio Público para su protección.

- **Indicador 26:** % de niños, niñas y adolescentes atendidas por VIFS que fueron remitidas a la CMF o al Ministerio Público para su protección.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 27: Al concluir la atención de toda persona referida por otra institución de la Ruta de Atención del MAI, el recurso del equipo multidisciplinario elaborará la contrarreferencia en el formato establecido, para su envío por los canales correspondientes.

- **Indicador 27:** % de personas VIFS referidas que son contrarreferidas a través del MAI, al concluir su atención por un recurso del equipo multidisciplinario VIFS de la unidad de salud.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 28: El personal de salud realizará seguimiento a todos los casos de VIFS detectados, realizando un plan de seguimiento de acuerdo a las características cada caso.

- **Indicador 28:** % de Casos VIFS a los que se les realiza seguimiento en la unidad de salud a través de citas subsecuentes.
- **Umbral:** 100 %.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Norma 29: Las Unidades de salud a través del MOSAFC realizan acciones para el fortalecimiento de la familia y en la comunidad, para la prevención de la VIFS en coordinación con otras instituciones integradas al SNBS.

- **Indicador 29:** % Acciones de prevención de la violencia realizadas en la comunidad en coordinación interinstitucional y a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.
- **Umbral:** 100 % del personal de salud actuando en la prevención de la VIFS.
- **Responsable:** Director(a) de la unidad de salud.

Matriz de Indicadores para Verificar Cumplimiento de las Normas de la Violencia Intrafamiliar y Sexual

DIMENSIÓN DE LA CALIDAD: COMPETENCIA TÉCNICA							
No.	Indicadores	Información adicional	Fuente de información	Técnicas recolección	Muestra	Frecuencia	Responsable
1	% de unidades de Salud del SILAIS que implementan Plan de sensibilización y capacitación al personal de salud.	Nombre del Recurso Cargo del recurso	Plan Docente Expediente Laboral	Auditoría	10%	Trimestral	Director unidad Docencia Recursos Humanos
2	% de personal de salud capacitado en la atención de casos de VIFS.	Certificado del MINSA	Expediente Laboral	Auditoría	10%	Trimestral	Director unidad Docencia Recursos Humanos
3	% de personal de salud que atiende y cumple las normas y protocolos de VIFS establecidos por el MINSA.	Nombre del Recurso Categoría profesional	Expediente Clínico Reporte de vigilancia	Auditoría	10%	Trimestral	Docente Recursos Humanos
4	% de personal de salud que atiende casos y que identifica riesgos en personas afectadas por VIFS.	Nombre del recurso Cargo del	Expediente Clínico	Auditoría	10%	Trimestral	Sub-director de atención médica

		recurso					
5	% de niños, niñas y adolescentes que se les realizó acciones de autocuidado, prevención del embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida	Nombre del Recurso	Plan de prevención	Cronograma de actividades de los recursos	100%	Mensual	Sub-director de atención médica
6	% de Unidades que cuentan con equipo multidisciplinario para el abordaje de los casos VIFS con énfasis en las adolescentes embarazadas.	Nombre del Recurso Equipos	Libros de actas de los equipos y de certificación de la capacitación	Auditoría	10%	Trimestral	Director Unidad Atención Médica.
7	% de personal de salud acreditados por la CSJ como médicos forenses "at honoris" que utilizan los instrumentos orientados en protocolos del IML.	Nombre del recurso Certificado de CSJ	Expediente clínico Registro medicina legal	Auditoría	10%	Trimestral	Director unidad Atención Médica.
8	% personas víctimas de VIFS a las cuales se les elaboró plan de prevención y seguimiento.	Nombre del Recurso Cargo del recurso	Expediente Clínico Plan de prevención	Auditoría	10%	Trimestral	Director unidad Atención Médica.
9	% de Casos VIFS detectados reportados a vigilancia epidemiológica.	Diagnóstico Edad Sexo	Expediente Clínico Registro de vigilancia	Auditoría	10%	Trimestral	Director J: Servicios
B. DIMENSIÓN DE LA CALIDAD: OPORTUNIDAD, ACCESO Y RAPIDEZ							
10	% de personal de salud que detecta casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.	Registros de sectorización y resultados del censo familiar de la dispensarización	Registro de dispensarización	Auditoría	100%	trimestral	Director de la US
11	% de víctimas de VIFS satisfechas con la calidez de la atención brindada en los servicios de salud.	Resultados de la encuesta Quejas directas	Informes técnicos y encuestas directas	Encuestas de satisfacción de usuarias	10%	Trimestral	Director de la unidad y jefe de servicio
12	% de unidades de salud que disponen de material educativo e informativo acerca de VIFS.	Material disponible	Murales de información	Auditoría observación	10%	Trimestral	Director Atención Médica
13	% de personas atendidas por VIFS que recibieron orientaciones acerca de sus derechos para acceso a la justicia y medidas de protección especial.	Resultados de la encuesta Quejas directas	Informes técnicos y encuestas directas	Encuesta a personas afectadas por VIFS atendidas	5%	Semestral	Director de la unidad y jefe de servicio
D. DIMENSIÓN DE LA CALIDAD: EFICIENCIA							

14	% del personal de salud que aplica el formato de Tamizaje en personas que se sospecha son víctimas de violencia.	Nombre del Recurso Cargo del recurso	Expediente Clínico	Auditoría	10%	Trimestral	Atención Médica. J. Servicio
15	% del personal de salud que brinda atención integral y utiliza todos los formatos establecidos por las normas y protocolos para el abordaje de la VIFS.	Diagnóstico Edad Sexo	Expediente Clínico Vigilancia	Auditoría	10%	Trimestral	Atención Médica. J. Servicios
16	% del personal de salud que garantiza anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH en todos los casos de Violencia Sexual.	Edad	Expediente Clínico	Auditoría	100%	Mensual	Director de la US
17	% del personal de salud que toma y resguarda muestras (evidencias) forenses de personas afectadas por VIFS de acuerdo a normas y protocolos del MINSA y del IML.	Historia Clínica Muestras y evidencias registradas.	Expediente Clínico Libro de notificación	Auditoría	10%	Trimestral	Atención Médica. J. Servicios
18	% de víctimas VIFS que son valoradas por médicos forenses "at honoris".	Certificado de CSJ	Expediente Clínico Libro de notificación	Auditoría	10%	Trimestral	Atención Médica. J. Servicios
19	% de personal de salud que atiende casos de VIF y aplica plan de autocuidado	Nombre del recurso Cargo y Profesión	Expediente Clínico	Auditoría	100%	Mensual	Docencia
E. DIMENSIÓN DE LA CALIDAD: CONTINUIDAD Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL							
20	% personas VIFS remitida a otras US de mayor resolución, para su atención inmediata o para el seguimiento por equipos especializados según su complejidad.	Referencias	Historias clínicas libros de registros	Auditoría	10%	Trimestral	Director Atención Médica. J. Servicios
21	% de Unidades de salud que establecen coordinaciones intersectorial para el abordaje de las VIFS.	Coordinación es interinstitucionales	Actas reuniones convenios	Registro de instituciones integradas	Auditoría	10%	Trimestral
22	No. de reuniones en espacios de coordinación interinstitucional/intersectorial realizadas para abordar el tema de violencia.						
23	% de Unidades de salud que	instituciones	Registro de	Auditoría	10%	Trimestral	Director

	disponen de Directorio de la Red Local para el abordaje de la VIFS.	integradas	instituciones integradas				
24	% de personas afectada por VIFS referidas de otra unidad de atención y que fue atendida por un recurso del equipo multidisciplinario con rapidez.	Resultados de la encuesta Quejas directas	Informes técnicos y encuestas directas	Encuesta a personas afectadas por VIFS atendidas	10%	Trimestral	Director de la unidad y jefe de servicio
25	% de personas atendidas por VIFS que fueron remitidas a la CMF para acceso a la justicia.	Referencia	Expediente clínico registro de referencia	Auditoría	10%	Trimestral	Atención Médica. J. Servicios
26	% de niños, niñas y adolescentes atendidas por VIFS remitidas a la CMF o al Ministerio Público para su protección.	Niño, niña adolescente atendido	Historia Clínica Registros de referencia	Auditoría	10%	Trimestral	Director Asistencia Médica y J de Servicio.
27	% de personas VIFS contrarreferidas a través del MAI, al concluir su atención por un recurso del equipo multidisciplinario de la US.	Personas referidas atendidas	Historia Clínica Registros de referencia y contrarreferencias	Auditoría	10%	Trimestral	Director
28	% de casos VIFS a los que se les realiza seguimiento en la unidad de salud a través de citas subsecuentes.	Personas atendidas seguimiento	Historia Clínica	Auditoría	10%	Trimestral	Director
29	% Acciones de prevención de la violencia realizadas en la comunidad en coordinación interinstitucional a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.	Actividades conjuntas en la comunidad	Actas y registro de actividades.	Auditoría	10%	Trimestral	Director

SUPERVISIÓN DE NORMAS DE ATENCIÓN DE VIFS

Dimensión de la calidad	No.	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento										
			Min	Max	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Competencia Técnica	1	% de unidades de Salud del SILAIS que implementan Plan de sensibilización y capacitación al personal de salud.	90	100											
	2	% de personal de salud capacitado en la atención de casos de VIFS.	90	100											
	3	% de personal de salud que atiende y cumple las normas y protocolos	90	100											

		de VIFS establecidos por el MINSA.																	
	4	% de personal de salud que atiende casos y que identifica riesgos en personas afectadas por VIFS.	90	100															
	5	% de niños, niñas y adolescentes que se les realizó acciones de autocuidado, prevención del embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida	90	100															
	6	% de Unidades que cuentan con equipo multidisciplinario para el abordaje de los casos VIFS con énfasis en las adolescentes embarazadas	90	100															
	7	% de personal de salud acreditados por la CSJ como médicos forenses "at honoris" que utilizan los instrumentos orientados en protocolos del IML.	90	100															
	8	% personas víctimas de VIFS a las cuales se les elaboró plan de prevención y seguimiento.	90	100															
	9	% de Casos VIFS detectados reportados a vigilancia epidemiológica.	90	100															
Oportunidad, Acceso y Rapidez	10	% de personal de salud que detecta casos VIFS a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.	90	100															
	11	% de víctimas de VIFS satisfechas con la calidez de la atención brindada en los servicios de salud.	90	100															
	12	% de unidades de salud que disponen de material educativo e informativo acerca de VIFS.	90	100															
	13	% de personas atendidas por VIFS que recibieron orientaciones acerca de sus derechos para acceso a la justicia y medidas de protección especial.	90	100															
Eficiencia	14	% del personal de salud que aplica el formato de Tamizaje en personas que se sospecha son víctimas de violencia.	90	100															
	15	% del personal de salud que brinda atención integral y utiliza todos los	90	100															

		formatos establecidos por las normas y protocolos para el abordaje de la VIFS.																		
	16	% del personal de salud que garantiza anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH en todos los casos de Violencia Sexual.	90	100																
	17	% del personal de salud que toma y resguarda muestras (evidencias) forenses de personas afectadas por VIFS de acuerdo a normas y protocolos del MINSA y del IML.	90	100																
	18	% de víctimas VIFS que son valoradas por médicos forenses "at honoris".	90	100																
	19	% de personal de salud que atiende casos de VIF y aplica plan de autocuidado	90	100																
	22	% de personal de salud que atiende casos de VIF y aplica plan de autocuidado	90	100																
Continuidad y Coordinación Interinstitucional	20	% personas VIFS remitida a otras US de mayor resolución, para su atención inmediata o para el seguimiento por equipos especializados según su complejidad.	90	100																
	21	% de Unidades de salud que establecen coordinaciones intersectorial para el abordaje de las VIFS.	90	100																
	22	¶No. de reuniones en espacios de coordinación interinstitucional/intersectorial realizadas para abordar el tema de violencia.																		
	23	% de Unidades de salud que disponen de Directorio de la Red Local para el abordaje de la VIFS.	90	100																
	24	% de personas afectada por VIFS referidas de otra unidad de atención y que fue atendida por un recurso del equipo multidisciplinario con rapidez.	90	100																
	25	% de personas atendidas por VIFS	90	100																

		que fueron remitidas a la CMF para acceso a la justicia.																
26		% de niños, niñas y adolescentes atendidas por VIFS remitidas a la CMF o al Ministerio Público para su protección.	90	100														
27		% de personas VIFS contrarreferidas a través del MAI, al concluir su atención por un recurso del equipo multidisciplinario de la US.	90	100														
28		% de casos VIFS a los que se les realiza seguimiento en la unidad de salud a través de citas subsecuentes.	90	100														
29		% Acciones de prevención de la violencia realizadas en la comunidad en coordinación interinstitucional a través de las diferentes modalidades de atención establecidas en el MOSAFC.	90	100														

5. Preparación y Auto Cuidado del Personal de Salud en la Atención de las Víctimas de VIFS

Algunos aspectos que deben tenerse en cuenta para la preparación y auto cuidado del personal de salud son:

- ✚ El personal de salud que atiende VIF deben mantener un proceso de revisión personal, que les permita reflexionar sobre su propia situación de vida y las situaciones de violencia intrafamiliar que viven o han vivido.
- ✚ El personal de salud que ha vivido o vive violencia intrafamiliar debe tener conciencia de sus límites personales y estar preparado para buscar ayuda, garantizando la atención de los casos de violencia que no le es posible enfrentar, asumiendo la referencia como una obligación para la conservación de su estabilidad emocional.
- ✚ Es importante establecer mecanismos y dinámicas de comunicación y ayuda mutua entre el personal de salud encargado de la atención directa a casos de violencia intrafamiliar, que faciliten la cohesión grupal y el crecimiento y empoderamiento personal.
- ✚ Es necesario desarrollar procesos sistemáticos de capacitación y sensibilización para el personal de salud que atiende la VIFS.

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres. Asamblea General de las Naciones Unidas; Cuadragésimo octavo período de sesiones; resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993; documento A/RES/48/104. Naciones Unidas, Nueva York.
2. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. OPS/CDC. Washington DC, 2012.
3. CEPAL. Quinta Conferencia Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1991.
4. Calle Dávila, Ma. del Carmen. Prevención de la Violencia en Adolescentes y Jóvenes: Intervenciones que Funcionan. 12o Congreso Virtual de Psiquiatría. Www.Interpsiquis.com – Febrero - Marzo 2011.
5. Constitución Política de la República de Nicaragua y sus Reformas. La Gaceta. Diario Oficial No 32 del 18 de Febrero del 2014.
6. Decreto N° 61 Política Nacional De Primera Infancia "Amor Por los Más Chiquitos y Chiquitas". La Gaceta Oficial No 227. Del 30 de Noviembre del 2011.
7. Decreto Ley 42: Reglamento A La Ley 779, Ley Integral Contra la Violencia Hacia las Mujeres de Reformas a la Ley No. 641 "Código Penal". La Gaceta Oficial No 143, del 31 de Julio del 2014.
8. Decreto Ley 43: "Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia Nicaragüense y Prevención de la Violencia". La Gaceta Diario Oficial No 142 del 31 de Julio del 2014.
9. Decreto Ejecutivo No. 37-2002 "De Adhesión a los Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativos a la Participación se Niños, en los Conflictos Armados y a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía", Aprobado el 18 de Abril del 2002, Publicada en la Gaceta Diario Oficial No. 82 del Seis de Mayo del 2002.
10. Decreto Ministerial 67-96. Decreto del Ministerio de Salud de Nicaragua sobre la Violencia Intrafamiliar. MINSA. Nicaragua.
11. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/2012). Instituto Nacional de Información y Desarrollo. Nicaragua. 2012.
12. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la Violencia Contra Las Mujeres. 156. OPS. Sesión del Comité Ejecutivo Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de Junio del 2015.
13. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. 2007.
14. García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d'Oliveira, AF, Koziol-MacLain, J., Colombini, M., Feder, G. The health-systems response to violence against women. The Lancet. Nov 2014 Nov: 17-29.

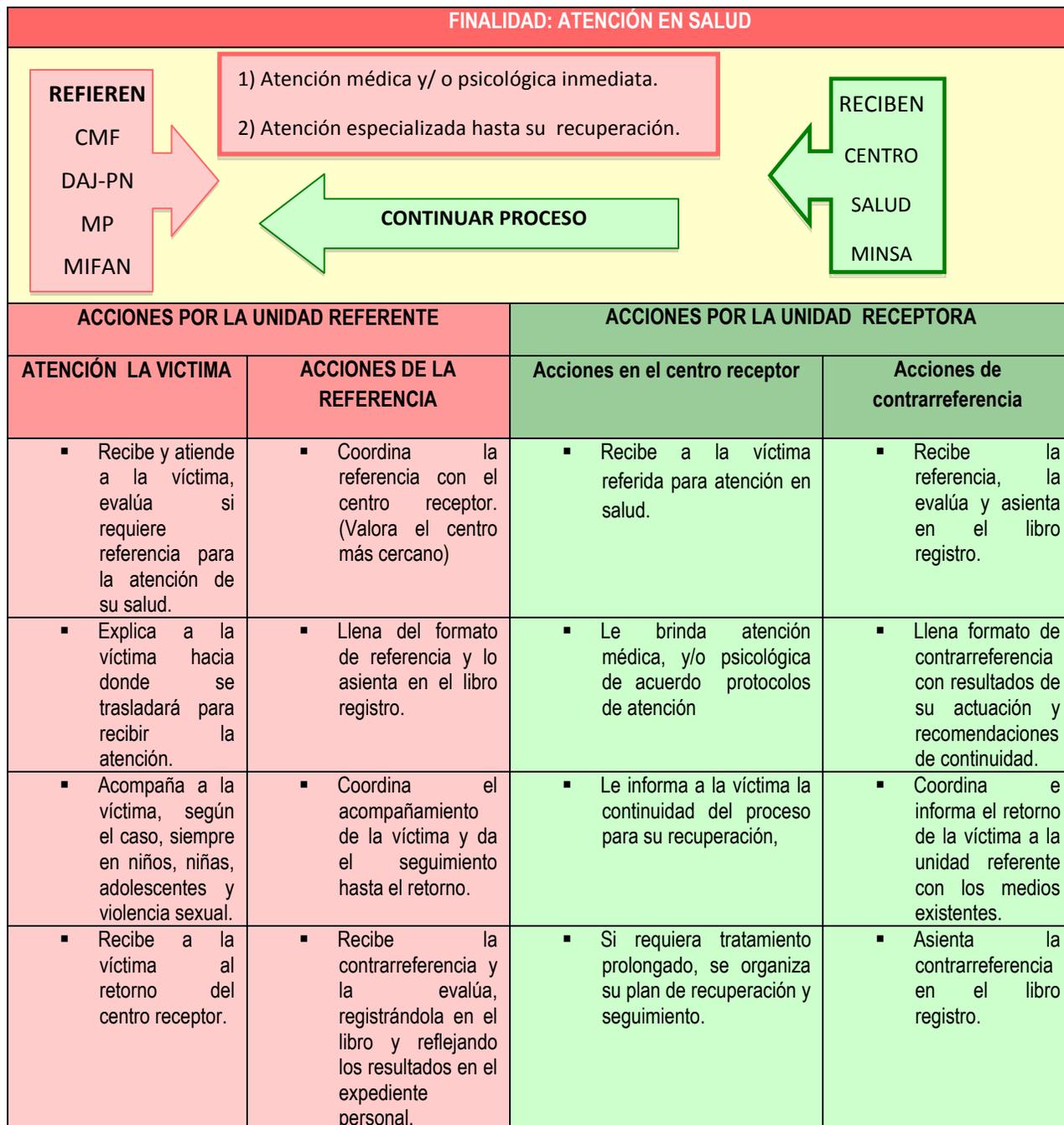
15. Informe del Estado de Nicaragua: "Situación De Derechos Humanos de Mujeres y Niñas en Nicaragua": Audiencia de Octubre 2015, Washington D.C., 156º Período Ordinario de Sesiones de la CIDH.
16. Informe Anual del Observatorio de Violencia hacia las Mujeres. Nicaragua. 2013.
17. Informe del Policía Nacional sobre la CDN para la Dirección de Planificación del MIFAN. Octubre 2015.
18. Ley 287. "Código de la Niñez y la Adolescencia". La Gaceta Diario Oficial No. 97. Del 27 de Mayo de 1998.
19. Ley 641. Código Penal de Nicaragua. Gaceta Diario Oficial Nos. 83, 84, 85, 86 y 87. Del 5, 6, 7, 8 y 9 de Mayo del 2008.
20. Ley 718 "Ley Especial de Protección a las Familias en las que hayan embarazos y Partos Múltiples". La Gaceta Diario Oficial No. 111. Del 14 de Junio 2010.
21. Ley 720 "Ley del Adulto Mayor". La Gaceta Diario Oficial No. 111. Del 14 de Junio del 2010.
22. Ley 763 "Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad". La Gaceta Diario Oficial, No. 142. Del 01 de Agosto del 2011.
23. Ley 779, Ley Integral Contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley 641 "Código Penal". La Gaceta Diario Oficial No. 19 del 30 de Enero del 2012.
24. Ley 820. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH Sida. Diario Oficial. 242 del 18 de Diciembre del 2012.
25. Ley 846 "Ley de Modificación y Adiciones a la Ley 779". La Gaceta Diario Oficial. No. 185. Del 01 de Octubre del 2013.
26. Ley 870 "Código de Familia". La Gaceta Diario Oficial No. 190 del 8 de Octubre. Del 2014.
27. Ley 896. Ley Contra la Trata de Personas. La Gaceta Diario Oficial No: 38. Del 25 de Febrero del 2015.
28. Ley No 406. Código Procesal Penal de la República de Nicaragua. Publicada en la Gaceta Oficial No. 243 y 244. Del 21 y 24 de Diciembre del 2001.
29. Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay. 2012.
30. Marco Regulatorio e Institucional para la Prevención y Atención de la Violencia Doméstica y Sexual y el VIH/Sida en Nicaragua. OPS. Managua, 2006.
31. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) MINSA: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC) Nicaragua.
32. Manual del SIREC del MAI. Consultoría. UNFPA. Nicaragua 2015.

33. Modelo Integral de Prevención de la Violencia en Nicaragua. MIFAN 2014.
34. Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia de Género. UNFPA Nicaragua 2012.
35. Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Documento A/CONF.171/13/Rev.1. Nueva York, 1995.
36. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer; 4 al 15 de Septiembre de 1995; Beijing, China.
37. Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena 1993.
38. Naciones Unidas. Alto Comisionado de los Derechos Humanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. Convención de Belén Do Pará, OEA 1994. San Salvador 1994.
39. Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra las mujeres. De las palabras los hechos. Estudio del Secretario General. Naciones Unidas; 2006.
40. Norma Técnica para la Valoración Médico Legal Integral de la Violencia Intrafamiliar. IML.- 0003. Corte Suprema de Justicia y el Instituto de Medicina Legal. Nicaragua 25 de Marzo del 2010.
41. Normativa 002. MINSA. "Normas y Protocolos de Planificación Familiar. MINSA. Nicaragua. Mayo 2008.
42. Normativa 011. MINSA. "Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido(a) y Puerperio de Bajo Riesgo". MINSA. Nicaragua. Agosto 2008.
43. Normativa 070 MINSA. Norma Metodológica para la elaboración de Normas, Manuales Guías y Protocolos del Sector Salud. MINSA. Nicaragua. Managua, Junio del 2011.
44. PATH. El femicidio en Nicaragua. Abordaje y propuesta de indicadores para la acción / PATH. 1a ed. Managua: InterCambios, 2010.
45. Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. 2001-2006. INIM. Nicaragua. 2001.
46. Plan Nacional Del Desarrollo Humano. Nicaragua. 2012-2016. Consejo De Comunicación Ciudadana. GRUN. Noviembre 08 del 2012.
47. Prevención de la Violencia Sexual y Violencia Infligida por la Pareja Contra las Mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra, Organization Mundial de la Salud, 2010. 6. WHO. Violence Prevention Alliance Final Meeting Report. 14-15 October 2014; Washington, D.C., United States of America. Discussion of World Health Assembly Resolution WHA 67.15.

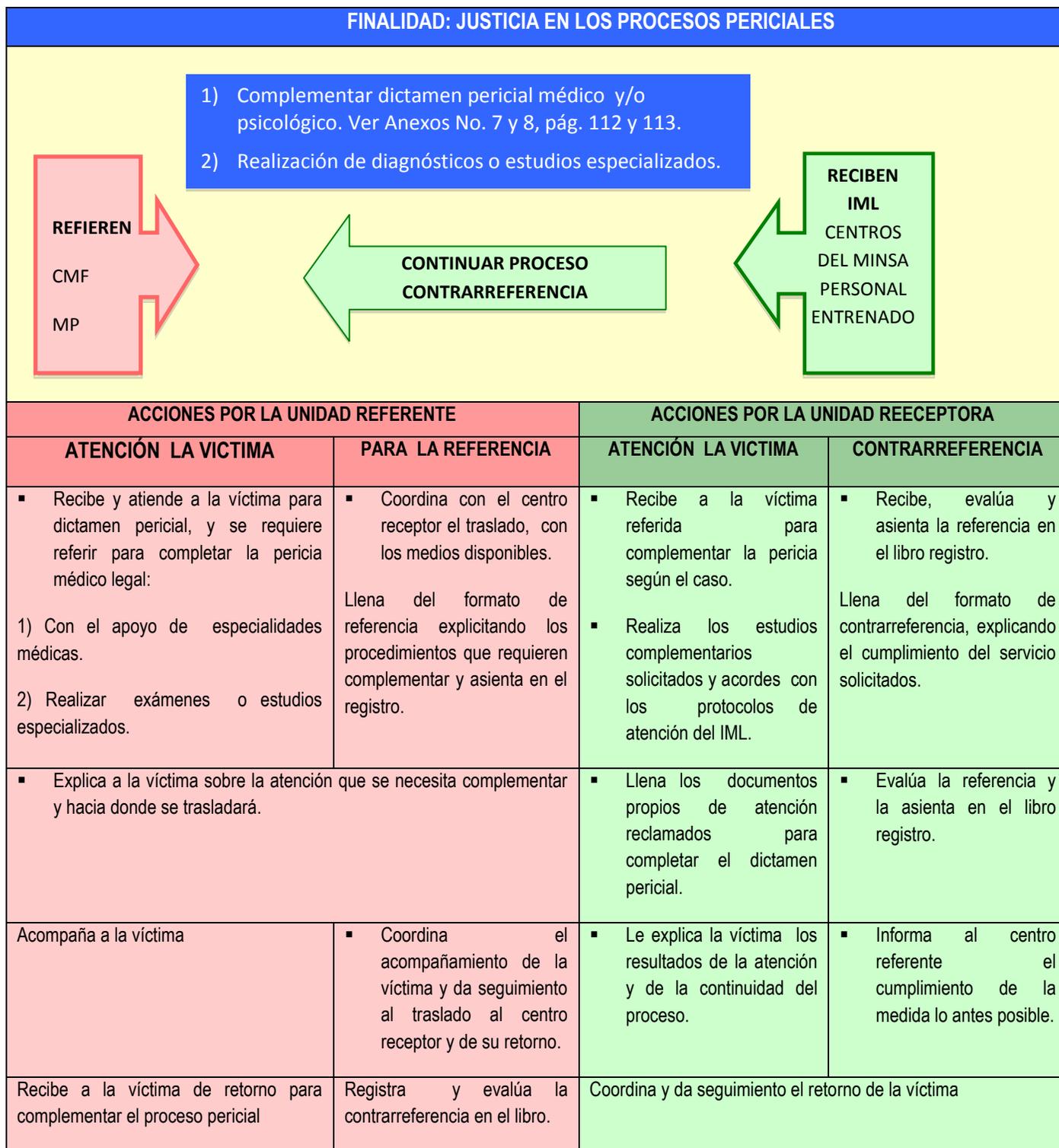
48. Violence prevention: the evidence. World Health Organization, 2012 ISBN 978-92-41-50084-5://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html.

FLUJOGRAMA

No. 1 FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA RUTA DE ATENCIÓN MAI/SIREC



No. 2 MAI/SIREC. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN Y REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN CASOS QUE REQUIERN DICTAMEN PERICIAL Y O PISCOLÓGICO



ANEXOS

ANEXO NO. 1

DECRETO MINISTERIAL 67 – 96: DECRETO DEL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA SOBRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Considerando

Que el Gobierno de la República de Nicaragua es signatario de la Convención de Belem do Pará adoptada por la Asamblea general de la Organización de Estados Americanos en el año 1994, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, en el cual se considera que el "reconocimiento y el respeto irrestricto de todos los derechos de la mujer son condiciones indispensables para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y pacífica".

Que el crecimiento continuo de hechos de violencia intrafamiliar que afectan y producen alteraciones a la salud física y psíquica de las personas obliga al estado y a la sociedad civil a tomar medidas para su debida prevención y atención.

Que el Ministerio de Salud siendo parte integrante del Gobierno asume como un problema de salud pública la violencia intrafamiliar, lo cual le obliga al diseño de políticas y estrategias para contribuir a su erradicación.

POR TANTO:

RESUELVE:

PRIMERO: Autorizar a las Unidades de Salud del Estado a prestar atención a la población afectada por la violencia intrafamiliar.

El personal que labora en estas Unidades prestará la atención debida a quienes acudan presentando daños físicos o psicológicos producidos por actos de violencia intrafamiliar.

SEGUNDO: La Dirección de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, a través del Modelo de Atención, elaborará planes integrales para la prevención de la misma, regular, conducir y velar por la eficiencia y calidad global de dicha atención, así como divulgación y difusión del problema, y de esa manera impulsar la disminución de los índices de violencia significativamente en la salud de las familias.

TERCERO: El Ministerio de Salud promoverá en conjunto con la Sociedad Civil una instancia de coordinación intersectorial para implementar acciones y contribuir a la solución del problema.

**ANEXO 2.
DIRECTORIO DE LA PLATAFORMA DE SERVICIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Localidad: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

CENTRO DE ATENCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	Email	SERVICIOS	DÍAS	HORARIO	LIMITACIONES	RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL DIRECTORIO DE LA PLATAFORMA DE SERVICIOS:

En el Directorio se recogerá información tanto de los centros públicos que forman parte de la ruta de atención del MAI en el territorio como de los centros alternativos cuyos servicios hayan sido debidamente validados por la Comisión Interinstitucional de Prevención y Atención de la Violencia de Género para su incorporación al MAI.

- CENTRO DE ATENCIÓN:** Se anotará el nombre completo del centro de atención y el acrónimo que se utiliza para designarlo.
- DIRECCIÓN:** Se registrará la dirección del centro, con la mayor cantidad de detalles y referencias, de manera que se facilite su localización.
- TELÉFONO:** Se registrará el teléfono o teléfonos que permitan el contacto con el centro en cualquier momento del día o la noche.
- E-mail:** Se anotará la dirección electrónica de contacto habitual, precisando la dependencia o persona a la que corresponde.
- SERVICIOS:** Se anotarán los diferentes servicios de atención a la violencia, previamente validados, que presta el centro, utilizando filas diferentes para cada uno.
- DÍAS:** Para cada servicio se anotarán los días de la semana en los que se realizan actividades de atención a casos de violencia de género.
- HORARIO:** Para cada servicio y día de la semana se anotarán los horarios de atención a casos de violencia de género.
- LIMITACIONES:** Anotar cualquier limitación existente para la prestación del servicio, o algún requisito o formalidad que se requiera para la tramitación de la atención a la víctima que será referida.
- RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:** Para cada servicio se registrarán la persona o personas con quienes pueda coordinarse la referencia o que se encargarán directamente de atender a la persona referida.

**SECCIÓN II PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y
ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL**

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar y sexual (VIF) constituye una violación de los derechos humanos y como un problema de Salud Pública, con importantes repercusiones en la salud física, mental, sexual y reproductiva de sus víctimas, además de una carga de complicaciones, discapacidades y muertes. La violencia sexual (VS) se encuentra entre las principales manifestaciones de la violencia a nivel mundial, afectando a personas de cualquier edad y sexo, aunque de manera desproporcionada a las mujeres, niñas y adolescentes.

La OMS calcula que el 30% de las mujeres en la región de las Américas ha vivido violencia sexual o física a manos de la pareja, mientras que el 11% ha sufrido violencia sexual perpetrada por un tercero.

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011-2012 identificó que aproximadamente una de cada cuatro mujeres (22.5%) alguna vez casadas o unidas habían recibido violencia física o sexual en algún momento de su vida, el 36.7% violencia verbal, y violencia física el 20%; mientras que el 7.5% de las mujeres algunas vez unidas experimentaron violencia física o sexual durante el último año, el 8.8% en las mujeres residentes en la zona urbana y el 5.7% en la zona rural⁴⁰.

Este problema afecta principalmente a las mujeres, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidades, por su mayor vulnerabilidad. Aunque con menos frecuencia, también existen hombres que sufren violencia intrafamiliar.

Lograr la reducción de la violencia intrafamiliar requiere un abordaje integral y multisectorial para el desarrollo de intervenciones coordinadas en los ámbitos de la promoción de formas de vida saludables, libres de violencia; la prevención de la exposición al riesgo de violencia y la detección precoz de las víctimas, brindándoles tratamiento y/o intervención oportuna y completa, hasta su total recuperación.

Por estas razones, los servicios de salud deben priorizar la atención integral a la violencia intrafamiliar, asegurando la equidad, accesibilidad, calidad y calidez, fortaleciendo la coordinación interinstitucional e intersectorial y la articulación con las organizaciones sociales y comunitarias.

La actuación de los prestadores de servicios de salud en la atención a las víctimas de VIFS debe estar regulada por disposiciones homogéneas, actualizadas en relación con los conocimientos científicos más avanzados y en concordancia con el marco político, jurídico y normativo vigente en el País.

El presente protocolo está elaborado como un instrumento sencillo, estandarizado, fácil de aplicar en los diferentes servicios de salud de Nicaragua, para realizar un abordaje integral, prevención y la detección de todas las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.

⁴⁰ ENDESA. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12. Informe Preliminar. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Ministerio de Salud. Managua, Junio de 2013.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer y estandarizar la atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual para el personal del sector salud puedan hacer un abordaje integral e integrado en la ruta de atención y acorde con la Política Nacional de Fortalecimiento de la Familia y la Prevención de la Violencia hacia las mujeres.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer orientaciones homogéneas para guiar los procedimientos de prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en las unidades de salud, para su aplicación por los prestadores de servicios de salud en todo el país.
- Integrar los principios, formas de organización y pautas de funcionamiento de los servicios de salud de atención a la VIFS con los correspondientes al Modelo de Atención Integral a la Violencia de Género en Nicaragua.
- Fortalecer la articulación de los servicios de salud de atención a la VIFS con las restantes instituciones de gobierno, con otros sectores, y en estrecha relación con la red comunitaria la que participa y apoya directamente en sus territorios en la implementación de la Política Nacional.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ❖ **Anorexia:** Pérdida anormal del deseo de comer. Trastorno de origen neurótico que se observa generalmente en personas jóvenes y que se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos. Suele ir acompañado de vómitos provocados, adelgazamiento extremo y, en el caso de las mujeres, desaparición de la menstruación.
- ❖ **Bulimia:** Sensación de hambre anormal y muy acusada. Trastorno de la alimentación de origen neurótico, que se observa generalmente en mujeres jóvenes, caracterizado por períodos en que se come compulsivamente, seguidos de otros de culpabilidad y malestar, con provocación del vómito.
- ❖ **Corresponsabilidad:** Se refiere a la parte de responsabilidad que corresponde a cada uno de quienes asumen de manera coordinada la atención integral a las víctimas de violencia intrafamiliar. En el caso de los proveedores de servicios de salud se refiere al cumplimiento estricto de todas las normativas, procedimientos y criterios técnicos y éticos establecidos por el MINSA, en articulación con otros sectores, para regular su actuación.
- ❖ **Encopresis:** Defecación involuntaria de un niño de más de tres años que no es causada por trastornos de la fisiología intestinal.
- ❖ **Enuresis:** Micción involuntaria que suele ocurrir durante el sueño, es frecuente en la infancia y está relacionada con factores principalmente familiares y emocionales.
- ❖ **Factores de riesgo:** son las características, biológicas, psicológicas y sociales cuya existencia en los individuos, en la familia y en la comunidad incrementa la probabilidad de presentar algún daño y que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura según el problema asociado. Se pueden clasificar en factores individuales, en la familia y en la comunidad.
- ❖ **Humillación:** Ofensa que alguien o algo causa en el orgullo o el honor de una persona. Sensación que experimenta una persona al sufrir esta ofensa.
- ❖ **Individuo en riesgo de violencia o que sufre violencia:** es aquella persona que por acumular factores de riesgo vinculados con la violencia, el maltrato y roles desiguales de poder, ya sea en la familia, en la comunidad o en cualquier otro espacio social, tiene una probabilidad incrementadas de presentar algún daño para su salud como consecuencia de la violencia a la que está expuesta.
- ❖ **Maltrato Infantil:** es toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, con malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo, repercusiones desfavorables en el desarrollo físico, psicológico o sexual del menor.

- ❖ **Negligencias:** comprende las acciones de irresponsabilidad que provocan en el niño desde accidentes o ausencias a la escuela hasta el incumplimiento de derechos necesarios como asistir al médico, vacunación, incumplir tratamientos indicados, etc.
- ❖ **Plan de seguridad:** Es el conjunto de medidas, recursos y disposiciones de protección orientadas a prevenir mayores daños a la persona afectada por VIFS, el cual se define a partir de la exploración de las alternativas de protección que ella tiene para sí misma y para los miembros de la familia que presentan mayor vulnerabilidad.
- ❖ **Psicología forense:** Es una especialidad de la psicología con aplicación al campo judicial, que se encarga de estudiar el estado mental y emocional y acompañamiento de aquellos casos de violencia que superan la capacidad de los recursos personales, técnicos y éticos, considerando la posibilidad de referencia intersectorial.
- ❖ **Pornográfico:** Que describe, presenta o muestra actos sexuales de forma explícita con la finalidad de excitar sexualmente.
- ❖ **Revictimización:** También llamada victimización secundaria, se refiere a la situación en que las personas que han sido víctimas de determinada situación que les produjo algún daño, reviven dicha situación; a partir de los mecanismos que se utilizan en el proceso de atención a las mismas, profundizando el trauma emocional de las víctimas.
- ❖ **Sitio centinela:** Concepto de la vigilancia epidemiológica, que se refiere a determinados contextos donde es posible identificar precozmente cualquier desviación en el comportamiento habitual de un problema de salud.
- ❖ **Trastorno de estrés postraumático:** Es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de la persona a un evento o eventos estresantes y extremadamente traumáticos y se ve envuelta en hechos que presentan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física o de otras personas.
- ❖ **Victimización:** Es un fenómeno psicológico que se produce cuando una persona es víctima de violencia intrafamiliar, expresado como un dolor natural y proporcional al hecho que lo ha provocado y a su vivencia, muchas veces incrementado por la manera que la sociedad se comporta respecto a estas víctimas.
- ❖ **Violencia de Pareja:** Se refiere a la ocurrencia de diversas formas de violencia contra la mujer, ejercida generalmente por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida, que se expresa mediante cualquier ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física.

Al tener como escenario el vínculo o relación de pareja, constituye una de las formas más comunes de violencia intrafamiliar, que incluye situaciones de maltrato físico, abuso sexual, abuso emocional, abuso económico y violencia recíproca que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente.

- ❖ **Víctima y sobreviviente de violencia:** Es una persona que en la actualidad está sufriendo de abuso y que se siente impotente para buscar o encontrar salida. Un(a) sobreviviente implica dejar de ser víctima ya sea que la persona está viviendo un proceso continuo y permanente de recuperación de todos los daños que ha sufrido, o

bien que logró crear mecanismos personales que le permiten sobrevivir a pesar de las secuelas de la violencia.

ACRÓNIMOS

CMF	Comisarías de la Mujer y la Familia.
CSJ	Corte Suprema de Justicia.
GFCV	Gabinetes de la Familia Comunidad y Vida
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
IML	Instituto de Medicina Legal.
MAI Nicaragua	Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua
MIFAN	Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez
MINED	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud.
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
MP	Ministerio Público.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIREC	Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MAI.
VIF	Violencia Intrafamiliar
VS	Violencia Sexual
VIFS	Violencia Intrafamiliar y Sexual

POBLACION DIANA

La constituyen las mujeres y hombres de todas las edades que se encuentren en riesgo o resulten víctimas de la VIFS, especialmente las personas más vulnerables y habitualmente más afectadas: mujeres, embarazadas, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con enfermedad física o mental discapacitante o en desventaja física.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Para cumplir las normas y procedimientos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar, los recursos humanos capacitados en la atención de la VIFS de las unidades de salud desarrollarán las siguientes actividades:

- Realizar la detección de los casos de VIFS y aplicar el cuestionario de tamizaje cuando se sospeche que la persona atendida sufre violencia intrafamiliar.
- Promover el trabajo en equipo interdisciplinario y de interconsulta en el proceso de atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual.
- Basar su actuación médica especializada en la base jurídica pertinente para la atención de los casos que por sus características e implicaciones requieran la realización de exámenes y procedimientos médico-legales.
- Notificar los casos sospechosos y confirmados de violencia sexual al Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez y/o Comisarías de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para que den inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral a las víctimas.
- Aplicar la ficha de registro y seguimiento de víctimas de violencia.
- Registrar y reportar los casos de violencia intrafamiliar y sexual al sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA.
- Aplicar las normativas del sistema de referencia y contrarreferencia del MINSA para la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual a lo interno del sistema de salud, así como las estipuladas por el MAI para la articulación con otras instituciones, organizaciones y centros alternativos que integran la red de servicios de atención a la violencia.
- Planificar y ejecutar acciones de detección, atención, rehabilitación, junto a la prevención de la violencia y de promoción de estilos de vida saludables y no violentos en la dinámica familiar, en coordinación con las instituciones de gobierno, con otros actores sociales y con la participación activa de la comunidad.
- Desarrollar y participar en investigaciones relacionadas con la problemática de la violencia intrafamiliar, vinculadas a la situación de salud de los grupos de población más vulnerables.

DEFINICIÓN

Puede definirse la Violencia Intrafamiliar como **“cualquier acción, conducta u omisión que cause daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, y en ocasiones hasta la muerte, cuando existe una relación de afinidad y parentesco entre la víctima y el agresor”**⁴¹.

Según el Código Penal vigente, comete delito de Violencia doméstica o intrafamiliar “quien ejerza cualquier tipo de fuerza, violencia o intimidación física o psíquica contra quien sea o haya sido su cónyuge o conviviente en unión de hecho estable o contra la persona a quien se halle o hubiere estado ligado de forma estable por relación de afectividad, o sobre las hijas e hijos propios, del cónyuge o del conviviente o sobre ascendientes o discapacitados que convivan con él o con ella, o que se hallen sujetos a la patria potestad, tutela o guarda de uno u otro”⁴².

La violencia intrafamiliar tiene como principal fundamento la existencia de relaciones desiguales de poder o la dependencia emocional, cultural y/o económica de una persona respecto a otra en el ámbito doméstico, situaciones en las que el empleo de la fuerza y el abuso constituyen el método por excelencia para ejercer la autoridad y resolver los conflictos interpersonales.

Se considera **Violencia Sexual** “todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo, obliga a ésta última a realizar actos sexuales contra su voluntad o a participar en interacciones sexuales diversas que propicien victimización, de las que el agresor intenta obtener gratificación, independientemente de que éste pueda tener con la víctima una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco”⁴³.

La violencia sexual incluye todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo⁴⁴.

La coacción abarca el uso de la fuerza física, la intimidación psíquica, la extorsión y otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas y son perpetradas por hombres. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres es

⁴¹ Ajustada del texto del Artículo 1 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Organización de Estados Americanos, Junio de 1994.

⁴² Ley 641, Código Penal, Artículo 155. La Gaceta-Diario Oficial Nos. 83-87, Mayo de 2008.

⁴³ Adaptada del texto del Artículo 8 de la Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas al Código Penal. La Gaceta-Diario Oficial No. 19, 30 de Enero del 2014.

⁴⁴ Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Publicado en Español por OPS. Washington DC, 2002.

un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales, mientras que algunos estudios han revelado que las personas con discapacidades (tanto hombres como mujeres) tienen una probabilidad mayor de sufrir violencia física o sexual que sus contrapartes sin discapacidad².

La violencia sexual de la mujer al interior de la familia reviste la mayor gravedad, no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar. Incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea.

La violencia sexual en niñas, niños y adolescentes tiene mayor prevalencia dentro del hogar, donde generalmente son más vulnerables a la agresión por parte de familiares o personas cercanas a la familia, que se aprovechan de la posición de autoridad que ocupan respecto a sus víctimas⁴⁵.

Las mujeres, niños, niñas y adolescentes también pueden ser agredidos sexualmente fuera del hogar, en muchos casos por personas desconocidas.

Según datos de la OMS, en algunos países, una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta una tercera parte de las niñas han sufrido una iniciación sexual forzada. Cientos de miles de mujeres y niñas son vendidas cada año con destino a la prostitución o la esclavitud sexual, o se ven sometidas a abusos sexuales en escuelas, lugares de trabajo y entornos de atención a refugiados.

Los niveles de violencia sexual contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes pueden ser particularmente altos en situaciones de conflicto armado, desplazamientos, desastres naturales y otras crisis humanitarias, así como en entornos institucionales. Tanto hombres como mujeres pueden sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados. La violencia sexual contra la mujer en el lugar de trabajo plantea muchas inquietudes en algunos contextos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que la violencia puede afectar tanto a hombres como a mujeres en todas las etapas de la vida y que todo acto de violencia contra niños y adultos de ambos sexos puede acarrear consecuencias negativas para la salud que deben ser abordadas por los sistemas sanitarios⁴⁶. Sin embargo, las personas principalmente afectadas por la violencia intrafamiliar son las mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Por otra parte, se considera imperioso prestar especial atención a la violencia contra la mujer, por las siguientes razones: la invisibilidad de este tipo de violencia en las estadísticas nacionales e internacionales, su aceptabilidad social, los obstáculos económicos y sociales a la búsqueda de ayuda (como la vergüenza y el estigma), el poco efecto de las sanciones legales y la limitada capacidad de los sistemas de salud para detectar y brindar atención a las sobrevivientes⁴⁷, sin descuidar los otros grupos vulnerables como los niños(a), adolescentes y personas con discapacidades.

⁴⁵ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. UNFPA. Managua, 2012.

⁴⁶ OPS. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la Violencia contra la Mujer. Washington, D.C. Octubre de 2015.

⁴⁷ OPS. Violencia contra las mujeres y violencia contra los niños y las niñas: Áreas clave de la OPS/OMS para la acción [Internet]. Washington (DC), 2014.

CLASIFICACIÓN

La violencia intrafamiliar abarca todas las formas de violencia que ocurren en el hogar, incluyendo la violencia de pareja y la violencia hacia los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

La forma más prevalente de la violencia intrafamiliar es la **violencia de pareja**, que se expresa generalmente como violencia física, psicológica o sexual hacia una mujer por parte de su compañero varón⁴⁸. La OMS calcula que 30% de las mujeres de las Américas ha vivido violencia sexual o física a manos de la pareja³.

Las siguientes definiciones de las principales formas de violencia intrafamiliar, fueron adaptadas a partir de las que aparecen en el texto de la Ley 779⁴⁹:

- **Violencia física** es toda acción u omisión que pone en peligro o daña la integridad corporal de una persona y que tiene como resultado una lesión física. Abarca golpes, heridas, fracturas, quemaduras, mordiscos, empujones, jalones de pelo, intentos de estrangulamiento, encierros y las omisiones de auxilio cuando no se provee el cuidado necesario por enfermedad o discapacidad.
- **Violencia psicológica:** Acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, decisiones y creencias de una persona por medio de la intimidación, manipulación, coacción, comparaciones destructivas, vigilancia eventual o permanente, insultos, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud mental, la autodeterminación o su desarrollo personal.
- **Violencia sexual:** Toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales, mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad o su libertad sexual, independientemente que la persona agresora pueda tener con la víctima una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco.
- **Violencia Patrimonial o Económica:** Son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de la mujer, sus hijos e hijas o, el despojo o destrucción de sus bienes personales o mancomunados que puede incluir la casa de habitación, enseres domésticos, equipos y herramientas de trabajo, bienes muebles o inmuebles. Incluye también la negación a cubrir las cuotas alimenticias para hijas e hijos o los gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

Comprende también el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes, como manoseos, exposición a material pornográfico y, en última instancia, violación a través del contacto sexual, introducción de dedos, objetos o instrumentos con fines sexuales. En el caso de niños y niñas

⁴⁸OMS. Estudio de múltiples países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer: Resumen de los resultados iniciales sobre la prevalencia, los resultados intermedios de salud y las respuestas de las mujeres [Internet]. Ginebra, 2005.

⁴⁹ Ley 779, Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas al Código Penal. Capítulo II, Artículo 8. La Gaceta-Diario Oficial No. 19, 30 de Enero de 2014.

este tipo de violencia es el prevalente, siendo dentro del hogar donde generalmente son más vulnerables, por ser sus agresores personas cercanas, familiares o amigos de la familia, que aprovechan la relación filial y/o la posición de autoridad legal y social establecida⁵⁰.

Otras formas de violencia en el ámbito doméstico son la violencia por negligencia, que consiste en desatender los cuidados que requieren algunas personas con necesidades especiales y elevada vulnerabilidad, como los adultos mayores y las personas con discapacidades; así como la violencia patrimonial, que incluye la sustracción de bienes materiales o monetarios y la limitación del derecho a la alimentación o el trabajo, entre otros.

Las formas más comunes de manifestarse la violencia sexual son las siguientes:

- ❖ **Abuso sexual**, es la realización de actos lascivos o lúbricos como besos, tocamientos o exposición a material pornográfico en otra persona, sin su consentimiento, haciendo uso de fuerza, intimidación, manipulación o cualquier otro medio que la prive de voluntad, razón o sentido, o aprovechando su estado de incapacidad física o mental para resistir⁵¹.
- ❖ **Abuso Sexual Infantil**: es una expresión de la violencia sexual y constituye una violación de los derechos humanos, que consiste en cualquier contacto sexual directo o indirecto con una niña, niño o adolescente, cuya voluntad es sometida mediante el ejercicio y abuso del poder desde la perspectiva generacional y de género, es decir por la edad, sexo, conocimiento o autoridad entre la víctima y el agresor. Este acto puede producirse en el interior de la familia y reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar.
- ❖ **Acoso sexual**, es la situación en que una persona, valiéndose de su posición de poder, autoridad o superioridad sobre otra, demanda o solicita para sí o para un tercero, cualquier acto sexual a cambio de promesas, explícitas o implícitas, de un trato preferencial, o de amenazas relativas a la actual o futura situación de la víctima⁶.
- ❖ **Explotación Sexual Comercial de personas menores de edad**: Constituye una violación de los derechos humanos fundamentales de niñas, niños y adolescentes. Incluye la utilización de niñas, niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes formas de explotación:
 - Las relaciones y actividades sexuales remuneradas.
 - La producción distribución y posesión de material pornográfico con protagonismo infantil o adolescente.
 - La utilización de menores de edad en espectáculos sexuales públicos o privados.
 - Turismo con fines sexuales.
- **Violación**, es la situación en que una persona fuerza a otra a tener sexo, o le introduce u obliga a que se introduzca dedo, objeto o instrumento con fines sexuales, por vía vaginal, anal o bucal, usando violencia física, intimidación o cualquier otro medio que prive a la víctima de la capacidad de resistir, o de la voluntad, razón o sentido. La

⁵⁰ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. UNFPA. Managua, 2012.

⁵¹ Adaptada del texto de la Ley 641, Código Penal. La Gaceta-Diario Oficial Nos. 83-87, Mayo del 2008.

persona es víctima de esta relación desigual de poder, y tiene un impacto importante en la salud de la mujer, niña y adolescentes a corto plazo como el embarazo no deseado, la infección por una enfermedad de transmisión sexual y por VIH y a largo plazo puede dejar secuelas psicológicas de gran magnitud.

- ❖ **Violencia sexual contra la pareja**, es la infligida por el esposo, compañero o pareja (masculina o femenina) y comprende las relaciones sexuales forzadas en contra de su voluntad o la realización de algún acto sexual considerado degradante o humillante⁵².
- ❖ **Trata de personas con fines de explotación sexual**, se refiere a la captación, reclutamiento, contratación, transporte, traslado, retención, acogida o recepción de personas, valiéndose de la fuerza, amenazas, ofrecimientos o engaños, con la finalidad de someterlas a explotación sexual⁵³.

Son formas menos frecuentes de violencia sexual, pero no por ellos menos importantes, las que se detallan a continuación:

- ❖ **Matrimonio o cohabitación forzada**, es la práctica en virtud de la cual una mujer, sin que le asista el derecho a oponerse, es prometida o dada en matrimonio a cambio de una contrapartida en dinero o en especie entregada a sus padres, tutor, familia o a cualquier otra persona o grupo de personas⁵⁴.
- ❖ **Violencia contra la integridad sexual de las mujeres**, son prácticas culturales y sociales que producen daños físicos o morales a la mujer, como la mutilación genital y las inspecciones para comprobar la virginidad².
- ❖ **Prostitución forzada**, es la situación en la cual la víctima es manipulada u obligada a ejecutar actos de contenido sexual que involucran su cuerpo, para satisfacer deseos sexuales de otras personas, con o sin remuneración por ello⁸.

⁵² OMS. Estudio sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra, 2005.

⁵³ ACNUR. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas. 2002.

⁵⁴ Tomado de http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/AUTO_APRENDIZAJE.pdf

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

Los **factores de riesgo** son expresiones de probabilidad vinculados con el hecho, pero no son concluyentes ni son causas directas. No existe una explicación única, ni mucho menos sencilla, de por qué algunas personas violentan a otras en el seno de la familia. Sin embargo las estadísticas justifican su asociación con los resultados obtenidos en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de la violencia contra la mujer, niñez y adolescencia.

Individuo en riesgo de violencia o que sufre violencia: es aquella persona que por acumular factores de riesgo vinculados con la violencia, el maltrato y roles desiguales de poder, ya sea en la familia, en la comunidad o en cualquier otro espacio social, tiene una probabilidad incrementadas de presentar algún daño para su salud como consecuencia de la violencia a la que está expuesta.

Por otra parte se identifican los factores protectores que son aquellos que contrarrestan los factores de riesgo y contribuyen a disminuir la probabilidad de daño y aumentan la posibilidad de una salud mejor y mayor bienestar.

La Familia desde la perspectiva social: es un grupo conformado por personas entre las que median vínculos de consanguinidad y afecto, que tienen una identidad propia, comparten necesidades, intereses y recursos y cumplen funciones básicas para el mantenimiento y reproducción de la sociedad en su conjunto.

Las que están estrechamente vinculadas a su medio social, existiendo entornos hostiles, carentes de recursos y de vínculos de protección que favorecen la violencia y constituyen factores de vulnerabilidad para la familia.

La evidencia disponible indica que la violencia intrafamiliar y sexual está basada en las desigualdades de género y en los desequilibrios de poder entre sus actores, debidamente explicado en el Modelo Ecológico de la Violencia, pero también se ve afectada por una compleja interacción de factores a los niveles individual, familiar, relacional, comunitario y social se relacionan, pero que a la vez socialmente se han tomado un grupo de medidas para accionar y fortalecer la protección de las personas contra la violencia y son algunos de los que a continuación se intentan de resumir:

FACTORES SOCIOCULTURALES	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalencia de la cultura de una sociedad patriarcal, con patrones machistas, de devaluación de la mujer, con relaciones de inequidad de género con desventaja para la mujer. ▪ La pobreza el bajo nivel educativo sobre todo en las zonas rurales y la presencia de algunos patrones culturales tolerantes hacia la violencia en las familias y de no denuncia. ▪ Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respaldo del GRUN con un marco legal, jurídico y normativo para la prevención de la violencia hacia las mujeres, niñez, adolescencia, igualdad de oportunidades para hombres y mujeres y el desarrollo integral de las y los nicaragüenses, promoviendo a nivel institucional una cultura de solidaridad y de respeto favoreciendo a los grupos más vulnerables. ▪ El MOSAFC integrando su accionar promoción, prevención, y atención integral a

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subvaloración de los derechos de la niñez, adolescencia, embarazadas, personas de la tercera edad, con discapacidad. ▪ Intolerancia hacia la diversidad sexual. ▪ Antecedentes de violencia sufrida en la familia de origen o entre parientes en la familia de origen. ▪ Desvalorización de la mujer en la relación de pareja, bajo nivel cultural, desconocimiento de sus derechos. ▪ Relaciones disfuncionales entre la pareja y la familia, expresada en: Crisis conyugales y familiares, rivalidades permanentes, intolerancia a la diferencia, desacuerdo en los intereses personales, disputas por la posesión de bienes o necesidades económica. ▪ Desacuerdos y negligencia en la crianza de los hijos, y de otros integrantes de la familia con desventajas físicas, dependencia económica o de otra índole. ▪ Hacinamiento y promiscuidad en las relaciones entre los miembros de la familia. ▪ Padrastros y familiares con débiles lazos afectivos y presencia de algunos Anti valores morales (Envidia, egoísmo, odio), falta de comunicación y tiempo de calidad con la familia. ▪ Noviazgos apresurados, superficiales o forzados que no permiten la compenetración afectiva de la pareja. ▪ Uniones forzadas con trueque que sus hijas. por interés económico del jefe de la familia. ▪ Alcoholismo/Drogadicción. ▪ Baja Autoestima. ▪ Falta de amor y límites en la familia. 	<p>las familias en las comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El acceso universal a la educación que promueve los derechos, educación sexual, valores familiares, el respeto entre los miembros de la familia y de la sociedad en general. ▪ El respeto de los derechos del niño y el interés superior de garantizar su supervivencia y desarrollo integral, como pilar fundamental para la armonización de leyes, políticas y programas social. El respeto al derecho de la no discriminación por ningún concepto incluyendo la decisión a decidir su identidad sexual. ▪ Los Círculos de Adolescentes que el MINSA desarrolla en las comunidades para promover relaciones de respeto y solidaridad entre los jóvenes, informarle sus derechos y educarlos para que puedan disfrutar de una salud sexual sana y libre de riesgo con daño para su desarrollo integral. ▪ La existencia de una red comunitaria que integra los GFCV, brigadistas, promotores solidarios, juveniles y líderes religiosos que transmiten valores a favor de los derechos humanos, prevención de la violencia en sus comunidades.
--	--

En el plano individual hay factores comunes durante el proceso del ciclo de la violencia que repercuten en la actuación de la víctima, como en el agresor: historias de violencia en el seno familiar, de maltrato o abuso durante la infancia, patrones socioculturales ya antes mencionados, el deterioro de valores de respeto, las adicciones en todas sus manifestaciones incluso por parte de los dos (víctima y agresor), todo esto por las relaciones desiguales de poder con desventaja para la mujer, entre los que se destacan:

- ✓ **Riesgo inminente para la víctima:** es su reciente separación o la decisión de la separación, constituye el factor de mayor peligro para su vida que la ubica en la situación más extrema ante la posibilidad de incrementar la agresividad por parte de su pareja y que requiere de apoyo inmediato para evitar daños mayores contra su

integridad física y que pueden llegar hasta la muerte de la mujer si no se actúa de manera consecuyente.

- ✓ **Riesgo de autodestrucción:** muchas mujeres se sienten impotentes frente a las amenazas de sus compañeros y han buscado alternativas como ayuda de la familia o de las instituciones (públicas o privadas) encargadas de su bienestar y no les ha funcionado. Pueden sentirse culpables y frustradas y el suicidio parece ser para ellas la única manera de salir de la situación. Se debe estar atento a los signos clínicos de depresión. Se debe preguntar en forma sencilla para saber si la mujer ha pensado o ha atentado contra su vida. Si hay historia de incesto en el pasado o violencia conyugal en el presente, es preciso evaluar esta posibilidad aún con más cuidado.
- ✓ **Riesgo para la salud sexual y reproductiva:** las mujeres que sufren de violencia conyugal, tienen mayor riesgo de experimentar infecciones de transmisión sexual, disfunciones sexuales y embarazos no deseados, entre múltiples posibilidades de daño.

FACTORES DE RIESGO	
SOCIOCULTURALES	FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Sociedad patriarcal. • Inequidad de género. Sumisión de la mujer • Falta de énfasis en la protección de los derechos sexuales y reproductivos. • Normas sociales que acepta la violencia • Conductas discriminatorias hacia la mujer, de la niñez, adolescencia, embarazadas y diversidad sexual. • Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas. • Mitos y tabúes sobre la sexualidad. • Imagen de la mujer, la adolescente y la niña como objeto sexual (revistas, televisión, publicidad). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación del machismo como valor familiar. • Subvaloración de la mujer, adolescentes y niñas. • Crisis conyugales y familiares. • Noviazgos apresurados, superficiales o forzados que no permiten la compenetración afectiva de la pareja. • Desvalorización de la mujer en la relación de pareja, el hombre decide en la relación sexual. • Concepciones erróneas sobre los roles y formas de interacción en la pareja y la familia. • Ambiente familiar disfuncional. • Padrastrros y familiares con débiles lazos afectivos. Hacinamiento y Promiscuidad.
DEL AGRESOR	DE LA VÍCTIMA
<ul style="list-style-type: none"> • Dominación masculina con patrones sexuales machistas. • Desestima o desconoce los derechos de la mujer, la niñez y la adolescencia • Exige la “prueba de amor” en las relaciones con adolescentes. • Maltrato y/o abuso sexual en la infancia. • Inadecuada educación sexual. • Trastornos de personalidad. • Exposición a la pornografía. • Bajo nivel educativo. Desempleo. • Adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato y/o abuso sexual en la infancia. • Baja autoestima, pasividad e inseguridad. • Dependencia afectiva, económica y social. • Incapacidad de tomar decisiones autónomas. • Inadecuada educación sexual, desconoce sus derechos. • Bajo nivel educativo Educación sexual basada en estereotipos de género discriminatorios • Discapacidades. Menores en hogares sustitutos. • Convivencia en internados, prisiones, etc. • Migrantes o desplazados

Factores de riesgo para el abuso sexual infantil

Existen estereotipos, mitos y tabúes que se manifiestan cotidianamente en nuestra sociedad que “vulnerabilizan” a los niños y niñas al abuso. Estas son sustentadas en algunos casos, por patrones culturales que homogenizan a los individuos en la sociedad y que son aplicados vulnerando a grupos sociales considerados más débiles, en este caso las personas menores de edad.

DE LOS NIÑOS QUÉ SE ESPERA	DE LAS NIÑAS QUÉ SE ESPERA
Gritones, mandones y agresivos Resistentes a expresar sentimientos de ternura, temor, tristeza, dolor, entre otros. Independientes Intelectuales, racionales Interesados por temas sexuales y/o sexualmente activos.	Quietas, pasivas y sumisas Sensibles, tiernas, hogareñas y obedientes Dependientes y serviles Poco intelectuales Ingenuas, inhibidas y dramáticas Desinformadas sobre temas sexuales Limitadas en su interacción social.
COMO CONSECUENCIA EN CASO DE SER VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL	
NIÑOS	NIÑAS
No demuestran dolor Se resisten a declararse víctimas Aprenden a herir antes de ser heridos Asumen el abuso y lo reproducen como expresión de poder y sexualizan las expresiones de afecto.	Aprenden a obedecer a su agresor Aprenden a ser víctimas Asumen la culpa Temen herir los sentimientos del agresor

El abuso es ejercido por adultos con quienes la persona de menor edad o en desventaja mantiene lazos de amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía de la niña o el niño se consideran características similares a los consanguíneos.

Esto incluye a profesionales, amigas o amigos de la familia, personas relacionadas con la educación y orientación y con sus cuidados físicos y afectivos y que por su rango representan para la niña o niño una autoridad.

Factores de riesgo para el abuso sexual contra las mujeres

El abuso sexual de la mujer al interior de la familia reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar. Incluye violación, forzamiento, incesto, abuso, acoso sexual, burlas respecto a su comportamiento, insultos y agresión durante la relación, sadismo y obligación a tener relaciones cuando no se desea.

Sobre las víctimas de violencia sexual se suele tender un manto de duda, sospecha y culpabilización. Se tiende a considerarlas provocadoras de la agresión que sufren. Estas atribuciones negativas, sobre las mujeres, implican que la víctima tenga que entrar a demostrar “que no es culpable” de la violación o del abuso, con el agravante de que no se cree suficientemente en su palabra.

La forma como una mujer violada es atendida puede alentar o acabar totalmente con la posibilidad de denunciar el hecho y restablecer sus derechos.

Mitos y creencias

Es importante comprender la dinámica de la agresión sexual para ofrecer una atención óptima, objetiva y empática. Cualquier persona que trabaje con personas que han sido agredidas sexualmente debe conocer las diferencias entre mito y realidad.

Los mitos, creencias y actitudes personales hacia la violencia sexual deben ser examinadas y cuestionadas. Es esencial que los y las proveedoras de servicios de salud comprendan la necesidad de mantener la imparcialidad. No se debe juzgar la veracidad o no de los alegatos de violencia sexual, ni la inocencia o culpabilidad de perpetrador, esta decisión le toca al sistema jurídico.

Dentro de los mitos tenemos:

MITOS	REALIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Que el sexo es la principal motivación para la violación. • Solamente cierto tipo de mujeres sufre violación. • Las mujeres reportan falsamente este hecho: Las mujeres mienten. • La violación es realizada por un extraño. O los violadores son desconocidos de sus víctimas. • La violación es un acto sexual • Las mujeres provocan la violación. • No hay violación a una mujer por el marido o compañero 	<ul style="list-style-type: none"> • La principal motivación es el ejercicio del poder. • Todas las mujeres de cualquier edad pueden ser víctimas de abuso sexual. • Es difícil mentir acerca de un hecho que causa tanta humillación. • En un 90% son personas cercanas a su víctima. • Un acto sexual forzado e impuesto. • Esto exime de culpa a los agresores. • El vínculo legal o emocional no da derecho a forzar, ni violar a una mujer.

Factores que predisponen al abuso sexual

- Existencia de un modelo de socialización masculino
- Experiencia de abuso sexual en la infancia
- Exposición a la pornografía

Factores que reducen las inhibiciones sociales para llevar a cabo el abuso sexual.

- Pornografía
- Dominación masculina como poder estructurado
- Disparidad de poder entre personas adultas y menores de edad

Factores que reducen las inhibiciones internas para llevar a cabo el abuso sexual:

- Minimizar el daño desde la perspectiva masculina
- Sexualidad de las mujeres vista como un bien más y de los niños/as como propiedad.
- Apoyo cultural de la sexualidad masculina
- Consumo de alcohol.
- Pornografía.
- Sexualización de las niñas en los medios de comunicación.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la violencia intrafamiliar y sexual enfrenta dificultades derivadas de la propia esencia del problema. Muchas de sus víctimas no buscan ayuda y en algunos casos no se reconocen como tal, debido a la influencia de patrones culturales que aceptan la violencia como un medio lícito de solución de conflictos en el seno de la familia, ámbito estrictamente privado, cuyos asuntos no deben trascender al conocimiento público. Otras no lo hacen por depender económicamente del agresor, tener miedo a su reacción si intenta enfrentar la conducta violenta, no tener donde vivir, o por otras muchas razones similares.

El equipo de salud debe indagar, explorar y visualizar los indicadores de riesgo, los signos y síntomas de la violencia intrafamiliar y sexual para poder actuar de manera oportuna y contribuir a disminuir su impacto. Generalmente los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual son presionados por su agresor para mantener la situación en secreto, lo que los hace experimentar sentimientos de vergüenza, rabia e impotencia, que compensan muchas veces con conductas conflictivas y agresivas, llegando hasta mentir para exonerar a la persona responsable del abuso.

Por estas razones, el diagnóstico de la violencia intrafamiliar y sexual requiere la identificación oportuna y sistemática de signos indicativos de violencia en las personas que solicitan atención en los servicios de salud por otros problemas de salud y en actividades comunitarias a los grupos referidos como de mayor vulnerabilidad: mujeres, niñas, niños, adolescentes (sobre todo en el noviazgo) y personas con discapacidad. Signos que pueden ser evidentes cuando se trata de violencia física, o que pueden estar disimulados y minimizados en los casos de violencia psicológica y sexual o estar ocultos por la negación de la persona que vivió o está viviendo la experiencia traumática.

Algunas formas de violencia sexual, como la violación por personas ajenas a la familia, suelen ser denunciadas inmediatamente, por lo que su diagnóstico no presenta las dificultades antes señaladas.

Siempre debe incorporarse alguna dimensión de la temática de la Violencia Sexual como problema de salud en todas las consultas, controles de salud y la totalidad de las actividades de promoción y prevención que se realicen.

INDICADORES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR IDENTIFICADOS POR EL PERSONAL DE SALUD EN LOS SERVICIOS	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Uso reiterado de los servicios de emergencias por la víctima y casi siempre acompañada. ✚ Hospitalizaciones frecuentes. ✚ Incongruencia y confusiones entre las lesiones y la causa referida durante el interrogatorio. ✚ Ausencias o abandono de consultas habituales o incumplimiento de tratamientos. ✚ Acude a las citas siempre con el acompañante. 	
ACTITUD DE LA VÍCTIMA	ACTITUD ACOMPAÑANTE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temerosa, evasiva, intranquila, nerviosa, aprensiva, falta de cuidado personal o vestimenta exagerada, tratando de ocultar lesiones. ▪ Manifestaciones de vergüenza: retraimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar presente en la consulta. ▪ Dominante, o supuestamente preocupado. ▪ Muy controlador, siempre contesta en lugar de la persona consultada.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación difícil, evita mirar directamente. ▪ Justifica sus lesiones o quita importancia ▪ Cautelosa en sus respuesta si está su pareja o acompañante y busca su aprobación. ▪ Manifestarse conflictos en la relación de pareja, dificultades laborales, pérdida del empleo. ▪ Abuso de analgésicos, y/o psicofármacos, ▪ Consumo frecuentes de alcohol u otras drogas. ▪ Ideas de Intento de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparentemente despreocupado, despectivo, intentando quitar importancia a los hechos. ▪ Algunas veces hostil o agresivo con el profesional. ▪ Consumo frecuentes de alcohol u otras drogas.
---	--

Identificación del grado de riesgo: la valoración que a través de un interrogatorio, permite identificar la presencia del maltrato, la probabilidad de incremento de la frecuencia y la gravedad del mismo debido a violencia intrafamiliar, entre las o los usuarios en situación de riesgo o entre la población en general que pueden ser detectados en las visitas que se realizan a las familias o en la comunidad.

INDICADORES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		
INDICADORES DE MALTRATO FÍSICO	INDICADORES DE MALTRATO PSICOLÓGICO	INDICADORES DE ABANDONO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Heridas, laceraciones ✓ Lesiones en diferentes estadios de evolución. ✓ Hematomas, moretones en zonas sospechosas: cabeza, cara, parte interna de antebrazos o muslos. ✓ Quemaduras, dermatitis, otras. ✓ Luxaciones, Fracturas óseas que no se justifica con la causa ✓ Traumatismo craneo encefálicos. ✓ Lesiones en genitales, abdomen y mamas. ✓ Rotura del tímpano. ✓ Molestias pélvicas , ✓ Dificultades respiratorias. Trastornos gastrointestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reacciones de temor o miedo ✓ Confusión, inseguridad, baja autoestima. ✓ Insomnio, depresión, ansiedad. ✓ Estado de vulnerabilidad o indiferencia. ✓ Agotamiento psíquico, ✓ Labilidad emocional (Irritabilidad, accesos de llanto) ✓ Ideas o intento suicida ✓ Trastorno de estrés postraumático. ✓ Cefalea, dolores crónicos, palpitaciones. ✓ Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia. ✓ Trastornos gastrointestinales. ✓ Dependencia a psicotrópicos, adicciones. ✓ Enuresis ✓ Encopresis 	<p>Los signos y síntomas, físicos o psicológicos, por incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La alimentación que pueden llegar a la desnutrición, constante fatiga, sueño o hambre. ✓ Abandono en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, ✓ En la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendida

Violencia Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes

Los niños/as y adolescentes **abusados sexualmente** pueden ser vistos por los pediatras en diferentes circunstancias como:

1. Porque él o ella han hecho una declaración de abuso o existen testigos del abuso.

2. El/a niño/a es traído al pediatra por servicio social o representantes legales para una evaluación médica de un posible abuso sexual no agudo en el proceso de una investigación.
3. El/a niño/a es traído a la emergencia después de un episodio sospechoso de abuso sexual agudo para una evaluación médica, colección de la evidencia, y manejo de la urgencia.
4. El/a niño/a es traído al pediatra o al servicio de emergencias porque un cuidador u otras personas relacionadas con el niño/a sospechan abuso debido a cambios en la conducta o síntomas físicos.
5. El/a niño/a es traído al pediatra para un examen físico rutinario, y durante el curso del examen se descubren signos físicos o psicológicos de abuso sexual.

Síndrome de acomodo en el abuso sexual infantil: Una vez que el agresor abusa sexualmente al/la niño/a o al/la adolescente, se establecen una serie de categorías, estas parten de garantizarse el secreto de la víctima lo que le genera impotencia y se siente atrapada , y en el mejor de los casos hace una divulgación retrasada, conflictiva y no convincente, ya que se hace desde la rabia o el enojo, desde la presión que ejerce el agresor, esto provoca que no tenga credibilidad, se retracte y mienta para exonerar a su abusador.

Características del abuso sexual infantil:

1. Sexualización traumática: La niña, el niño o la adolescente es premiada por el agresor para mantener una conducta sexual inapropiada, es utilizada sexualmente, el agresor transmite conceptos erróneos de la conducta y moralidad sexual.
2. Estigmatización: Se culpa y denigra a la víctima, hay presiones para que no se revele el secreto, la víctima se siente avergonzada, puede recurrir al suicidio o automutilarse.
3. Traición: A una niña se le traicionan sus expectativas pues ya no hará lo que quería hacer.
4. Impotencia: El agresor manipula a la víctima o utiliza la fuerza; la niña vive con miedo y no logra hacer que otras personas la escuchen.

Dinámicas de cómo se produce el incesto y abuso sexual en la niñez y la adolescencia

- Fase de la atracción: Hay acceso hacia la víctima y oportunidad de estar cerca; existe relación entre la víctima y el agresor; la incitación conductiva deseada por el agresor para envolver a la víctima.
- Fase de la interacción sexual: Hay frases manipuladoras como: “Lo hago porque te amo”, “Eres alguien especial”, “Lo hacen todos los padres”, “Es un juego”. No siempre empieza con la violación, va poco a poco acercándose y ganándose la confianza y empieza a tocar de forma casual hasta tocar sus partes sexuales o el agresor pide ser tocado.
- Fase del secreto: Hay manipulaciones, amenazas y violencia; usando todo en nombre del amor a las familias. Utilizando el sentimiento de culpa para lograr su propósito.
- Fase de revelación: Respuestas hostiles, cínicas y crueles ofendiendo o desacreditando a la víctima.
- Fase de Retracción: Divulgación retrasada, conflictiva, no convincente y debido a las actitudes de la familia para evitar la vergüenza pública, hay presiones para que ésta no exprese lo que le ha pasado y exonerar al agresor.

DE SALUD EN LOS SERVICIOS

- **Uso reiterado de los servicios de emergencias por la víctima y casi siempre acompañada.**
- **Hospitalizaciones frecuentes. Incongruencia y confusiones entre las lesiones y la causa referida durante el interrogatorio**
- **Ausencias o abandono de consultas habituales o incumplimiento de tratamientos.**
- **Acude a las citas siempre con el acompañante**

ACTITUD DE LA VÍCTIMA	ACTITUD ACOMPAÑANTE
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad al sentarse. Manchas de sangre en la ropa interior. - Temerosa, evasiva, intranquila, nerviosa, aprensiva - Vergüenza, retraimiento, aislamiento - Comunicación difícil, evita mirar directamente. - Justifica sus lesiones o quita importancia - Cautelosa en sus respuesta si está su pareja o acompañante y busca su aprobación. - Manifiestan conflictos en la relación de pareja, dificultades laborales, pérdida del empleo. - Abuso de analgésicos, y/o psicofármacos, - Consumo frecuentes de alcohol u otras drogas. - Ideas de Intento de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar presente en la consulta. - Dominante, o supuestamente preocupado. - Muy controlador, siempre contesta en lugar de la persona consultada. - Aparentemente despreocupado Intenta quitar importancia a los hechos. - Algunas veces hostil o agresivo con el profesional. - Consumo frecuentes de alcohol u otras drogas. - Lectura frecuente de materiales pornografía

Factores de riesgo e indicadores de violencia sexual que deben de ser explorados por el personal de salud

INDICADORES DE VIOLENCIA SEXUAL		
INDICADORES FÍSICOS	INDICADORES PISCOLÓGICOS	INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad al sentarse. - Dolor, sangrado y prurito vaginal y/o rectal. - Dolor al orinar y otros síntomas genitourinarios o ano rectales. - Incapacidad de controlar los esfínteres (enuresis o encopresis). - Lesiones en genitales. - Flujo o secreción vaginal o del pene. - Inflamación anal o vaginal. - Infecciones urinarias repetitivas. - Infecciones de transmisión sexual. - Embarazo. - Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. - Abortos en curso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones de temor o miedo - Confusión, inseguridad, baja autoestima. - Insomnio, depresión, ansiedad. - Cefalea, dolores crónicos, palpitaciones. - Estado de vulnerabilidad o indiferencia y aislamiento. - Agotamiento psíquico, - Labilidad emocional - Irritabilidad, accesos de llanto, - Ideas o intento suicida - Trastorno de estrés posttraumático. - Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia. - Trastornos gastrointestinales. - Molestias pélvicas, dermatitis. - Dependencia a psicotrópicos, adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento, temor, desconfianza o rechazo a otras personas. - Disminución de la autoestima. - Cambios repentinos en la conducta, - Rechazo de actividades cotidianas. - Irritabilidad, intranquilidad y agresividad. - Temores nocturnos, insomnio y pesadillas. - Inapetencia. - Llanto fácil, episodios de depresión severa. - Fugas constantes del hogar o la escuela. - Disminución del rendimiento escolar.

PROCEDIMIENTOS

1. Procedimiento para la Detección de Personas Afectadas por VIFS

La detección de casos sospechosos de VIFS debe hacerse en todos los servicios de salud, en especial aquellos en que la experiencia indica deben ser considerados sitios centinelas, como: Emergencias, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Ginecología, consultas de Salud Materna, Salud Mental, Atención al Adulto Mayor, Salud Adolescente y Planificación Familiar, entre otros.

Para que la detección sea eficaz, el personal de salud debe sistematizar la búsqueda de los factores de riesgo de VIFS presentes en la persona atendida y su familia, así como los signos indicativos de VIFS, cuya identificación determina el momento y la necesidad de proceder a la aplicación del Cuestionario de Tamizaje de la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

A. Detección en los Servicios de Salud.

a. Entrevista a personas sospechosas de vivir VIFS

La entrevista a las personas sospechosas o supuestamente confirmadas de ser víctimas de violencia tiene una importancia decisiva para el buen resultado del proceso de prevención, detección y atención de la VIFS.

Por otra parte, los elementos a considerar para la realización de una buena entrevista no difieren en su esencia cuando se pretende identificar la exposición a la violencia en personas que no han declarado esa situación o cuando se interroga a una víctima que solicita atención por los efectos de la violencia, con independencia de la edad u otros factores.

Por estas razones, los principales requisitos y criterios básicos para la realización de la entrevista se abordan como un tópico independiente, para evitar su repetición en cada procedimiento:

- La entrevista debe hacerse en un espacio destinado para este efecto, con buenas condiciones de privacidad, iluminación y ventilación. Si la institución de salud no dispone de un espacio específico para este fin, la entrevista deberá realizarse en el sitio que reúna las mejores condiciones.

Como consecuencia de la situación que experimentan, las víctimas de violencia, cualquiera que sea su edad, presentan formas de comportamiento peculiares que deben tenerse en cuenta al tratar de establecer una relación efectiva para los fines de su atención integral.

- Es necesario crear un ambiente empático, de comunicación asertiva y confidencialidad, que haga sentir segura y confiada a la persona entrevistada.
- Antes de comenzar la entrevista, resulta procedente investigar si la persona que sufre violencia ya fue entrevistada antes. Si la respuesta es positiva, precisar cuándo, en qué institución o centro de servicios, y quién condujo la entrevista, para tener una

apreciación de los aspectos que deben haberse abordado y evitar reiteraciones que conduzcan a la revictimización.

- Es muy importante tener en cuenta que el interrogatorio deberá limitarse a los aspectos que resulten pertinentes y relevantes a los fines del diagnóstico y la atención médica o psicológica.
- Cuando la entrevista tenga como objetivo la detección de casos de VIFS, no es correcto tratar de identificarlos utilizando preguntas directas como:
 - ¿Es usted víctima de violencia doméstica? o
 - ¿Ha sido usted agredida por su pareja?

En tales situaciones es más recomendable utilizar el Cuestionario de Tamizaje de VIFS, que facilita la identificación de los signos indicativos de violencia.

Por ninguna razón debe ponerse en duda la credibilidad en los hechos narrados o descritos por la víctima de violencia, aun cuando estos puedan parecer sin sentido o no tengan secuencia lógica.

PROCEDIMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	
NO SE DEBE	SI SE DEBE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogarle innecesariamente sobre la situación vivida. ✓ Utilizar la expresión ¿Por qué?, ya que es revictimizante. ✓ Juzgar o culpabilizar ✓ Minimizar la situación. ✓ Expresar dudas o insinuar que miente. ✓ Ofrecer recompensas para obtener información. ✓ Amenazar con negarle ayuda si no las responde. ✓ Dejarla sola o con personas desconocidas. ✓ Sugerir las respuestas o presionar para que la víctima de respuestas que no quiere dar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar apoyo, contención. ✓ Mostrar credibilidad a su relato de los hechos. ✓ Permitir expresar sus sentimientos con libertad. ✓ Estimular su decisión de buscar ayuda para iniciar el proceso de atención. ✓ Respetar sus decisiones. ✓ Desculpabilizar. ✓ Si está muy alterada, detener la entrevista si fuera necesario, hasta que se calme. ✓ Si resulta oportuno, estimular su decisión de buscar ayuda para iniciar el proceso de atención. ✓ Brindarle la posibilidad de acudir al equipo de salud siempre que necesite apoyo. ✓ Asegurar total confidencialidad sobre su situación. ✓ Explorar sobre la relación familiar, sobre todo en el caso de niñas, niños, adolescentes y adultos mayores. ✓ Indagar el riesgo eminente para la vida y si requiere protección en especial en niñas, niños y adolescentes.

En el caso de que la víctima sea un niño, niña o adolescente, es necesario considerar que su edad y grado de madurez tendrán una influencia marcada en el desarrollo y los resultados de la entrevista, que deberá ajustarse a dichas condiciones, resultando para ello fundamental:

- Brindarle confianza y seguridad, haciéndole saber que se le escucha, cree y apoya para enfrentar la situación que está viviendo.
- Utilizar técnicas de comunicación asertivas y lenguaje apropiado.
- Mostrar que no se le juzga, condena o estigmatiza, asegurándole que la atención que se le brinda persigue su beneficio.
- En estos casos, si se considera necesario, podrá considerarse la posibilidad de entrevistar por separado a la persona que acompaña al niño, niña o adolescente.

b. Desarrollo del Cuestionario de Tamizaje de VIFS

El momento oportuno para aplicar el Cuestionario de Tamizaje de VIFS, es durante la elaboración del expediente clínico, que en todos los casos se realizará siguiendo las orientaciones contenidas en la “N-004: Norma para el Manejo del Expediente Clínico”.

Una vez completado el Cuestionario de Tamizaje de VIFS, se adjuntará al expediente clínico, del que formará parte. Si los resultados del tamizaje indican que la persona es afectada por VIFS, se dará prioridad a la solución de los problemas físicos y/o psicológicos que necesiten atención inmediata.

En los casos de niñas, niños y adolescentes, es frecuente requerir una intervención en crisis en el momento de la detección, debido a que la revelación de su exposición a la violencia significa la reiteración de la agresión sufrida, con su carga de trauma y dolor, pudiendo experimentar también culpa o miedo, por las amenazas y la manipulación del abusador/a, situación que se agudiza cuando esta persona es alguien cercano por el parentesco o los afectos. Ver Anexo No. 2, página 104.

Se notificará de inmediato el caso al Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez (MIFAN) y/o Comisaría de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para que den inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral de las necesidades de la víctima.

Posteriormente se brindará información a la persona afectada, y si se considera oportuno, a sus familiares presentes, sobre la repercusión de la VIFS en su salud y desarrollo personal, explicándole la importancia de recibir atención especializada para modificar los factores de riesgo y enfrentar la situación de violencia que está experimentando, incluyendo la conveniencia de proceder a denunciar la situación de violencia.

c. Si se confirma el caso se notificará a Vigilancia epidemiológica, según el procedimiento establecido por el MINSA.

Se procederá al llenado de la boleta de notificación en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, según el procedimiento establecido por el MINSA.

Los casos de VIFS detectados mediante este procedimiento serán referidos para su valoración por equipos interdisciplinarios, sensibilizados y capacitados para dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso, estableciendo, cuando sea necesario, las coordinaciones con las restantes instituciones de la red local de atención integral a las víctimas de violencia de género.

Previamente se aplicará la Ficha de Registro y Seguimiento de Víctimas de Violencia; (Anexo No 5, página 109). El original se envía en la referencia y la copia se anexa al expediente clínico.

Se procederá a llenar el formato de referencia y a registrar el caso, según lo establecido al efecto en las normativas del SIREC del MAI⁵⁵.

2. Procedimiento para la Atención de Personas Afectadas por VIFS

Las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual pueden llegar a las unidades de salud por las siguientes vías:

- Como resultado de las acciones de detección de VIFS que desarrolla la propia unidad.
- Por demanda espontánea.
- Referidas por el MIFAN, la Comisaría de la Mujer y la Familia, el Ministerio Público.
- Referidas por otra unidad de salud o centro alternativo de atención a la VIFS.
- Referidas por la comunidad.

Los objetivos de la atención de salud a las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual son:

- *Brindar atención médica y psicológica, básica y especializada, que requiera, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia para poner a su disposición todos los recursos del sistema de salud y de las restantes instituciones y centros alternativos que integran la red de atención integral a la violencia de género.*
- *Modificar la exposición a riesgos y limitar los daños a la salud de la persona afectada.*
- *Reducir las posibles complicaciones y discapacidades.*
- *Promover estilos de vida saludables, brindando información que permita a la persona afectada tomar sus propias decisiones para el cambio.*

En todos los servicios de atención de emergencias de las unidades de salud deberá ubicarse en lugar visible un flujograma de atención actualizado, dirigido a las personas que son víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual (VIFS), para evitar su revictimización.

Las personas afectadas por violencia sexual de cualquier tipo, especialmente los niños, niñas y adolescentes y las que acudan por referencia de alguno de los centros que integran la Ruta Crítica de Atención a la Violencia, serán atendidos con la máxima prioridad y no podrán ser demorados o rechazados por ninguna razón o circunstancia.

En primer término, el personal de salud hará una valoración de la gravedad de las lesiones o daños psicológicos presentes, procediendo a atender aquellos que requieran intervención inmediata para restablecer el equilibrio físico o psicológico de la víctima.

Una vez estabilizada la situación clínica de la víctima, se procederá a notificar el caso al MIFAN y/o la Comisaría de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para que den inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral de las necesidades de la víctima. *En*

⁵⁵ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

el caso de tratarse de una niña, niños o adolescentes, deberá informar al MIFAN para establezca los mecanismos de protección según el caso.

Posteriormente se aplicará el Procedimiento completo para la atención a las víctimas de VIF, cuyos elementos fundamentales se detallan a continuación:

1. **Proceder a la elaboración de la historia clínica**, siguiendo las disposiciones de la Norma 004: para el Manejo del Expediente Clínico, considerando en especial:
 - Anotar con precisión la fecha y hora en que se recibe a la persona víctima de violencia intrafamiliar y sexual.
 - Señalar si la víctima acude espontáneamente o si es referida por otro servicio de salud, por alguna otra instancia o centro alternativo de la ruta de atención o por la comunidad.
 - Reflejar si viene sola o si es acompañada por su pareja, un familiar u otra persona. Precisar si quien la acompaña representa a algún centro de la ruta de atención.
 - Registrar las condiciones físicas generales en que se presenta: lesiones visibles, sangrado, aspecto personal, estado de las prendas de vestir.
 - Describir la situación psicológica que presenta (llanto, agitación, miedo, depresión, crisis emocional).
 - Recoger el motivo principal de la atención.
 - Realizar la anamnesis completa, destacando los antecedentes patológicos personales y familiares de interés.
 - Identificar los factores de riesgo personales y familiares de violencia.
 - Realizar un examen físico completo:
 - Previamente se procederá a obtener el consentimiento de la víctima, explicándole la necesidad y la importancia del examen y en qué consistirá éste (Ver Formato de Consentimiento para Valoración Física y Recolección Médico Legal en Anexo No. 6, página 110). **Examinar a una persona sin su consentimiento podría resultar en cargos contra el personal de salud, o invalidar el valor probatorio de los resultados obtenidos.**
 - El personal de salud que atiende las víctimas de violencia sexual debe estar bien informado sobre el tipo de lesiones más comunes en estos casos y su ubicación habitual, para tenerlas en cuenta durante el examen físico.
 - Si se dispone de los formatos de diagramación corporal facilitados por el IML se utilizarán los mismos para señalar la ubicación de las lesiones. En caso contrario, se realizará una descripción minuciosa de las lesiones (número, localización, aspecto, extensión).
 - Todas las anotaciones que se hagan en la historia clínica deben ser resultado de un interrogatorio objetivo y un examen físico cuidadoso. En ningún caso se recogerán valoraciones subjetivas del personal de salud que relacionen los hallazgos con la violencia experimentada, debido a las implicaciones que las mismas pueden tener en el manejo posterior de la información clínica durante los procesos legales.
2. **Deberán recopilarse y conservarse adecuadamente las evidencias forenses** y cualquier otro elemento que pueda tener valor de prueba en caso de proceso judicial, teniendo en cuenta las normativas establecidas por el Instituto de Medicina Legal para estos procedimientos.

Los médicos y psicólogos habilitados como peritos “ad honorem” por la Corte Suprema de Justicia, realizarán los exámenes y evaluaciones solicitadas por las autoridades competentes, aplicando las normativas del Instituto de Medicina Legal y utilizando en todos los casos los formatos oficiales establecidos para esos fines.

Para realizar este proceder y registrar su actuación se apoyarán en los formatos que aparecen en el Anexos No. 6 y 7, páginas 110 y 112.

3. **Realizar los estudios complementarios necesarios**, como radiografías, análisis de laboratorio, para ITS, VIH y Hepatitis B, citologías forenses, pruebas de embarazo, etc. Por su importancia médico legal, los resultados de los estudios realizados deberán anotarse cuidadosamente en la historia clínica, además de ser adjuntados a la misma según el procedimiento normado.

4. **Aplicar medidas de intervención:**

- **Tratamiento médico y/o psicológico:** con hospitalización si las lesiones físicas o el estado emocional lo requieren. Si la víctima necesita la valoración de algún especialista, tramitar la interconsulta según los procedimientos establecidos en la unidad, incluyendo la referencia si fuera necesaria.

En todos los casos de violación, la atención médica integral debe incluir:

- ✓ Anticoncepción de emergencia para las mujeres atendidas en un plazo máximo de cinco días posteriores a la violación.
 - ✓ Profilaxis de las ITS o el VIH, de conformidad con los protocolos vigentes.
 - ✓ Vacunación contra la hepatitis B.
-
- **Evaluación del riesgo y establecimiento de medidas de seguridad:** para ello se requiere evaluar la gravedad de la violencia que está viviendo tanto la persona consultante como los demás miembros de la familia y valorar el grado de peligrosidad del agresor, teniendo en cuenta que todas las situaciones de violencia son riesgosas y potencialmente graves, pudiendo llegar hasta el homicidio y el suicidio.
 - Se deben tener en cuenta los criterios de la persona afectada para valorar el riesgo que corre, pues nadie conoce mejor la peligrosidad de su agresor y cómo puede protegerse mejor.
 - Si la víctima de violencia va a ser remitida para establecer una denuncia o para recibir apoyo y protección, se debe considerar que las personas agredidas corren más peligro, principalmente de homicidio, cuando deciden denunciar o buscar ayuda, por lo que serán acompañadas durante su traslado en todos los casos en que la víctima sea un niño, niña o adolescente y siempre que sea posible en caso de adultos.

5. **Plan de Ayuda:** se analizará con la persona afectada, o con su acompañante en el caso de los menores, las posibilidades de organizar un plan de ayuda y de escape, para ella y los miembros de su familia en peligro con el apoyo de familiares y/o amigos. Se le ofrecerá información sobre las posibilidades institucionales de solicitar medidas de protección especial; así como sobre los recursos alternativos o comunitarios que pueden brindarle apoyo y protección en albergues, etc.

6. Fortalecimiento y orientación: brindando información a la persona afectada para que pueda reconocer sus capacidades personales de enfrentar y modificar la situación de violencia; sobre la importancia de hacer uso de su derecho a vivir una vida libre de violencia, incluyendo la posibilidad de interponer una denuncia y acceder a la justicia, y sobre otras instituciones o centros alternativos donde puede recibir atención médica y psicológica, apoyo jurídico, consejería familiar, albergue y protección. Es importante registrar la respuesta de la víctima a las alternativas de atención integral brindadas por la unidad de salud.

7. Registro y notificación del caso:

- Se aplicará la Ficha de Seguimiento de Víctimas de Violencia (Ver anexos No. 5, página 109), cuyo original se envía en la referencia y la copia se anexa al expediente.
- Se procederá a registrar el caso, según lo establecido al efecto en las normativas del SIREC del MAI⁵⁶.
- Se registrará el caso en el formato de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

8. Referencia, contrarreferencia y seguimiento:

El funcionamiento adecuado de la referencia y contrarreferencia requiere establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, para identificar los servicios disponibles para la atención especializada y oportuna a las personas afectadas por violencia intrafamiliar.

- Aplicar la boleta de referencia y contrarreferencia del MINSA cuando sea necesario la referencia a otra unidad de salud de mayor resolución y deberá registrar su actuación en el libro de registro de referencias y contrarreferencia de la unidad de salud, especificando el lugar donde hacia donde se remite (Ver Anexos No. 3 y 4, páginas 105 y 107).
- Aplicar la ficha de registro y seguimiento de víctimas de violencia, cuando sea necesario la referencia a otro centro de atención contemplado en la ruta de atención, y deberá registrar su actuación en el libro de registro de la unidad, aclarando hacia donde fue la remisión. (Ver en el anexo No. 5, página 109).

Según las características del caso de violencia y la capacidad resolutoria del servicio de salud, la referencia y contrarreferencia podrán ser realizadas hacia:

- **El punto focal VIF** establecido en la unidad de salud para la atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar, desde donde se garantizará el seguimiento en la atención integral de la víctima de violencia.
- Todas las víctimas de violencia sexual, con independencia de su edad y sexo serán remitidos, con acompañamiento, a la Comisaría de la Mujer y la Familia o al Ministerio Público para el inicio del procedimiento de denuncia y la valoración de la aplicación por las

⁵⁶ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. UNFPA, Managua 2015.

autoridades correspondientes de las medidas especiales de protección establecidas por la Ley cuando su seguridad se encuentre en riesgo⁵⁷.

- Las víctimas de VIFS de otras edades que acepten realizar los trámites de denuncia, serán referidas a la CMF o el MP, para iniciar el proceso correspondiente, según las normativas del MAI. La contrarreferencia a la institución o centro de procedencia de la víctima se realizará tan pronto se concluya el proceso de atención solicitado en la referencia.
- En cada caso se procederá a llenar el formato de referencia o de contrarreferencia, según las normativas del SIREC del MAI y las indicaciones propias del Ministerio de Salud.
- **Otra unidad de diferente capacidad resolutive para completar la ruta de atención y será referida mediante la Boleta establecida en el SIREC del MINSA.**

La CMF, el Ministerio Público, el Ministerio de la Familia u otras instituciones y centros alternativos que brindan servicios de atención integral a las víctimas de violencia. Para una adecuada referencia y contrarreferencia es imprescindible establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales y así disponer de los servicios necesarios para la atención especializada y oportuna que requieran las personas afectadas por violencia sexual. En estos casos se relazará la referencia utilizando el modelo establecido (Ver los Anexo No. 3 y 4, páginas 105 y 107), el que se le entregará a la persona VIFS o y/o la personal de salud que acompañe al niño, niña o adolescentes según el caso.

9. Seguimiento:

Se establecerá el plan de seguimiento, planificando las interconsultas u otras citas requeridas, según las necesidades de atención de la persona afectada.

Tanto si la víctima de violencia seguirá siendo atendida en la unidad de salud, como si es referida a otra institución o centro alternativo de servicios, se le brindará seguimiento por parte del equipo de salud que la atendió inicialmente, con la finalidad de conocer la efectividad del tratamiento y asumir la corresponsabilidad por la atención integral.

RESUMEN DEL PROCESO DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE VIF	
DETECCIÓN DE CASOS DE VIFS	
Búsqueda sistemática de signos indicativos de VIF. Aplicación del cuestionario de tamizaje a casos sospechosos de VIFS. Ver Anexo No. 1 pág. 102 Si resultados del tamizaje indican violencia, iniciar proceso de atención integral.	
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIFS	
1. ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE MAYOR GRAVEDAD	
Elaborar la historia clínica, siguiendo normativas del MINSA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogatorio detallado. ✓ Examen físico completo, previo consentimiento informado. ✓ Exámenes complementarios necesarios, según daños y tipo de violencia. Brindar atención inmediata a los problemas de salud que lo requieran. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar intervención en crisis si es necesaria. Ver Anexo No. 2, pág. 104 Referir el caso para valoración por el Equipo Multidisciplinario de VIFS, si se justifica.	

⁵⁷ Ley 287, Código de la Niñez y la Adolescencia. Artículo 76. La Gaceta-Diario Oficial No. 97, 27 de Mayo de 1998.

2. FORTALECIMIENTO Y ORIENTACIÓN
<p>Informar sobre impacto de VIF en salud y desarrollo personal y familiar. Explicar importancia de ayuda especializada para modificar riesgos y enfrentar VIFS. Orientar sobre posibilidad de denuncia y acceso a la justicia.</p>
3. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN
<p>Registrar el caso, según las normativas del MINSA y las orientaciones del MAI. Llenar la Ficha de Seguimiento de Víctimas de Violencia. Elaborar la boleta de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p>
4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
<p>Referir a unidad de salud de mayor capacidad resolutive si es necesario. Referir a CMF o MP para iniciar proceso de denuncia y acceso a la justicia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando las víctimas sean niñas, niños o adolescentes. ✓ Cuando las víctimas de otras edades acepten la opción de denunciar. <p>Contrarreferir a la unidad de procedencia los casos recibidos mediante referencia. (Completar los formatos de referencia o contrarreferencia, según corresponda).</p>
5. SEGUIMIENTO
<p>Definir seguimiento, coordinando con centros participantes en Ruta de Atención. Planificar las citas o interconsultas que sean necesarias.</p>

RESUMEN DEL PROCESO DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE VS
DETECCIÓN DE CASOS DE VS
<p>Búsqueda sistemática de signos indicativos de VIFS. Aplicación del cuestionario de tamizaje a casos sospechosos de VIFS. Ver Anexo No. 1, pág. 102 Si resultados del tamizaje indican violencia sexual, iniciar proceso de atención.</p>
NOTIFICACIÓN A LA CMF O EL MINISTERIO PÚBLICO
<p>Todos los casos sospechosos o confirmados de violencia sexual serán notificados de inmediato a la Comisaría de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para dar inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral.</p>
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VS
6. ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE MAYOR GRAVEDAD
<p>Elaborar la historia clínica, siguiendo normativas del MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogatorio detallado. ✓ Examen físico completo, previo consentimiento informado. ✓ Exámenes complementarios necesarios, según daños y tipo de violencia. <p>Brindar atención inmediata a los problemas de salud que lo requieran.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar intervención en crisis si es necesaria. Ver Anexo No. 2, pág. 104 ✓ Brindar anticoncepción de emergencia, profilaxis de las ITS y vacunación contra Hepatitis B <p>Referir el caso para valoración por el Equipo Multidisciplinario de VIFS, si se justifica.</p>
7. FORTALECIMIENTO Y ORIENTACIÓN
<p>Informar sobre impacto de VS en salud y desarrollo personal y familiar. Explicar importancia de ayuda especializada para modificar riesgos y enfrentar VS.</p>
8. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN
<p>Registrar el caso, según las normativas del MINSA y las orientaciones del MAI. Llenar la Ficha de Seguimiento de Víctimas de Violencia. Elaborar la boleta de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p>
9. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
<p>Referir a unidad de salud de mayor capacidad resolutive si es necesario. Referir a CMF o MP para iniciar proceso de denuncia y acceso a la justicia, o a otro centro de la ruta de atención si fuera el caso. Contrarreferir a la unidad de procedencia los casos recibidos mediante referencia. (Completar los formatos de referencia o contrarreferencia, según corresponda).</p>
10. SEGUIMIENTO

Definir el seguimiento, coordinando con centros participantes en Ruta de Atención.
Planificar las citas o interconsultas que sean necesarias.

TRATAMIENTO Y/O INTERVENCION

El abordaje integral de la violencia intrafamiliar y sexual requiere del desarrollo de un conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan los servicios de salud, sus prestadores, las organizaciones sociales y la comunidad, dirigidas a promover conductas saludables; modificar los riesgos y evitar los daños a la salud; reducir las complicaciones y limitar las secuelas que se les asocian.

La violencia en especial la sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas y se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se presentan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión⁵⁸. Las personas expuestas o que experimentan VS presentan con frecuencia problemas de salud mental, entre ellos depresión, ansiedad y trastornos por estrés postraumático, que incrementan la probabilidad de incurrir en comportamientos nocivos para su salud, (uso de alcohol u otras drogas, tabaquismo, autoagresión) y pueden conducir al suicidio⁵⁹. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio, bien durante la agresión, o bien ulteriormente en los “asesinatos por honor”⁶⁰.

Tanto las mujeres expuestas a violencia sexual de pareja como las víctimas de violencia sexual en otros contextos, se encuentran en grave riesgo de embarazo no deseado, aborto en condiciones poco seguras, infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida, disfunciones sexuales, infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica e infecciones del tracto urinario.

La violencia de pareja contra la mujer a menudo persiste o puede comenzar durante un embarazo, y tiene para la mujer y el embarazo consecuencias tales como aborto espontáneo y el aumento de la probabilidad de nacimiento prematuro y de peso bajo al nacer¹². También tiene consecuencias para los hijos(as), como mayores tasas de mortalidad de lactantes, problemas del desarrollo y problemas de comportamiento.

El abuso sexual de menores menoscaba los resultados educativos y las perspectivas laborales futuras. Las niñas que en etapas tempranas de la vida experimentan abuso sexual o están expuestas a violencia de pareja en el hogar, corren mayores riesgos de pasar a ser víctimas o a estar expuestas a explotación y tráfico sexual. Por su parte, los niños varones que experimentan o están expuestos a circunstancias semejantes corren

SECUELAS EMOCIONALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL
Disparadores: situaciones que remiten al momento de la agresión como la oscuridad, un ruido, un olor.
Memorias intrusivas: recuerdos repentinos o imágenes que aparecen rápidamente, generando ansiedad.
Emociones negativas: Pesimismo, tristeza, temores, miedos.
Depresión severa, tristeza, llanto espontáneo, mutismo, inapetencia.
Acciones autodestructivas, heridas, quemaduras, riesgo suicida u homicida.
Desorden de estrés post traumático, moderado o grave.

⁵⁸ Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.

⁵⁹ Bott S, Guedes, A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries (Internet). OPS. Washington (DC), 2012.

⁶⁰ Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114: 357–359.

mayores riesgos de convertirse en agresores en etapas posteriores de la vida⁶¹.

El matrimonio infantil forzado se asocia con el embarazo precoz, que conlleva un alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. También impide el acceso de las niñas a la educación y a la adquisición de aptitudes para ganarse la vida y puede conducir al aislamiento social.

Por lo tanto en todos los niveles de atención se realizarán acciones de promoción, prevención con la finalidad de favorecer los factores protectores y prevenir los factores de riesgo, para toda la población, sobre todo dirigido a las personas más vulnerables, mujer, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y discapacitados(as). El personal de salud trabajara la prevención para que la población conozca los signos de alarma o alerta temprana y contribuir a identificar estrategias y recursos que impidan la violencia intrafamiliar.

Dichas acciones se resumen en dos niveles de prevención estrechamente interrelacionados:

- ❖ **Prevención Primaria:** Se basa fundamentalmente en el desarrollo de acciones educativas dirigidas a promover estilos de vida diferentes, fundamentalmente relaciones interpersonales entre los hombres y mujeres, miembros de la familia y de la comunidad, basadas en la equidad de género, el respeto, las responsabilidades compartidas, el desarrollo de la afectividad y la resolución pacífica de conflictos, entre otros aspectos. ***Estas acciones son responsabilidad de los ESFAC, en sus sectores asignados desde el escenario individual al comunitario.***
- ❖ **Prevención Secundaria:** Se desarrollan medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, mediante la identificación y valoración del riesgo; la atención precoz de las personas afectadas en las unidades de salud, previniendo el daño; así como la orientación e información a las víctimas sobre el proceso de toma de decisiones en relación con su situación de violencia y las medidas de apoyo, protección y seguridad que puede recibir.

La prevención secundaria de las VIFS incluye el tratamiento inmediato de los daños físicos y psicológicos que se le asocian, que pueden tener características específicas, magnitud y gravedad muy variadas.

Muchas lesiones físicas pueden ser atendidas en los servicios de emergencias de las unidades de salud, aplicando procedimientos médico-quirúrgicos sencillos, pero con frecuencia requieren internamiento para tratamiento médico complejo, intervenciones quirúrgicas y otras acciones.

Los daños psicológicos resultan generalmente complejos y con frecuencia requieren atención inmediata, especialmente cuando se producen crisis emocionales.

Estas crisis pueden ocurrir debido a varias causas, entre ellas la propia agresión, presentar de una denuncia

⁶¹ Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes R, Chen H, Jo study. J Consult Clin Psychol (Internet), 2003.

Enseñe a la víctima de VS como cuidar adecuadamente sus lesiones.

Explique los signos y síntomas de las ITS, incluyendo VIH, y la necesidad de solicitar atención si se presentaran.

Explique la importancia de realizar completamente el tratamiento indicado.

Describa los efectos secundarios de los medicamentos indicados.

Explique las manifestaciones físicas y emocionales que puede esperar como consecuencia de la violencia.

En caso de adolescentes y mujeres en edad fértil, garantice la anticoncepción de emergencia.

Planifique las visitas de seguimiento que correspondan.

o solicitar una orden de protección, revelación de abuso sexual en la hija o hijo, entre otros.

El procedimiento denominado **Intervención en Crisis** resulta uno de los principales recursos del proceso de atención y apoyo a las víctimas de VIFS. Ver Anexo No. 2, pág. 104.

Sus componentes son:

- **Contacto psicológico**, que implica empatía y permitir la expresión de sentimientos, como vergüenza, impotencia, culpa, rabia, odio, cariño, etc.
- **Reconocimiento de las pérdidas**, producto de la situación que atraviesa, las que se suman a otras pérdidas a lo largo de su historia de vida (autoestima, autonomía, ideales personales y familiares, identidad, salud, bienes materiales).
- **Reflejar los mecanismos de defensa**, los cuales son de naturaleza inconsciente y la persona al encontrarse confusa, puede disociarse, negar o minimizar, por lo cual es importante aclarar el significado de lo que está comunicando verbalmente, corporalmente y gestualmente, así como redescubrir nuevas potencialidades. Es necesario confrontarla con sus mecanismos de defensa para que aclare sus ideas, posiciones y futuras toma de decisiones.
- **Examinar las dimensiones del problema**, esto significa evaluar el riesgo para su seguridad personal y de quienes están a su alrededor, identificar las redes de apoyo, (familia, comunidad, amistades, centros de atención a la VIFS), analizar las posibles alternativas de solución inmediata y futura y favorecer su proceso de toma de decisiones.
- **Respetar sus decisiones**, es importante mostrarle respeto, hacerle saber que cuenta con el apoyo del personal de salud e informarle del riesgo que implica su decisión. En el caso de la mujer que decide volver con su pareja, explicarle la posibilidad de que la misma siga usando la violencia como recurso para resolver sus conflictos, exponiéndola al peligro a ella y a sus hijos e hijas.
- **Valorar y validar el logro alcanzado**, al atreverse a hablar e iniciar algunos pasos para su atención y romper el ciclo de violencia en el cual posiblemente se encuentre atrapada.
- **Ofrecerle una nueva cita**, es importante que tenga la seguridad de que seguirá siendo apoyada y atendida.

Principales acciones en el Primer y Segundo Nivel de Atención:

- Sensibilizar a la comunidad sobre el impacto de la VIF y contra la mujer en la salud personal, familiar y laboral.
- Divulgar la(as) ley(es) que protege contra la violencia intrafamiliar y sexual.
- Divulgar los servicios de apoyo a las personas afectadas por la VIF y contra la mujer, existentes en la comunidad o en las localidades más cercanas.
- Organizar espacios de educación continua con el equipo de salud de las unidades de salud para revisar las actitudes hacia la VIF y contra la mujer.

COMPLICACIONES

La violencia intrafamiliar y sexual puede tener consecuencias duraderas y resulta una importante causa de mortalidad, aunque las consecuencias físicas, sexuales y psicológicas no mortales de la violencia en el mediano y largo plazo representan una elevada carga social y de salud.

- **Defunciones** por femicidio o muertes maternas relacionadas con violencia y maltrato durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- **Lesiones y discapacidad.** La violencia infligida por el compañero produce lesiones, graves, múltiples estudios relacionados con el maltrato reportados por la OMS, notifican que el haber sufrido heridas por una pareja oscila entre un 41,2% en Honduras a un 81,6% en el Paraguay, el porcentaje que notificaron lesiones graves (como huesos o dientes rotos o heridas profundas) oscilaba entre un 6,6% en El Salvador y un 24,8% en la República Dominicana. Tales lesiones pueden dar lugar a lesiones cerebrales traumáticas o discapacidad permanente.
- **Repercusiones en la salud mental.** Las personas expuestas o que experimentan VIF presentan impacto emocional, entre ellos depresión, ansiedad y trastornos por estrés postraumático, que incrementan la probabilidad de incurrir en comportamientos nocivos para su salud, (uso de alcohol u otras drogas, tabaquismo, autoagresión) y pueden conducir al suicidio⁶².
- **El maltrato de niñas, niños y adolescentes,** menoscaba los logros educativos y las perspectivas laborales futuras. Las niñas que en etapas tempranas de la vida experimentan maltrato físico o negligencia o están expuestas a violencia de pareja en el hogar, corren mayores riesgos de pasar a ser víctimas o a estar expuestas a explotación y tráfico sexual. Por su parte, los niños varones que experimentan o están expuestos a circunstancias semejantes corren mayores riesgos de convertirse en agresores en etapas posteriores de la vida⁶³.
- **Repercusión en la salud sexual y reproductiva.** Además, las mujeres, niñas y adolescentes, expuestas a violencia intrafamiliar y sexual, tiene un mayor número de embarazos no deseados¹¹, así como el incremento de la probabilidad de aborto provocado y de padecer infecciones de transmisión sexual, infección por VIH y problemas ginecológicos⁶⁴.
- **La violencia de pareja contra la mujer,** a menudo persiste o puede comenzar durante un

⁶² Bott S, Guedes, A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries (Internet). OPS. Washington (DC), 2012.

⁶³ Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes R, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol (Internet), 2003.

⁶⁴ OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet]. Ginebra; 2013.

embarazo, y tiene para la mujer y el embarazo consecuencias tales como aborto espontáneo y el aumento de la probabilidad de nacimiento prematuro y de peso bajo al nacer¹³. También tiene consecuencias para los hijos, como mayores tasas de mortalidad de lactantes, problemas del desarrollo y problemas de comportamiento.

- **El matrimonio infantil forzado**, señalado como una forma de resolver conflictos económicos familiares en algunas comunidades originarias de la Costa Caribe de Nicaragua, está asociado con el embarazo precoz, que conlleva un alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. También impide el acceso de las niñas a la educación y a la adquisición de aptitudes para ganarse la vida y puede conducir al aislamiento social.
- **Consecuencias intergeneracionales**, que contribuyen a perpetuar el ciclo de la violencia. La violencia contra las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, interactúan al menos de tres maneras importantes. Primero se sabe que en los hogares donde las mujeres sufren violencia, los niños, niñas y adolescentes tienen mayores probabilidades de sufrir castigos físicos; segundo ellos(as) reproducen estas prácticas violentas en sus relaciones sociales y por último la reproducen en la adultez en el seno de sus familias.
- **Costos económicos**, directamente a las víctimas, a la economía familiar y su atención como problema social, conlleva costos directos asociados con la prestación de servicios de salud y servicios sociales a las sobrevivientes, con el enjuiciamiento de los agresores y costos indirectos como la pérdida de productividad de trabajadoras.

ROLES Y CAPACIDAD RESOLUTIVA SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Nivel de atención	Personal	Actividades a desarrollar	Requerimientos
Comunidad	Líderes comunitarios, GFCV; brigadistas,	Identificación de casos VIFS Informar al nivel correspondiente.	Capacitación a líderes comunitarios. Materiales de promoción. Boletas de referencia.
Puesto de Salud Familiar y Comunitario	Personal de enfermería Médicos SS Médicos Generales	Brindar consejería Utilización formato de tamizaje para identificar casos de VIFS Atención de casos VIFS identificados o por demandas espontáneas Garantizar estabilización clínica de la víctima sobreviviente. Resguardo de evidencias forenses Notificación a Vigilancia Epidemiológica Referencia a unidad de mayor nivel de resolución Seguimiento en coordinación multisectorial	Personal de salud capacitado en normas y protocolos de atención VIFS Insumos para atención a víctimas de VIFS: Formatos de referencia y contrarreferencia Boletas de notificación a vigilancia epidemiológica Medios de comunicación y transporte
Centro de Salud Familiar y Comunitario	Personal médico y de enfermería. Técnicos laboratorio, estadística, etc.	Además de las establecidas para PSFC: • Notificación a punto focal VIF/S • Notificación a vigilancia epidemiológica y a autoridades locales competentes (Comisaría, Policía, Fiscalía, etc.) • Referencia y/o acompañamiento a unidad de salud de mayor resolución u otra institución/organismo para su atención.	Además de las establecidas para PSFC: • Notificación a punto focal VIF/S • Notificación a vigilancia epidemiológica y a autoridades competentes. • Referencia y/o acompañamiento a unidad de salud de mayor resolución u otra institución/organismo. • Valoración y seguimiento por personal de salud mental.
Hospitales primarios, departamentales y regionales.	Personal médico, enfermería, salud mental, técnicos de laboratorio y exámenes especiales (U/Sonido, Rayos X, etc).	Además de todas las establecidas en CSFC: • Ingreso u Hospitalización cuando caso lo necesite	Además de las establecidas a CSFC: • Camas disponibles para internamiento • Valoración x equipo multidisciplinario • Disponibilidad de quirófanos para intervenciones quirúrgicas si son necesarias • Rehabilitación: Entre otros, referencia a Grupos de Autoayuda. • Valoración y seguimiento por personal de salud mental.

6. Preparación y Auto Cuidado del Personal de Salud en la Atención de las Víctimas de VIFS

Algunos aspectos que deben tenerse en cuenta para la preparación y auto cuidado del personal de salud son:

- ✚ Los trabajadores que atienden VIF deben mantener un proceso de revisión personal, que les permita reflexionar sobre su propia situación de vida y las situaciones de violencia intrafamiliar que viven o han vivido.
- ✚ El (la) trabajador(a) de salud que ha vivido o vive violencia intrafamiliar debe tener conciencia de sus límites personales y estar preparado para buscar ayuda, garantizando la atención de los casos de violencia que no le es posible enfrentar, asumiendo la referencia como una obligación para la conservación de su estabilidad emocional.
- ✚ Es importante establecer mecanismos y dinámicas de comunicación y ayuda mutua entre el personal de salud encargado de la atención directa a casos de violencia intrafamiliar, que faciliten la cohesión grupal y el crecimiento y empoderamiento personal.
- ✚ Es necesario desarrollar procesos sistemáticos de capacitación y sensibilización para el personal de salud que atiende la VIFS.

7. Resultado esperado una vez que se ha atendido a un niño/a o adolescente que ha sido víctima o sobreviviente de VIFS:

Una niña, niño, adolescente o adulta con las siguientes características:

- Más segura de sí misma.
- Con conciencia de su condición de sobreviviente de violencia.
- Comprometida/o a mantenerse acudiendo a los servicios de salud hasta alcanzar un mayor empoderamiento personal que le permitan buscar ayuda cuando lo considere necesario, mayor independencia, autonomía y la conciencia necesaria para darse cuenta que merece vivir sin violencia.
- Actuación que indique que se encuentra recuperada física y psicológicamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres. Asamblea General de las Naciones Unidas; Cuadragésimo octavo período de sesiones; resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993; documento A/RES/48/104. Naciones Unidas, Nueva York.
2. Análisis del Protocolo Facultativo sobre la Venta de Niños, La Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía. [Http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/cd_concl_obs_2010/crc/55th%20session/crc-c-nic-co-3-4s.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/cd_concl_obs_2010/crc/55th%20session/crc-c-nic-co-3-4s.pdf). Presupuesto General de la República, 2013.
3. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J., para la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Organización Panamericana de la Salud y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.; 2012.
4. Calle Dávila, Ma. del Carmen. Prevención de la Violencia en Adolescentes y Jóvenes: Intervenciones que Funcionan. 12o Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011 [Www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero- Marzo 2011 [Psiquiatria.com](http://www.interpsiquis.com).
5. Corte Suprema de Justicia, Protocolo de Actuación en Delitos de Maltrato Familiar y Agresiones Sexuales. Guía para personal Policial, Fiscal, Médico-Forense y Judicial, Managua, Nicaragua, Noviembre 2003.
6. Decreto Ley 42: Reglamento a la Ley 779, Ley Integral Contra La Violencia Hacia las Mujeres de Reformas a la Ley No. 641 "Código Penal". La Gaceta Oficial No 143, del 31 de Julio del 2014.
7. Decreto 43. "Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia y Prevención de la Violencia". La Gaceta-Diario Oficial No. 143, 31 de Julio de 2014.
8. Decreto Ministerial 67-96. Sobre la Violencia Intrafamiliar. NMINSA. Nicaragua.
9. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/2012). Instituto Nacional de Información y Desarrollo. MINSA. Nicaragua. 2012.
10. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la Violencia Contra Las Mujeres. 156. OPS. Sesión del Comité Ejecutivo Washington, D.C., EUA, Del 22 Al 26 de Junio del 2015.
11. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General De Servicios. MINSA 2007.
12. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia Contra la Mujer. OMS/OPS. Octubre 2015.

13. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes R, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* (Internet), 2003.
14. García-Moreno, C., Hegarty, K., Lucas d'Oliveira, AF, Koziol-MacLain, J., Colombini, M., Feder, G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. Nov 2014 Nov:17-29. 32. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, Switzerland; 2013. (Document WHO/RHR/14.26).
15. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2005.
16. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Child maltreatment 2: recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009; 373(9658):167-80.
17. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/, accessed 18 February 2015). En español: Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/, consultado el 20 de Noviembre del 2015).
18. Guía para la Protección y Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia Afectadas Por Situaciones Vinculadas al VIH y Sida. MIFAN. Nicaragua, 2012.
19. Guía de Atención a Víctimas de Explotación Sexual Comercial y Trata de Personas. MIFAN Nicaragua. 2009.
20. Guía de Atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Organización Internacional para las Migraciones. Septiembre 2007.
21. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf?ua=1, consultado el 18 de febrero del 2015).
22. Informe del Estado de Nicaragua: "Situación De Derechos Humanos de Mujeres y Niñas en Nicaragua": Audiencia d20 De Octubre 2015, Washington D.C., 156º Período Ordinario de Sesiones de la CIDH.
23. Informe del Policía Nacional. a la Dirección de Planificación del MIFAN. Octubre 2015.
24. Informe del Estado de Nicaragua: "Situación de Derechos Humanos de Mujeres y Niñas en Nicaragua": Audiencia de Octubre 2015, Washington D.C., 156º Período Ordinario de Sesiones de la CIDH.

25. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002; Heise, L. What works to prevent partner violence: An evidence overview. 2011.
26. IPAS Centroamérica. Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual en Nicaragua. Nicaragua. 2013. www.ipas.org.
27. Han, A., and Stewart, DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. Jan 2014;124(1):6-11.
28. Lara, Horna, A. Los costos empresariales de la violencia contra las mujeres en el Perú: Una estimación del impacto de la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja en la productividad laboral de las empresas peruanas. Cooperación Alemana. Lima, Perú, 2013.
29. Leonora Walker, Harper and Row Publisehers, Inc. (Las Mujeres Agredidas). Nueva York, 1979, pág. 55.
30. Ley 641, Código Penal, Artículo 155. La Gaceta-Diario Oficial Nos. 83-87, Mayo de 2008.
31. Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas al Código Penal. Capítulo II, Artículo 8. La Gaceta-Diario Oficial No. 19, 30 de Enero de 2014.
32. Ley 287, Código de la Niñez y la Adolescencia. Artículo 76. La Gaceta-Diario Oficial No. 97, 27 de Mayo de 1998.
33. Ley 779, Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas al Código Penal. Capítulo II, Artículo 8. La Gaceta-Diario Oficial No. 19, 30 de Enero de 2014.
34. Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay. 2012.
35. Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. UNFPA 2012.
36. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) MINSA. Managua. Nicaragua. Julio 2008.
37. Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014: Informe del Secretario General. Naciones Unidas; 2014
http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_spanish.pdf, consultado el 18 de febrero del 2015).
38. Manual del SIREC del MAI. Consultoría. UNFPA. Nicaragua 2015.
39. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Cuadragésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 21 de septiembre de 1993 al 19 de septiembre de 1994; Viena (Austria): Naciones Unidas; 1993 (resolución A/RES/48/104). Norma Técnica para la Valoración Médico Legal Integral de la

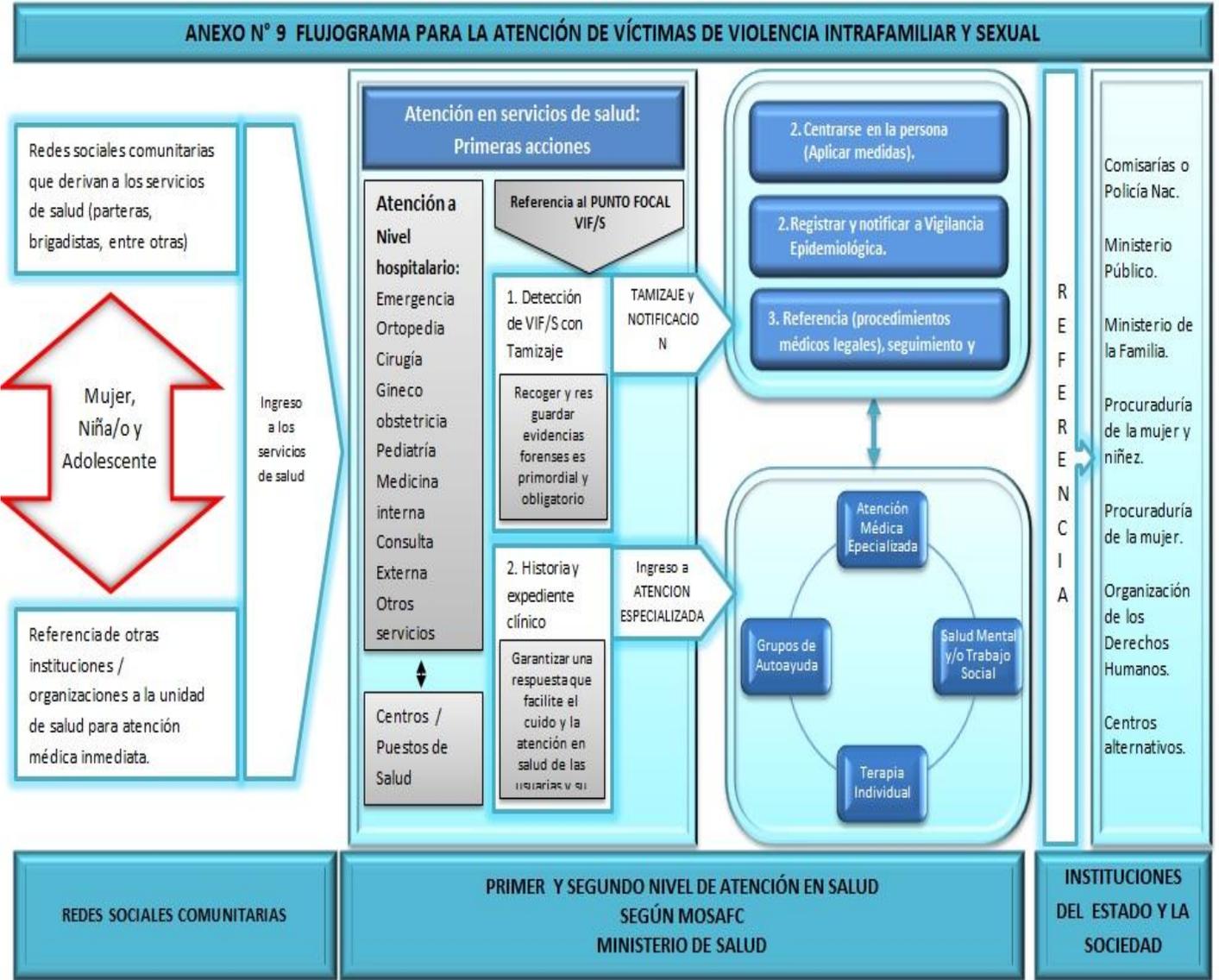
Violencia Intrafamiliar. IML.- 0003. Corte Suprema de Justicia y el Instituto de Medicina Legal. Nicaragua 25 de Marzo del 2010.

40. Normativa 002. MINSA. “Normas y Protocolos de Planificación Familiar. Dirección General de Servicios de Salud. MINSA. Nicaragua. Mayo 2008.
41. Normativa 011. MINSA. “Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido(a) y Puerperio de Bajo Riesgo”. Dirección General de Servicios de Salud. MINSA. Nicaragua. Agosto 2008.
42. Normativa 070 MINSA. Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales Guías y Protocolos del Sector Salud. Dirección General De Servicios De Salud. MINSA. Nicaragua. Managua, Junio del 2011.
43. Normativa 031. Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Año 2009.
44. OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet]. Ginebra; 2013.
45. OMS. Estudio de múltiples países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer: Resumen de los resultados iniciales sobre la prevalencia, los resultados intermedios de salud y las respuestas de las mujeres [Internet]. Ginebra, 2005.
46. Organización Mundial de la Salud; Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2010OMS. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
47. OPS. Violencia contra las mujeres y violencia contra los niños y las niñas: Áreas clave de la OPS/OMS para la acción [Internet]. Washington (DC), 2014.
48. OPS. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la Violencia contra la Mujer. Washington, D.C. Octubre de 2015PATH. El femicidio en Nicaragua. Abordaje y propuesta de indicadores para la acción / PATH. 1a ed. Managua: InterCambios, 2010.
49. Plan Nacional para la prevención de la violencia Intrafamiliar y Sexual. 2001-2006. INIM. Nicaragua 2001.
50. Plan Nacional para la prevención de la violencia Intrafamiliar y Sexual. 2001-2006. INIM. Nicaragua.
51. Prevención de la Violencia Sexual y Violencia Infligida por la Pareja Contra las Mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010. 6. World Health Organization. Violence Prevention Alliance Final Meeting Report. 14-15 October 2014;

Washington, D.C., United States of America. Discussion of World Health Assembly Resolution WHA 67.15.

52. Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MAI. UNFPA. Managua, Junio de 2015. Statistics Canada. Violent victimization of Aboriginal Women in the Canadian provinces, 2009. Ottawa, Canada, released May 2011. 21. Canadian Centre for Justice Statistics. Measuring violence against women: Statistical trends. Ottawa, Canada, 2013.
53. Violence prevention: the evidence. World Health Organization, 2012 ISBN 978-92-41-50084-5://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html.
54. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner and non-partner sexual violence. WHO; 2013.
55. World Health Organization. Violence Prevention Alliance Final Meeting Report. 14-15 October 2014; Washington, D.C., United States of America. Discussion of World Health Assembly Resolution WHA 67.15.
56. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, Switzerland; 2013. (Document WHO/RHR/14.26).

ALGORITMOS



ANEXOS

ANEXO N° 1**
MINISTERIO DE SALUD
CUESTIONARIO DE TAMIZAJE
(APLICABLE SI HAY SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL)

SILAIS: _____ **Municipio:** _____
Unidad de Salud: _____ **Servicio:** _____
Fecha de Atención: _____ **N° de Expediente:** _____
Nombres y apellidos: _____
Edad: _____ **Sexo:** Mujer: _____ Hombre: _____
Escolaridad: Sin Escolaridad _____ Alfabetizada _____ Primaria _____
Secundaria _____ Técnica _____ Universitaria _____
Ocupación: Ama de casa _____ Obrera _____ Profesional _____
Comerciante _____ Estudiante _____ Otra _____
Estado civil: Acompañada _____ Divorciada _____ Casada (o) _____
Viudo (a) _____ Soltera (o) _____
Dirección: _____
Motivo de Consulta o Dolencia: _____

HACER ESTA INTRODUCCIÓN CON LA PERSONA: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, las jóvenes y las niñas de nuestra comunidad, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las personas que vienen a nuestro Centro / Hospital (se dice el nombre según el nivel de atención).

1. ¿Alguna vez en su vida ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que haya causado daños?

Si _____ No _____ (pasar a pregunta 3)

Si la respuesta es **Si** ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con que frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____

Solo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo?

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

2. (SOLAMENTE PARA EMBARAZADAS) ¿Desde que salió embarazada ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que haya causado daños?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con que frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____

Solo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo?

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

3. ¿Alguna vez en su vida se ha sentido amenazada, humillada, insultada, aislada, rechazada u otros sentimientos de abuso que le hayan causado daños emocionales o psicológicos?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con que frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____

Solo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo?

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

4. ¿Alguna vez en su vida han obligado o se ha sentido forzada a tener contactos o relaciones sexuales con alguien?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con que frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____

Solo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo?

(Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

5. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa? _____

6. ¿Le tiene miedo a su pareja / novio: (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?

****Este formato corresponde a los anexos N° 1 y N° 2 de primera edición**

ANEXO N° 2

MINISTERIO DE SALUD

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Es el apoyo que se le debe brindar a una persona que ha sido víctima de VIFS cuya meta principal es brindar la seguridad y disminuir el riesgo de sentimientos de daños o culpabilidad de las personas afectadas teniendo como referencia los aspectos éticos frente al estado de confusión que puedan presentar.

En los casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual las crisis pueden ocurrir debido a varias causas entre ellas un incidente de agresión, al presentar una denuncia, al solicitar una orden de protección, ante la revelación de abuso sexual en la hija o hijo por parte de la pareja, entre otros.

La intervención en crisis debe potenciar una oportunidad de cambio en la situación de violencia y se convierte en uno de los principales recursos del proceso de ayuda. Sus metas principales es brindar seguridad es brindar seguridad y disminuir el riesgo para la mujer y sus hijos e hijas. Además aquí se deben de tener en cuenta los aspectos éticos ya que tenemos que tener en cuenta que durante la crisis hay un estado de confusión. Esta intervención es importante brindarla tanto a la persona agredida como a la persona que está más cerca de ella por ejemplo la madre.

Sus componentes son:

a. Contacto psicológico

También se le conoce como primer contacto, esto implica empatía, conectarse al dolor de la persona agredida y permitirle a esta expresar sus sentimientos, como vergüenza, impotencia, culpa, rabia, odio, amor... y los deseos ambivalentes como querer irse pero no perder a su pareja, huir del hogar pero necesitar apoyo y cariño de la familia.

Reconocer sus pérdidas: ha perdido su autoestima, su autonomía, sus ideales personales y familiares.

Reflejar sus mecanismos de defensa: la persona esta confusa, por ello es importante redescubrir nuevas posibilidades. Es necesario confrontarla con sus mecanismos defensivos como: el odio a su agresor pero él no querer que sea detenido. ¿Cuál es el verdadero sentimiento?

b. Examinar las dimensiones del problema

- Evaluar el riesgo para la seguridad personal de la persona agredida y quienes están a su alrededor.
- Identificar las redes de apoyo (familia, comunidad...)
- Identificar con ella las posibles alternativas de solución inmediata y futura.
- Facilitar la toma de decisiones en la persona agredida.

c. Reforzar las decisiones

- Es importante el respeto y el apoyo, reforzar logros obtenidos, como el hablar, denunciar y haber dado algunos pasos para salir, así como su ingreso a un grupo de autoayuda.²⁷
- Dar información legal, explicarle sus derechos, las leyes, las etapas de las relaciones violentas y el ciclo de la violencia, las dinámicas de abuso, el síndrome de acomodación, en fin toda la información necesaria que ella requiera.
- Ofrecerle una nueva cita, es importante de que no se vaya con la sensación de que es sancionada o juzgada y haber establecido un plan de emergencia y/o elaborar con ella un plan de seguridad previendo nuevas agresiones.

Debe de prepararse para las presiones familiares y/o de la comunidad para que desista de la denuncia o abandono del caso.

²⁷Estos funcionan en los centros alternativos, conviene indagarse en su territorio acerca de estos.

Instructivo para el llenado del Formato para la Referencia de Pacientes

Se deberá de realizar una original que se envía a la unidad receptora y una copia que queda en el expediente de la unidad referente la cual deberá ser firmada por el personal que la recibe en la unidad receptora.

1. **Unidad de Salud:** Anotar el nombre de la Unidad referente.
2. **Servicio:** Anotar el nombre del servicio que realiza la referencia (emergencia, gineco obstetricia, etc.)
3. **Expediente:** Anotar el número de expediente asignado en la unidad de salud. Si el/la paciente no tiene expediente debemos colocar "S/E" (Sin expediente).
4. **Nombre y Apellidos:** Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del o la paciente, asegurarse que sean los correctos.
5. **Edad:** Anotar la edad correspondiente del ó la paciente. Especificar si son años, si el paciente tiene de 1 a 11 meses, si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.
6. **Sexo:** Anotar masculino o femenino según corresponda.
7. **Dirección:** Anote la dirección habitual del o la paciente. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad.
8. **Comunidad:** Anotar el nombre de la comunidad donde reside actualmente el/la paciente.
9. **Municipio:** Anotar el nombre del municipio al que pertenece la comunidad del/la paciente.
10. **Departamento:** Anotar el nombre del Departamento al que pertenece el municipio del/la paciente.
11. **Ocupación:** Anotar el trabajo, empleo u oficio al que se dedica el paciente referido.
12. **Asegurado activo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente tiene sus cotizaciones al día (el comprobante es la colilla de pago). Marcar una "X" en NO, si el paciente o su empleador tiene tres meses o más de no pagar sus cotizaciones (el comprobante es la colilla de pago).
13. **Tipo de asegurado:** Marcar una "X" en cotizante si el paciente es el cotizante del seguro, Marcar una "X" en beneficiario si el paciente es hijo (a), esposo (a), pariente, o persona definida como beneficiaria por parte del cotizante.
14. **Accidente de trabajo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente sufrió un accidente de trabajo.
15. **Si ocurrió un trauma especificar:** Marcar una "X" en intencional si el accidente de trabajo ocurrió a propósito, marcar una "X" en Auto infligido si el mismo paciente se provocó el accidente, marcar una "X" en accidental si el accidente ocurrió de forma accidental, marcar una "X" en se ignora, si no se conoce la forma de ocurrencia del accidente.
16. **En caso de comunicación llamar a:** Anotar el nombre de un familiar o persona relacionada (o) con el paciente, que pueda apoyar a este en cualquier necesidad.
17. **Parentesco:** Anotar el vínculo (por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta), que tiene la persona anotada en el ítem 14.
18. **Teléfono:** Anotar el número de teléfono (convencional o celular, fijo o móvil) de la persona anotada en el ítem 14.
19. **Empleador:** Anotar el nombre de la persona natural o jurídica, empresa, institución, organización etc. que emplea al paciente.
20. **Nº de seguro:** Anotar el número de seguro de la persona asegurada.
21. **Motivo de la referencia:** Anotar la causa o razón por la cual se realiza la referencia.
22. **Pulso:** Anotar el número de pulsaciones por minuto encontradas en el examen físico del paciente referido.
23. **Presión arterial:** Anotar el la presión arterial encontrada en el examen físico del paciente referido.
24. **Temperatura:** Anotar la temperatura en grados Celsius encontrada en el examen físico del paciente referido.
25. **Frecuencia respiratoria:** Anotar el número de veces en que se repiten las respiraciones por cada minuto, encontradas en el examen físico del paciente referido.
26. **Peso:** Anotar el peso en kilogramos encontrado en el examen físico del paciente referido.
27. **Talla:** Anotar la talla en metros encontrada en el examen físico del paciente referido.
28. **Resumen clínico y Tratamiento:** Anotar de forma resumida y completa: el motivo de consulta referido por el paciente, lo encontrado en el examen físico, los resultados de exámenes complementarios, resultados de medios diagnósticos, y plan de tratamiento aplicado al paciente referido.
29. **Diagnóstico y/o problema:** Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante, de la unidad referente.
30. **Fecha de envío:** Anotar la fecha completa (día, mes y año) del envío del paciente referido.
31. **Hora de envío:** Anotar la hora exacta (hora, minutos, a.m. o p.m.) del envío del paciente referido.
32. **Acompañado por:** Nombre y cargo del profesional de salud que acompaña al paciente referido.
33. **Se envía al servicio de:** Nombre exacto del servicio al que se envía al paciente referido (Medicina interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía, etc.).
34. **Se contactó a:** Anotar el nombre de la persona de la unidad receptora con la que se estableció comunicación para dar a conocer la realización de esta referencia.
35. **De la Unidad:** Anotar el nombre de la unidad receptora a la que se envía al paciente referido.
36. **Del SILAIS:** Anotar el nombre del SILAIS al que pertenece la unidad receptora del paciente referido.
37. **Nombre del médico tratante:** Anotar el nombre completo del médico o profesional de salud que atendió al paciente en la unidad referente.
38. **Del Servicio:** Anotar el nombre del servicio del cual es referido el paciente (emergencia, pediatría, medicina interna, etc.).
39. **Firma y sello:** Firma del médico o profesional de salud que atendió al paciente y sello de la unidad o del servicio referente.
40. **Nombre y firma de quien recibe el traslado:** Nombre completo del médico o profesional de salud que recibe al paciente referido.

ANEXO N° 4
MINISTERIO DE SALUD
FORMATO PARA LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Inadecuada por:	
Nombre del Médico:	Firma, código, Sello del médico y unidad de salud :

Instructivo para el llenado del Formato para la Contrarreferencia de Pacientes

Se deberá de realizar una original que se envía a la unidad referente una copia que queda en el expediente de la unidad receptora.

- 1. Unidad de Salud:** Anotar el nombre de la Unidad que realiza la contrarreferencia.
- 2. Servicio:** Anotar el nombre del servicio que realiza la contrarreferencia (emergencia, Gineco obstetricia, etc.).
- 3. Expediente:** Anotar el número de expediente asignado en la unidad de salud receptora. Si el/la paciente no tiene expediente debemos colocar "S/E" (Sin expediente).
- 4. Nombre y Apellidos:** Anotar el nombre y los dos apellidos (si los tiene) del o la paciente, asegurarse que sean los correctos.
- 5. Edad:** Anotar la edad correspondiente del ó la paciente. Especificar si son años", si el paciente tiene de 1 a 11 meses, si el paciente tiene de 1 hasta 29 días y si es un recién nacido con menos de 1 día de vida.
- 6. Sexo:** Anotar masculino o Femenino según corresponda.
- 7. Dirección:** Anote la dirección habitual del o la paciente. En los casos de direcciones rurales, utilizar puntos de referencia importantes y conocidos en la comunidad.
- 8. Comunidad:** Anotar el nombre de la comunidad donde reside actualmente el/la paciente.
- 9. Municipio:** Anotar el nombre del municipio al que pertenece la comunidad del/la paciente.
- 10. Departamento:** Anotar el nombre del Departamento al que pertenece el municipio del/la paciente.
- 11. Ocupación:** Anotar el trabajo, empleo u oficio al que se dedica el paciente referido.
- 12. Asegurado activo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente tiene sus cotizaciones al día (el comprobante es la colilla de pago). Marcar una "X" en NO, si el paciente o su empleador tiene tres meses o más de no pagar sus cotizaciones (el comprobante es la colilla de pago).
- 13. Tipo de asegurado:** Marcar una "X" en cotizante si el paciente es el cotizante del seguro, Marcar una "X" en beneficiario si el pacientes es hijo (a), esposo (a), pariente, o persona definida como beneficiaria por parte del cotizante.
- 14. Accidente de trabajo:** Marcar una "X" en SI, si el paciente sufrió un accidente de trabajo.
- 15. Si ocurrió un trauma especificar:** Marcar una "X" en intencional si el accidente de trabajo ocurrió a propósito, marcar una "X" en Auto infligido si el mismo paciente se provocó el accidente, marcar una "X" en accidental si el accidente ocurrió de forma accidental, marcar una "X" en se ignora, si no se conoce la forma de ocurrencia del accidente.
- 16. En caso de comunicación llamar a:** Anotar el nombre de un familiar o persona relacionada (o) con el paciente, que pueda apoyar a este en cualquier necesidad.
- 17. Parentesco:** Anotar el vínculo (por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta), que tiene la persona anotada en el ítem 14.
- 18. Teléfono:** Anotar el número de teléfono (convencional o celular, fijo o móvil) de la persona anotada en el ítem 14.
- 19. Empleador:** Anotar el nombre de la persona natural o jurídica, empresa, institución, organización etc. que emplea al paciente.
- 20. Nº de seguro:** Anotar el número de seguro de la persona asegurada.
- 21. Fecha de egreso y Hora:** Anotar la fecha completa (día, mes y año) y la hora exacta (hora, minutos, a.m. o p.m.) en que es dado de alta el paciente de la unidad receptora.
- 22. Días de estancia:** Anotar el número de días que pasó el paciente ingresado en la unidad receptora.
- 23. Resumen clínico:** Anotar de forma resumida y completa: el diagnóstico con el que se recibió al paciente, lo encontrado en el examen físico, los resultados de exámenes complementarios, resultados de medios diagnósticos, y plan de tratamiento aplicado al paciente.
- 24. La referencia fue:** Marque con una "x" en adecuadacuando esta se ajusta a los criterios de referencia, se realiza en el formato descrito por la norma, con letra legible y con los datos completos. Marque con una "x" en inadecuada con el incumplimiento de uno o más de los criterios antes mencionados.
- 25. Inadecuada por:** Anotar la razón principal por la cual es considerada la referencia como inadecuada.
- 26. Nombre del médico:** Nombre completo del médico o profesional de salud que atendió al paciente en la unidad receptora.
- 27. Diagnóstico de egreso:** Anotar el diagnóstico o problema emitido por el profesional de salud tratante, de la unidad receptora.
- 28. Recomendaciones:** Anotar las recomendaciones necesarias a seguir por el paciente y por la unidad de salud referente para dar continuidad al proceso de atención al paciente.
- 29. Firma y Sello:** Firma del médico o profesional de salud que atendió al paciente y sello del servicio o de la unidad receptora.

ANEXO No. 5

**MINISTERIO DE SALUD
FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA ***

SILAIS: _____ **MUNICIPIO:** _____

UNIDAD DE SALUD: _____ **SERVICIO:** _____

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos: _____

Expediente: _____

Ocupación: Ama de Casa ___ Obrera ___ Profesional ___ Comerciante ___

Estudiante ___ Otra ___

Sexo: Mujer ___ Hombre ___

Edad: _____

Escolaridad: No escolarizada ___ Alfabetizada ___ Primaria ___ Secundaria ___

Técnica ___ Universitaria ___

Estado Civil: Acompañada / o ___ Divorciada / o ___ Casada / o ___ Viuda / o ___

Soltera ___

Número de Hijas /os: Con vida ___ Fallecidos ___

SI ES MENOR DE EDAD:

Acompañante: Madre ___ Padre ___ Sola/o ___ Familiar ___ No familiar ___

Persona Responsable del niño: Madre ___ Padre ___ Sola / o ___ Familiar ___
No familiar ___

Programa en el que se identificó la VIF: Programa del niño / a ___

Programa de la Mujer ___ Morbilidad General ___ Emergencia ___ Consulta Externa ___
Visita Domiciliar ___

Quien presentó la denuncia: Afectada ___ Familiar ___ Acompañante ___ Otro ___

Datos relacionados con la VIF: Tipo de VIF: Física ___ Psicológica ___ Sexual ___
Económica ___ Negligencia / Abandono ___ Institucional ___

Datos del Agresor:

Nombre y Apellidos: _____ Edad _____

Dirección Domiciliar: _____

Dirección de Trabajo: _____

Teléfonos: _____

Parentesco: Padre ___ Madre ___ Hermano /a ___ Cónyuge ___ Pareja ___

Hijo / a ___ Otro familiar ___ No familiar ___

SI ES PERSONA ADULTA:

Acompañante: Madre ___ Padre ___ Sola/o ___ Familiar ___ No familiar ___

Programa en el que se identificó la VIF: Programa del niño / a ___
Programa de la Mujer ___ Morbilidad General ___ Emergencia ___ Consulta Externa ___ Visita Domiciliar ___

Quién presentó la denuncia: Afectada ___ Familiar ___ Acompañante ___ Otro ___

Datos relacionados con la VIF, Tipo de VIF: Física ___ Psicológica ___ Sexual ___ Económica ___ Negligencia / Abandono ___ Institucional ___

Datos del Agresor:

Nombre y Apellidos: _____ Edad _____

Dirección Domiciliar: _____

Dirección de Trabajo: _____

Teléfonos: _____

Parentesco: Padre ___ Madre ___ Hermano /a ___ Cónyuge ___ Pareja ___

Hijo / a ___ Otro familiar ___ No familiar ___

Referencia:

Seguimiento:

Contrarreferencia:

* El llenado de este formato incluye un original y una copia. El original se enviará al lugar donde sea referida y la copia se adjunta al expediente clínico.

ANEXO N° 6
MINISTERIO DE SALUD
HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA VALORACION FÍSICA Y RECOLECCIÓN MEDIC LEGAL

SILAIS: _____ **Unidad de Salud:** _____

Yo _____ autorizo al prestador o prestadora de servicio _____ de la Unidad de Salud _____ a realizar médico a: _____ que consiste, en examinarme físicamente (incluyendo áreas genitales, ano y mamas), lo cual implicara que tendrá que observarme con mi cuerpo al descubierto (en las áreas donde me revisara), a tomar muestras de secreciones y fluidos, así como fotografías, de las áreas que la examinadora o examinador amerite y en valorar y recolectar la ropa que tengo puesta, (si es la misma que llevaba en el momento de la agresión sexual). Anexar toda esa información al expediente clínico para ser utilizado en el proceso judicial.

El prestador o prestadora de servicio de salud está obligado por el Código Penal vigente de la Republica de Nicaragua, Código de Procedimiento Penal y Código de la Niñez y de la Adolescencia a poner en conocimiento de autoridad competente cuando se sospeche de una agresión sexual.

Todo el material forense antes descrito será custodiado por el servicio médico, donde estoy siendo atendida, asegurándose la cadena de custodia para garantizar la validez de la prueba.

He comprendido y me han explicado todo lo antes expuesto por tanto:

Firma de la persona que autoriza el procedimiento:

Identificación: _____

Fecha y Hora: _____

No autorizó el procedimiento: _____

Nota: Si la persona es menor de edad deberá firmar el familiar o tutor legal responsable, sin embargo si este se negara a firmar el consentimiento la o el prestador de servicio deberá notificar a la Comisaria dela Mujer y la Familia recordándose que deberá privar el interés superior de la niña, niño o adolescente.

ANEXO N° 7

MINISTERIO DE SALUD INFORME DEL PERITAJE PSICOLÓGICO

I. Datos Generales:

Nombres, apellidos, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, Número de hijos e hijas, Dirección, Fecha y hora de recepción de la solicitud y Fecha de emisión del informe del peritaje psicológico.

II. Datos de Referencia

Procedencia de la solicitud: Juzgado, Ministerio Público, Procuraduría de los derechos humanos, Policía o Comisaría⁶⁵. Solicitado por: (nombre y cargo de la persona solicitante). Causa de Referencia: Debe de especificar la información requerida, ¿para qué?

III. Objetivo del Peritaje

Debe de hacer mención del objetivo expuesto en la solicitud. Ej.: *Realizar peritaje psicológico para determinar secuelas psíquicas que afectan la salud de la niña (nombres y apellidos de acuerdo a la solicitud) quien fue referida por el o la Fiscal del Ministerio Público (nombre y apellido de quien solicita), por denuncia de violación por su padrastro.*

IV. Impresión General y Actitud ante las Entrevistas y Pruebas Aplicadas

Detallar aspecto físico, expresión facial, postura y datos acerca del cuidado o higiene personal que denoten su estado anímico comportamiento, expresividad, colaboración, interés, motivación al momento de realizar el peritaje.

V. Sintomatología Actual

Enumeración de signos y síntomas observados, los expresados por la víctima, y los encontrados en las pruebas aplicadas, los que por supuesto deben de ser contrastados entre sí.

VI. Etiología de los Síntomas

Descripción de los síntomas encontrados y su relación con el tipo de violencia que ha vivido. Ampliar sobre los cambios ocurridos en intensidad, frecuencia y reacciones de la persona agredida, frente al tipo de violencia vivida. Así mismo describir las circunstancias en que se han desarrollado la sintomatología presentada, evidenciar los nexos entre los eventos y reacciones psicológicas y psicosomáticas diagnosticadas e identificar la dinámica vivida, el momento del síndrome de acomodación del abuso sexual, los efectos en ella o él.

VII. Resultados de las Entrevistas y Pruebas Aplicadas

Plasmar con precisión los resultados obtenidos, resaltando lo más relevantes en relación al objetivo.

VIII. Conclusiones

- a. Resumen psicológico de los puntos IV, VII Y VIII.
- b. Diagnóstico psicológico conforme ejes del DSM-IVR

IX. Consideraciones

- a. Recomendaciones: Importante señalar los riesgos de revictimización debido a procedimientos y actitudes de quienes tienen que ver con la persona agredida.
- b. Pronóstico y Tiempo estimado de superación del trauma.

⁶⁵ Son las únicas instituciones autorizadas para solicitar peritajes para que este tenga validez legal, según el CPP

- c. Observaciones
- X. Anexos**
- a. Procedimientos utilizados: Enumerar técnicas e instrumentos utilizados.
 - b. Otros datos de interés: Lo que la Psicóloga considere relevante en cuanto al seguimiento terapéutico

MINISTERIO DE SALUD
INFORME DEL PERITAJE MÉDICO

I. Datos Generales:

Nombres, apellidos, edad, estado civil, cédula de identidad (cuando la tuviese), escolaridad, ocupación, dirección, fecha y hora de recepción de la solicitud y fecha de emisión del informe del peritaje médico.

II. Datos de Referencia

Procedencia de la solicitud: Juzgado, Ministerio Público, Policía o Comisaría, Procuraduría de los derechos humanos⁶⁶. Solicitado por: (nombre y cargo de la persona solicitante).

III. Objetivo del Peritaje: Debe de hacer mención del objetivo expuesto en la solicitud.

IV. Historia clínica completa

Deberá escribirse toda la historia suministrada por el o la persona agredida sexualmente con las palabras que él o ella refieran, señalando si usa gestos que indiquen alguna área del cuerpo por ejemplo si se tocó la vulva como referencia al allí.

Se le deberá explicar sobre la revelación de información a terceros (que la Ley señale), si los datos tienen relación con el caso, y además que la revelación de información a terceros es de carácter obligatorio para él o la prestadora de servicio.

V. Recolectar el consentimiento para el examen físico

Se le deberá explicar con palabras sencillas en que consiste el procedimiento a realizar, la postura en que se colocara, la necesidad de mostrarse sin ropa para el objetivo del examen y garantizar que el o la persona haya comprendido el porqué del examen físico.

VI. Examen físico propiamente dicho

Valorar el estado de la ropa y empacar en bolsas de papel cada pieza de ropa por separado para el perito del laboratorio de criminalística.

Iniciar por la valoración física extra genital, luego para genital y *concluir con el área genital propiamente dicha*. Describir peso, talla, signos vitales, aspecto físico, expresión facial, postura. Describir expresividad, colaboración, esto será de ayuda para la valoración psicológica.

Describir en diagramas sobre las lesiones encontradas en el cuerpo de la persona agredida, así como coloración, evolución de las mismas. Tomar las muestras establecidas en el protocolo por el prestador o prestadora de servicio. (Citología en busca de espermatozoides y serología en busca de semen de vagina, ano y boca) así como fluidos (sangre u orina) cuando se sospeche del uso de tóxicos. (Deberá tenerse presente que la policía nacional debe de solicitar este examen en específico, con la convalidación del juez antes de las 24 horas).

Indicar la anticoncepción de emergencia cuando el caso lo amerite (se debe indicar hasta cinco días posterior a la agresión sexual).

VII. Conclusiones

- a. Descripción de las lesiones encontradas en cada área del cuerpo.
 - b. Descripción completa de los hallazgos genitales.
 - c. Indicar que tipo de muestra se recolecto y hacia donde fue remitida (lugar, fecha y hora exacta).
 - d. Concluir sobre la correlación de los hallazgos encontrados y lo revelado por la persona agredida sexualmente.
 - e. Tipo de tratamiento indicado.
 - f. Referencias.
-