

Protocolo

٠

para la Atención a Personas en Situación de Violencia basada en Género y Generaciones





Directorio de ASSE

Presidente: Dr. Leonardo Cipriani.

Vicepresidente: Dr. Marcelo Sosa.

Vocal: Cnel. (R) Julio Micak.

Representante de Trabajadores: Lic. Pablo Cabrera.

Representante de Usuarios: Sra. Natalia Pereyra.

Gerente General: Dr. Eduardo Henderson.

Coordinación y nexo con el Directorio: Adjunta a la Presidencia Sra. Estefanía

Tartaglia y adjunta a la Vicepresidencia Sra. Mónica Sugo.

Gerencia Asistencial: Dra. Gabriela Medina.

Dirección de Salud Mental: Psic. Jimena Piriz.

Unidad de Violencia Basada en Género y Generaciones: Dra. Fernanda Lozano,

T. S Gabriela Vasconcellos, Lic. Fisioterapia Rosana López, Dra. Daniela de los

Reyes, Sr. Federico Parra, Ps. Clínica Wanda Oyola (Coordinadora).

Autoras: Dra. Fernanda Lozano, Dra. Sandra Sande, Dra. Mariana Laguna y

Psic. Clínica Wanda Oyola.

Aportes: Dra. Isabel Brasesco, Dra. Magdalena García, Lic. Gabriela Vasconsellos,

Sr. Federico Parra.

Validado por la Gerencia Asistencial de ASSE: Dra. Gabriela Medina, Dra. Silvia

Melgar, Lic. Virginia Garófalo y Lic. Estela Harispe.

Revisor: Prof. Dr. Pedro Montano, Profesor de Derecho Penal, Grado 5,

Facultad de Derecho, Universidad de la República, 2020.

Dirección de Comunicaciones de ASSE

Directora: Sra. Lorena Piñeyro Diseño Gráfico: Sra. Sylvia Massa

PRÓLOGO

La violencia ejercida en el ámbito familiar y comunitario, incluyendo la violencia en las relaciones de pareja, maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, a los adultos mayores y personas en situación de dependencia, como por ejemplo personas en situación de discapacidad, es una violación a los derechos humanos y un grave problema de salud pública. Se trata de situaciones complejas por la multicausalidad de factores que inciden en su origen, que por lo tanto requerirán de intervenciones complejas, interdisciplinarias e interinstitucionales, donde los profesionales de la salud deben dar respuesta.

Los servicios de salud tienen un rol privilegiado en las distintas etapas del abordaje de las situaciones de violencia, desde la prevención, promoción del buen trato, detección precoz, abordaje y seguimiento.

Es de suma importancia contar con guías y protocolos que orienten las prácticas y los pasos a seguir, recogiendo las recomendaciones de los estándares internacionales de derechos, las buenas prácticas y los aspectos técnicos, permitiendo ordenar y optimizar la atención, y por consiguiente evitar intervenciones innecesarias y en ocasiones revictimizantes.

Durante el año 2019, el Equipo Coordinador de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones de esta administración, trabajó en la actualización de este protocolo institucional tomando en cuenta la publicación de nuevos manuales y directrices de la Organización Mundial de la Salud para el abordaje del maltrato y abuso, y en consonancia con la Ley N° 19.580 de violencia basada en género, y la Ley N° 19.747 que modificó el Código de la Niñez y la Adolescencia en lo referente a las medidas de protección, a partir del cual la justicia otorga un rol fundamental a la valoración e informes realizados por los equipos de salud.

El siguiente protocolo está dirigido a todas las Unidades Ejecutoras y Servicios ASSE del país, con el objetivo de brindar herramientas para la atención integral a la salud de las personas en situaciones de violencia de género y generaciones.





ASSE es el principal prestador de salud del país, con cobertura nacional, que cuenta con el mayor número de usuarios y funcionarios.

Por esto, y por lo antes descrito, es fundamental que nuestros equipos de salud estén capacitados en forma permanente sobre estos temas y en el conocimiento del presente protocolo, siendo necesario para garantizar una atención oportuna y de calidad.

Dr. Leonardo Cipriani Presidente de ASSE

ANTECEDENTES

Este protocolo es la tercera edición del Protocolo Institucional de ASSE para la atención de situaciones de violencia basada en género y generaciones (VBGG). Fue elaborado por el Equipo Coordinador de Referentes. Actualmente por Res. 3554/2021 se conformó la Unidad de Violencia Basada Género y Generaciones con integrantes de dicho equipo.

ALCANCE Y OBJETIVOS DE ESTE PROTOCOLO

Comprende a todas las Unidades Ejecutoras (UE) y Servicios de ASSE del país.

Pretende brindar herramientas para la atención integral a la salud de las personas en situaciones de VBGG.

RED DE ATENCIÓN A SITUACIONES DE VBGG EN ASSE

La metodología de trabajo implica que todos los profesionales y técnicos deben poder dar una primera respuesta a las situaciones de violencia y realizar las acciones de seguimiento que les corresponda según su formación, función y nivel de atención.

Como apoyo para la orientación y el abordaje de situaciones complejas, se cuenta con una red de referentes locales, departamentales y Unidad de VBGG (ver anexo I).

ATENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE VBGG

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN VBGG DESDE EL SECTOR SALUD:

- Brindar atención integral y de calidad de la situación de salud y la detección precoz de situaciones de violencia.
- Identificar el impacto de la violencia en su situación de salud.
- Brindar respuestas adecuadas al nivel de riesgo.
- Contribuir al cese de la violencia y a la protección de la víctima.
- Contribuir a restaurar derechos vulnerados y a la reparación del





daño físico y psíquico.

• Prevenir situaciones de violencia.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN LA INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE VBGG

- Impacto de la violencia en la salud (física y psíquica).
- Tipo de violencia sufrida.
- Riesgo de continuidad de la violencia, riesgo vital (suicidio / homicidio).
- Capacidad de la víctima de tomar decisiones (tomar en cuenta competencia, entendimiento de la situación e información brindada, impacto de la violencia en su salud mental, autonomía progresiva en adolescentes, situaciones de coercibilidad de tipo amenazas, dependencia, entre otras).
- Demanda concreta de la persona que sufre violencia (en función de su capacidad de decidir) y sus necesidades.
- Mapeo de redes. Capacidad del entorno familiar y comunitario de brindar cuidados y apoyos. Existencia de alguna figura protectora.

En toda situación de violencia lo primero que deben hacer los profesionales de la salud es evaluar la estabilidad física y psíquica, lo que determinará los pasos a seguir.

SOSPECHA, DETECCIÓN

El objetivo de esta etapa es identificar síntomas y signos o indicadores de distinta sensibilidad y especificidad, lo cual puede hacerse en el primer nivel de atención, en consultas realizadas a especialistas, en policlínicas, en servicios de urgencia y emergencia, a nivel de la internación hospitalaria, en atención domiciliaria y en unidades de emergencia móvil.

Dependiendo de la situación se realizará la pesquisa en el marco de la consulta, prestando atención a no realizar preguntas que aumenten el riesgo en caso de que la persona esté acompañada por un tercero. Se propiciará encontrar un espacio a solas para poder dialogar con las personas que se sospecha puedan sufrir violencia (independientemente de su edad), cuando se encuentran en compañía de terceros.

No se preguntará a la persona si entra con su pareja o su cuidador. En caso de niños y niñas se preguntará al adulto respecto a la puesta de límites, y en caso de presentar lesiones, el mecanismo de producción. Se procurará tener una entrevista a solas con el niño/a.

En caso de adolescentes, se promoverá la consulta en forma confidencial respetando su autonomía progresiva, informando de esto al adulto.

En caso de adultos mayores, se realizará entrevista con la persona y si se tratara de personas con deterioro cognitivo se entrevistará al cuidador pesquisando prácticas abusivas y elementos de sobrecarga.

En caso de pacientes sordas/os, si cuenta con intérprete de lengua de señas, el equipo de salud no le solicitará el retiro de la consulta argumentando la confidencialidad, ya que es la vía de comunicación de la persona sorda, siempre que no se trate de la figura agresora, en ese caso se solicitará otro intérprete.

Para realizar el planteo diagnóstico de situación de violencia se prestará especial atención a indicadores de distinta especificidad y sensibilidad, entre los que están el relato espontáneo de la persona en situación de violencia, indicadores físicos, de daño psíquico, cognitivo-conductuales-emocionales, en caso de NNA se pesquisará el vínculo entre el NNA y adulto, familiares y del entorno, otros.

Estos indicadores se manifestarán de diferente manera y tendrán distinto valor, dependiendo de la edad de la víctima y el tipo de violencia (maltrato infantil, abuso sexual infantil, agresión sexual aguda a víctima adulta, explotación sexual, violencia ejercida por la pareja, maltrato hacia una persona adulta mayor ejercida por el cuidador, entre otras).

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

El objetivo de esta etapa es evaluar si efectivamente se trata de una situación de violencia. Se deberán descartar diagnósticos diferenciales. En caso de confirmar la violencia se establecerá el tipo, y las consecuencias que ha ocasionado en la salud.





El diagnóstico es competencia del equipo de salud interviniente, que podrá solicitar interconsultas con especialistas, así como recurrir a paraclínica según el caso (por ejemplo al evaluar un niño con una infección de transmisión sexual o con determinadas lesiones). Dependiendo de la complejidad de la situación puede ser necesaria la intervención de los equipos de referentes de violencia locales, departamentales o Unidad de VBGG.

En este diagnóstico de situación se requiere además evaluar el impacto de la violencia en la salud física y mental, los recursos con los que cuenta y las redes de protección.

En situaciones que involucran a personas adultas dependientes, el equipo debe evaluar la existencia de sobrecarga en el cuidador y si existen otros posibles relevos.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA SITUACIÓN

Su objetivo es valorar las chances de que la violencia continúe, provoque daño físico, secuelas o la probabilidad de muerte (ya sea por homicidio o suicidio), orientando las decisiones y definición de prioridades.

La calificación del riesgo como bajo, moderado o alto no resulta de una ecuación matemática, sino que quedará a consideración del equipo de salud en función al análisis de determinados factores relacionados con características que aumentan la vulnerabilidad de la persona que sufre violencia, peligrosidad de quien la ejerce, características del incidente y de la situación de violencia, así como del contexto (ver anexo II).

En el maltrato infantil y adolescente además deben considerarse aspectos específicos sobre el tipo de maltrato que permitan determinar si se trata de una situación leve, moderada o severa.

Si bien se considera que la violencia sexual siempre es de alto riesgo, en vistas a la oportunidad de la intervención, existen una serie de factores que orientan a la toma de decisiones:

- Tipo de abuso (conductas más intrusivas y explotación).
- Características de la situación de abuso (duración, número de veces, uso y tipo de amenazas, fuerza física).

- Abusador del entorno cercano, con acceso al NNA (Hay convivencia, no respeta medidas cautelares, comparte espacios con el NNA).
- Número de NNA abusados (más NNA, peor).
- Número de abusadores (más de uno en la familia).
- Reacción y actitud de la figura parental no abusiva (no apoya, negación, incredulidad, dependencia del abusador).
- Reacción del abusador (negación y culpabilización del NNA).
- Violencia de género hacia la madre.
- Patología psiquiátrica en la familia (consumo problemático de alcohol y otras drogas, retardo mental, psicopatología en el adulto no abusador y más raramente en el abusador).

PRIMERAS ACCIONES

Evaluar estabilidad física y emocional de la cual dependerá la necesidad de realizar intervenciones urgentes. En caso de inestabilidad, la prioridad es la estabilización, para posteriormente evaluar y atender específicamente la situación de violencia.

Brindar apoyo de primera línea que incluya contención emocional y atención de las consecuencias de la violencia sobre la salud física y mental, además de protección. Para recordar los pasos es útil la nemotecnia A.N.I.M.A.

- A: Atención al escuchar, hacerlo empáticamente
- N: No juzgar y validar; demostrar comprensión, credibilidad, desculpabilizar.
- I: Informarse acerca de sus necesidades y preocupaciones; evaluarlas y dar respuesta a las necesidades emocionales, físicas, sociales, educativas, recreativas y prácticas (p. ej., el cuidado de los hijos, asistencia a centro educativo).
- M: Mejorar la seguridad, elaborar con la persona cuando corresponda (víctimas adultas, competentes), un escenario de protección (ver anexo III)
- **A:** Apoyar a la persona para que reciba información, informarla de sus derechos, desculpabilizarla, informar lo valiente que ha sido, informar sobre los servicios y coordinar el respaldo social que necesita.





Estas primeras acciones las debe dar cualquier integrante del equipo de salud, y en cualquier servicio de ASSE, siendo muchas veces la atención más importante que se le puede brindar y la única oportunidad de la persona de recibir ayuda.

En caso de **inestabilidad física o afectación grave a la salud** el profesional de la salud iniciará las maniobras tendientes a estabilizar al paciente, y si la consulta se da en el primer nivel de atención coordinará el traslado a un servicio que pueda dar la respuesta al cuadro clínico.

En caso de **riesgo de homicidio** se recomienda recurrir a las redes familiares protectoras, de no contar con ellas, trabajar junto con la persona la forma de ingreso a refugios, centros de cuidados, o eventualmente considerar la posibilidad de internación, teniendo en cuenta su voluntad y si tiene otras personas a cargo. En caso de niño/as y adolescentes prima el interés superior, así como en situaciones de alta vulnerabilidad como adultos mayores o personas con discapacidad en situación de dependencia, por lo cual será necesario la implementación de medidas de protección inmediatas. ¹

Si existen ideas suicidas, autolesiones o riesgo de suicidio se debe aplicar el protocolo correspondiente y generar consulta inmediata con profesional de salud mental.

SEGUIMIENTO Y ACCIONES A LARGO PLAZO

El objetivo es definir en función del diagnóstico de situación y del riesgo las acciones de seguimiento para dar respuesta a la atención en forma integral. Incluye:

- Control con médico de referencia.
- Seguimiento por ERVBGG si hay situación de alto riesgo.
- Control con equipo de salud mental, SSyRR u otras interconsultas si corresponde.
- Control con estudios paraclínicos según el caso (maltrato físico y necesidad de controles paraclínicos; violencia sexual).

En caso de agresión sexual se deben realizar controles a la semana, a las 2 semanas, entre la 4ª y 6ª semana, a los 3 y 6 meses, donde se evaluará mejoría de lesiones, se repetirá paraclínica para infecciones de transmisión sexual, embarazo y estado de salud mental.

A largo plazo se promoverá que los equipos implementen medidas en vistas a la reparación del daño, continuar trabajando en forma interinstitucional la situación con la finalidad de minimizar la exposición a la violencia y la restitución de los derechos vulnerados.

DENUNCIA

Debe ser entendida como una estrategia más de la intervención, no es un fin en sí misma. Debe considerarse la protección de las víctimas, así como el derecho a la confidencialidad especialmente protegida en la legislación.

Los datos referidos a la salud, así como a situaciones de violencia son datos sensibles que requieren una protección especial según la Ley Nº 18.331.

Según la normativa vigente los datos personales sensibles no pueden proporcionarse sin el consentimiento expreso y escrito del titular, sólo pudiendo recolectarse cuando medien razones de interés general o cuando el organismo solicitante tenga un mandato legal para hacerlo.

Los funcionarios públicos tienen la obligación de denunciar hechos con apariencia delictiva que se cometieren en su repartición o cuyos efectos la repartición experimentara particularmente, exceptuándose, los delitos que sólo pueden perseguirse mediante denuncia del particular ofendido.

No obstante, en los casos de violencia basada en género la realización de la denuncia debe ser evaluada adecuadamente, sopesando los riesgos y beneficios, considerando la autonomía de la víctima competente. En este sentido la Ley Nº 17.514 faculta a los servicios de salud a denunciar, pero no los obliga y en caso de que la víctima adulta, competente solicite confidencialidad y se niegue a la denuncia, se recomienda respetar su voluntad. En el mismo sentido la Ley Nº 19.580 y decreto reglamentario N.º 339/019 establece que las instituciones prestadoras de salud deben

¹ Las medidas de protección incluyen la internación en servicios de salud, así como la denuncia con solicitud de medidas de protección, coordinando con el servicio de violencia del hospital al que fue derivado el seguimiento de la situación.





promover mecanismos institucionales de denuncia en las situaciones que lo requieran, así como asegurar la confidencialidad y reserva de la información.

Por lo tanto, se debe evaluar la oportunidad, la finalidad y dónde realizar la denuncia. En caso de mujeres adultas competentes se tendrá en cuenta su decisión y respetará su autonomía.

La normativa vigente establece que las instituciones que atienden NNA deben comunicar a las autoridades competentes las situaciones de maltrato, abuso sexual o explotación sexual de que tengan conocimiento (art. 50, Ley N° 19.580). Los prestadores de servicio de salud deben comunicar al Juzgado y/o Fiscalía competente las situaciones de maltrato, abuso sexual o explotación sexual de NNA o personas con discapacidad psíquica de las que tengan conocimiento, para la debida protección y reparación a las víctimas. La denuncia se realizará siempre en forma institucional, a cargo de la Jefatura del Servicio o de la Dirección Técnica de la Institución (art. 19 del Decreto 339/019, reglamentario de la Ley N° 19.580).

Los equipos notificarán a la Dirección del Centro de salud o de la Unidad Ejecutora correspondiente, a quienes les compete la realización de la denuncia en función de los recursos existentes en la localidad (Ministerio Público, Juzgados, Seccional Policial).

Cuando se determine la necesidad de realizar la denuncia con la finalidad de protección de la víctima, se seguirá el modelo propuesto (ver anexo IV), y en todos los casos será firmada por la Dirección Técnica del Centro o Jefatura del Servicio en casos de Urgencia, preservando la confidencialidad de los datos de los técnicos intervinientes, quienes realizarán un informe que quedará firmado en Dirección, así como junto una copia de la denuncia. En caso de situaciones en que se requiera la denuncia de forma urgente y no se lograra obtener la firma de la Dirección, será firmada por el Jefe del Servicio o la Asesoría Jurídica en caso de contar con el recurso. En los hospitales donde se cuenta con asesoría jurídica, corresponde que colabore en el proceso de judicialización.

En determinadas situaciones donde interviene más de una UE, o sumamente complejas como por ejemplo explotación sexual comercial se involucrará a la Unidad de VBGG que realizará las gestiones pertinentes a fin de vehiculizar las denuncias.

En las situaciones en que los tiempos lo permiten (denuncias no realizadas en forma urgente), participará en su redacción el ERVBGG de la UE por ser quien cuenta con los conocimientos específicos en la materia, sin perjuicio de otros técnicos o equipos intervinientes, que colaboren en la realización del informe. Las denuncias se harán mediante informe único, que recoja los aspectos médicos y psicosociales. No se enviarán informes por separado firmados por los técnicos, salvo que la Sede así lo solicite. En casos de urgencia, será elaborado por el equipo que se encuentre interviniendo, dando cuenta posteriormente de lo actuado al ERVBGG (art. 19 del Decreto 339/019, reglamentario de la Ley Nº 19.580).

LINEAMIENTOS DE ABORDAJE SEGÚN LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN

En todos los ámbitos sanitarios donde se realice la consulta se evaluará la estabilidad del paciente y actuará en consecuencia, iniciando las acciones que correspondan coordinando el traslado a un nivel adecuado, o disponiendo el ingreso según el caso.

Si el profesional tiene dudas en cuanto a los pasos a seguir podrá consultar al ERVBGG, si está disponible en el servicio, o a la Unidad de VBGG de ASSE al número del retén telefónico.

En pacientes estables se pesquisará la existencia de violencia en forma oportuna y segura, así como el tipo y la repercusión de la misma. Se dispondrán los estudios e interconsultas que fueran necesarios.

En caso de NNA y personas adultas mayores en situación de dependencia o personas con discapacidad se hace necesaria la identificación de un referente protector.

Se realizarán las acciones de primera línea que incluyen contención emocional, evaluación del riesgo, elaboración de estrategias de protección y coordinar acciones a más largo plazo que dependerán de las particularidades del caso y del ámbito donde se desarrolle la consulta.





SITUACIONES DETECTADAS EN POLICLÍNICA

En caso de NNA, dependiendo de la urgencia y severidad del caso se podrá presentar la situación en el CRL para diseñar la estrategia de intervención interinstitucionalmente.

En función de la estabilidad, impacto de la violencia en la salud y del riesgo, se definirá si requiere traslado a un servicio de mayor nivel o complejidad y/o si requiere la adopción de medidas de protección inmediatas.

En los casos de riesgo moderado/ alto, pero que no requieren un traslado inmediato, se coordinará una interconsulta con referentes de VBGG, en menos de 72 horas.

Se definirán en conjunto con el equipo de referentes de violencia y con la víctima adulta, las acciones a largo plazo y seguimiento, y con los CRL o redes focales la estrategia interinstitucional para el seguimiento de los casos de violencia hacia NNA.

Dependiendo de la situación podrá además coordinarse con otros servicios (PRONADIS, INMAYORES).

SITUACIONES DETECTADAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA Y POR UEM

Se deberá prestar especial atención a las medidas de seguridad de la persona en situación de violencia y del personal de la salud. En caso de existir riesgo por el entorno en que se desarrolla la entrevista, el personal de la salud podrá optar por suspenderla, reagendarla o citar a la persona a policlínica. También dependiendo de las particularidades del caso podrá orientarse de los pasos a seguir con el ERVBGG de la UE si está disponible, o con la Unidad de VBGG.

En caso de víctimas adultas y de riesgo se recomendará consulta con médico de referencia a la brevedad. En caso de NNA que sufren maltrato leve o pautas inadecuadas de crianza, así como maltrato leve hacia personas adultas en situación de dependencia, se brindarán recomendaciones para el buen trato, identificando un adulto referente protector y descartando criterios para derivación o internación.

En todos los casos se informará al ERVBGG de la UE para garantizar el seguimiento de la situación.

En situaciones de riesgo moderado - alto, cuando se identifica que la violencia repercutió ocasionando un riesgo para la salud o la vida (ejemplo deshidratación o desnutrición importante en caso de negligencia; sospecha de lesiones internas de origen traumático), ASI de NNA por conviviente, tanto como otras situaciones de alto riesgo, se coordinará el traslado correspondiente, con la finalidad de protección transitoria, así como atención a la salud. Si la víctima adulta competente se niega al traslado, se le informará de la importancia del mismo para valoración, tratamiento o protección según el caso, y de persistir la negativa, se respetará su derecho, consignando en la HC la información brindada, la decisión de la paciente, y solicitándole que firme la HC (esto último en caso de ser formato papel). En caso de NNA o personas adultas en situación de dependencia, si el adulto se niega al traslado, el equipo recurrirá a la denuncia en forma inmediata para garantizar las medidas de valoración, tratamiento o protección necesarias según el caso. Pueden asesorarse con la Unidad de VBGG.

Se registrará en la HC, siendo cuidadoso con lo consignado en caso de dejar copia en domicilio para evitar que si convive con la persona que ejerce violencia, ésta tome represalias y aumente el riesgo.

Cuando desde otras instituciones que conforman el SIPIAV se solicita valoración médica urgente, ante la presencia de lesiones o un relato (ya que muchas veces estas situaciones de maltrato y abuso sexual hacia NNA son detectadas en el centro educativo 2), si surge de la misma la sospecha de un maltrato de riesgo moderado o alto, la UEM realizará el traslado a emergencia hospitalaria correspondiente. Se procurará que los NNA sean trasladados con un adulto referente de confianza (puede ser el docente, educador, algún familiar, entre otros), pero no es requisito que estén los adultos responsables, ni que exista un adulto como condición necesaria para ser trasladado. Siempre debe primar el interés superior del niño.

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





SITUACIONES DETECTADAS EN SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Si el paciente está inestable, la prioridad es su estabilización mediante los procedimientos que corresponda.

En caso de NNA, adultos mayores en situación de dependencia o personas con discapacidad, la evaluación de la situación, valoración del riesgo e identificación del adulto referente pueden ser complejas desde el servicio de urgencia, y puede requerir ingreso.

Si hay dudas de los pasos a seguir en situaciones graves y urgentes, se puede consultar a la Unidad de VBGG en la modalidad retén telefónico.

Se evaluará si hay criterios para ingreso o si puede otorgarse el alta desde el servicio de urgencia:

Criterios para otorgar el alta desde el servicio de urgencia (todos deben estar presentes):

- Estabilidad clínica y emocional.
- El cuadro clínico no requiere ingreso para estudios, diagnósticos o tratamientos y la evaluación y/o tratamiento puede resolverse en el PNA.
- Puede garantizarse la coordinación y el seguimiento en el PNA.
- Existen las medidas de protección necesarias. En caso de NNA, personas con discapacidad, adultos mayores en situación de dependencia, cuando hay un adulto referente que tiene buena relación con el equipo de salud.

a) Situaciones de bajo riesgo detectadas en urgencia / emergencia y sin criterios de ingreso:

Alta y coordinar seguimiento en PNA. Se generarán las alertas y priorizaciones correspondientes en los registros (Historia Clínica Electrónica).

b) Situaciones de riesgo moderado / alto detectadas en urgencias / emergencias o con criterios de ingreso:

En NNA, adultos mayores en situación de dependencia y personas con discapacidad ingresarán para completar valoración y elaborar estrategia de abordaje desde el equipo tratante en sala, en conjunto con el ERVBGG de la UE y equipos del PNA que estuvieron interviniendo o que harán posteriormente el seguimiento.

En caso de víctimas adultas competentes en que hay **riesgo grave vital por agresión severa**, se evaluará junto con la persona como una opción válida de protección, el ingreso hospitalario transitorio mientras se coordinan los otros recursos en forma interinstitucional.

En víctimas de VBG que concurren a servicios de urgencia y emergencia con sus hijos, debe tenerse en cuenta también las necesidades y la seguridad de éstos.

Si existe **riesgo de suicidio** se realizará en forma inmediata consulta con psiquiatra.

Se registrarán las intervenciones en la HC y se generarán las alertas y priorizaciones correspondientes, ya que esto permite identificar el caso por el equipo del PNA, sin perjuicio de que desde la emergencia se realicen las coordinaciones pertinentes desde el equipo del hospital y la Unidad de Derivación y Enlace.

Si consultan por VBGG usuarios de IAMC u otros prestadores públicos (Sanidad Policial, Militar), en forma espontánea o derivados desde seccional policial (para constatar lesiones), Fiscalía, Juzgados, se brindará la misma atención que a los usuarios de ASSE, e inmediatamente se hará la coordinación con el ERVBGG de la Institución de la cual la persona es





usuaria. Si es una situación de riesgo moderado / alto o amerita el ingreso, se coordinará con el servicio de urgencia o emergencia de la Institución el ingreso, así como la forma de traslado. Se realizará HC cuya copia se remitirá a la Institución a la que pertenece.

SITUACIONES VALORADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

En caso de NNA, personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad o personas adultas mayores dependientes, identificar y entrevistarse con el adulto referente protector. En caso de no contar con este, se harán las gestiones correspondientes para su protección, se debe realizar la interconsulta con ERVBGG del Hospital, aún en los casos de bajo riesgo, para garantizar las acciones de seguimiento específicas al alta. Se implementarán medidas de seguridad según el riesgo. Previo al alta, se contactará el equipo de sala, el ERVBGG del hospital y la UDE, con el equipo del PNA y ERVBGG del PNA. Si el paciente se retira sin el alta, el equipo de sala se asesorará con el ERVBGG, informará a la Dirección. Se anexan orientaciones que pueden guiar a los equipos en estos casos (ver anexo V).

MANEJO DE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

Se seguirán los lineamientos generales para situaciones de VBGG referidos en este protocolo además de las guías, mapas de ruta e instrumentos y pautas vigentes (ver anexo VI). La conducta a seguir dependerá del tipo de conducta sexual, del tiempo de ocurrido, y de la proximidad de la víctima a la persona que ejerce la violencia.

Independientemente del servicio donde consulte la persona se realizará la entrevista, examen físico completo, se valorará la estabilidad clínica y emocional, y se brindará apoyo de primera línea, que incluyen contención empática, responder a las necesidades de la persona, tanto emocional, física y de seguridad o protección.

Estas primeras acciones muchas veces constituyen el servicio más importante que se le puede brindar, puede ser la única oportunidad de la persona de recibir ayuda y pueden ser determinantes de la buena resolución del caso.

Si el servicio no cuenta con los recursos humanos o materiales necesarios para el tipo de situación se realizará una valoración médica inicial con anamnesis y examen físico y se explicará que debe ser referida a un centro que cuente con las posibilidades de realizar estudios, tomar las muestras e iniciar la medicación necesaria, realizando la coordinación correspondiente entre los servicios. En caso de sospecha de intoxicación o empleo de drogas para sumisión química, dependiendo del tiempo transcurrido entre el hecho y la consulta, se evaluará la posibilidad de derivar a la persona a un centro que además permita la pesquisa de dichas drogas ante dudas del abordaje los equipos se comunicaran con la Unidad de VBGG al teléfono Retén.

En casos de violencia sexual aguda (menos de 72 horas) con contacto y secreciones, se aplicarán las pautas del MSP sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo y la de toma de muestras forenses (ver anexo VII). Se coordinará seguimiento con ERVBGG, así como con el médico de referencia y/o policlínica de salud sexual y reproductiva garantizando una valoración médica en menos de 72 horas.

En NNA se evaluará la posibilidad de estudiar al presunto agresor para evitar administrar medicación innecesaria.

Si la víctima adulta de agresión sexual consulta entre 72 horas y 5 días se ofrecerá anticoncepción de emergencia, prevención/tratamiento de ITS, extracción de muestras criminalísticas si lo desea.

Si la consulta se realiza pasado este plazo, se solicitará paraclínica para pesquisar infecciones de transmisión sexual y para descartar embarazo. Las acciones dependerán de los resultados. El seguimiento será en conjunto entre el médico de referencia, equipo de salud sexual y reproductiva, y ERVBGG. En caso de embarazo producto de violencia sexual se seguirán los protocolos correspondientes (ver anexo VIII).

Si un laboratorio detecta un resultado positivo para infección de transmisión sexual en NNA, informará inmediatamente al médico solicitante y al ERVBGG de la UE para adoptar las medidas correspondientes para el abordaje de la situación.





En ausencia de criterios de ingreso hospitalario, se coordinarán las consultas de seguimiento con médico de referencia y ERVBGG en menos de 72 horas, así como otras interconsultas que fueran necesarias según el caso.

Estos casos tienen prioridad para la asignación de fecha y hora en los servicios de salud mental, no debiendo diferirse más de 7 días.

En las situaciones de explotación sexual, además se recomienda trabajar con los equipos de MIDES o INAU especializados en la temática para planificar en conjunto los pasos a seguir en el abordaje, dada la especificidad que requiere la intervención, y los riesgos a los que está expuesta la víctima y los equipos intervinientes.

Finalmente se dan recomendaciones de prácticas que no deben realizar los equipos (ver anexo IX).

Flujogramas

VIOLENCIA SEXUAL Pasos en la atención Entrevista: evitar interrogar Abordaje a las situaciones de violencia sexual ■ Evaluar si requiere paraclínica, mecanismo lesional, si corresponde o interconsultas (salud mental, trabajo social, Anamnesis, examen físico, paraclínica. Estabilidad Valoración del riesgo A = Atención al escuchar N = No juzgar y validar Elementos sugestivos de violencia sexual Interesarse de sus necesidades y preocupaciones M = Mejorar la seguridad Apoyar s Seguimiento NO Evaluar oportunidad de denuncia Evaluar tipo Seguimiento Sin contacto Con contacto génito-genital, génito-anal, génito-oral o con secreciones Evaluar proximidad del abusador NO SI Menor o igual a 72hs Más de 72hs Abordaje en PNA con médico de referencia ■ Aplicar pautas de violencia sexual aguda Seguimiento por ERVBGG Tipo de víctima 72 hs - 5 días ■Test rápidos y serología para ITS Más de 5 dias Si NNA trabajo con CRL de SIPIAV Ofrecer: ■ Profilaxis pos exposición Anticoncepción ■ Paraclínica según ■Anticoncepción de emergencia de emergencia cada caso ■Tomar muestra forense según pauta MSP Adulto en situación Prevención de ITS Si es una NNA evaluar estudio al presunto ■ Tratamiento según de dependencia Adulto competente NNA Extracción de muestras resultado abusador para evitar admin. de medicación o discapacidad criminalísticas En todos los escenarios, los equipos Criterios para otorgar el alta (todos deben estar presentes): • Estabilidad clínica y emocional, intervinientes evaluarán la oportunidad de la Ingresa según realización de la denuncia en función de las Cuadro clínico no requiere ingreso para estudios diagnósticos, tratamiento y puede resolverse en PNA, Ingresa cuadro clínico, particularidades de cada situación, como parte Existen medidas de protección necesarias riesgo v voluntad En caso de NNA, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de dependencia, existe un adulto referente con buena relación con el equipo de salud. de la estrategia, cuando se requiere como medida de protección. También pueden asesorarse del manejo de situaciones graves y urgentes con los ERVBGG disponibles o con la En caso de dudas de situaciones complejas, COMUNICARSE con la Unidad de VBGG, 24hs/365 días: 099 803 053 Unidad de VBGG.

EMERGENCIA Pasos en la atención Entrevista: evitar interrogar Sospecha de VBGG ■ Evaluar si requiere paraclínica, mecanismo lesional, si (relato de la persona o de terceros, Atención de situaciones de VBGG en corresponde o interconsultas (salud mental, trabajo social, lesiones, paraclínica compatible, Servicios de Emergencia otros indicadores) consulta por otro mótivo Valoración del riesgo y luego surge la sospecha; derivado por orden judicial A = Atención al escuchar o fiscalía para valoración N = No iuzgar v validar I • Interesarse de sus necesidades y preocupaciones M • Mejorar la seguridad Evaluar estabilidad A - Apoyar S • Seguimiento NO Evaluar oportunidad de denuncia Evaluación clínica, paraclínica e interconsulta si corresponde. Consultar HC previa Estabilizar En todos los escenarios, los Evaluar riesgo y afectación a la salud equipos intervinientes evaluarán la oportunidad de la realización de la denuncia en función de las Riesgo Alto o Repercusión grave a la salud Riesgo bajo, sin afectación grave a la salud particularidades de cada situación, como parte de la estrategia, cuando se requiere como medida de Riesgo suicida Tipo de Víctima Riesgo de agresión grave, Afectación protección. También homicidio o continuidad de grave a la salud pueden asesorarse del Interconsulta urgente violencia sexual con psiquiatra manejo de situaciones graves y urgentes con los ERVBGG disponibles o con NNA. Adultos con discapacidad. la Unidad de VBGG. Evaluar si cumple criterios de Alta Tipo de víctima Adulto Competente Adulto mayor en situación de dependencia · Informar, planificar junto con ella Adulta Criterios para otorgar el alta (todos NNA. personas estrategia de abordaje competente con discapacidad, deben estar presentes): Estabilidad clínica y emocional, recomendar control con médico SI NO adulto mayor de referencia en situación Cuadro clínico no requiere informar al ERVBGG de UE v RAP Escenario de de dependencia ingreso para estudios protección, existencia diagnósticos, tratamiento y puede resolverse en PNA, de Redes o recursos familiares continentes Alta al PNA, Existen medidas de protección coordinar con ERVBGG, con CRL, médico de referencia En caso de NNA, personas con Ingreso v especialistas necesarios discapacidad y adultos mayores en situación de dependencia, NO SI En caso de dudas de situaciones complejas, existe un adulto referente con COMUNICARSE con la Unidad de VBGG Pensar con la persona buena relación con el equipo de 24hs/365 días: 099 803 053 medidas de protección (refugios, ingreso hospitalario

Pasos en la atención

- Entrevista: evitar interrogar
- Evaluar si requiere paraclínica, mecanismo lesional, si corresponde o interconsultas (salud mental, trabaio social, otros)

Valoración del riesgo

- A Atención al escuchar
- N No juzgar y validar
- I Interesarse de sus necesidades y preocupaciones
- M Mejorar la seguridad
- A Apoyar
- S = Sequimiento

Evaluar oportunidad de denuncia

En todos los escenarios, los equipos intervinientes evaluarán la oportunidad de la realización de la denuncia en función de las particularidades de cada situación, como parte de la estrategia. cuando se requiere como medida de protección. También pueden asesorarse del manejo de situaciones graves y urgentes con los ERVBGG disponibles o con la Unidad de VBGG de ASSE.

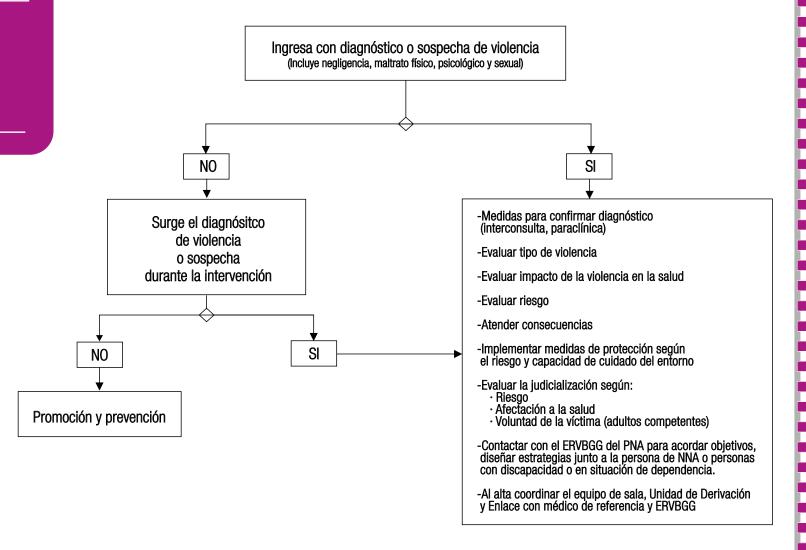
Criterios para otorgar el alta (todos

- deben estar presentes):

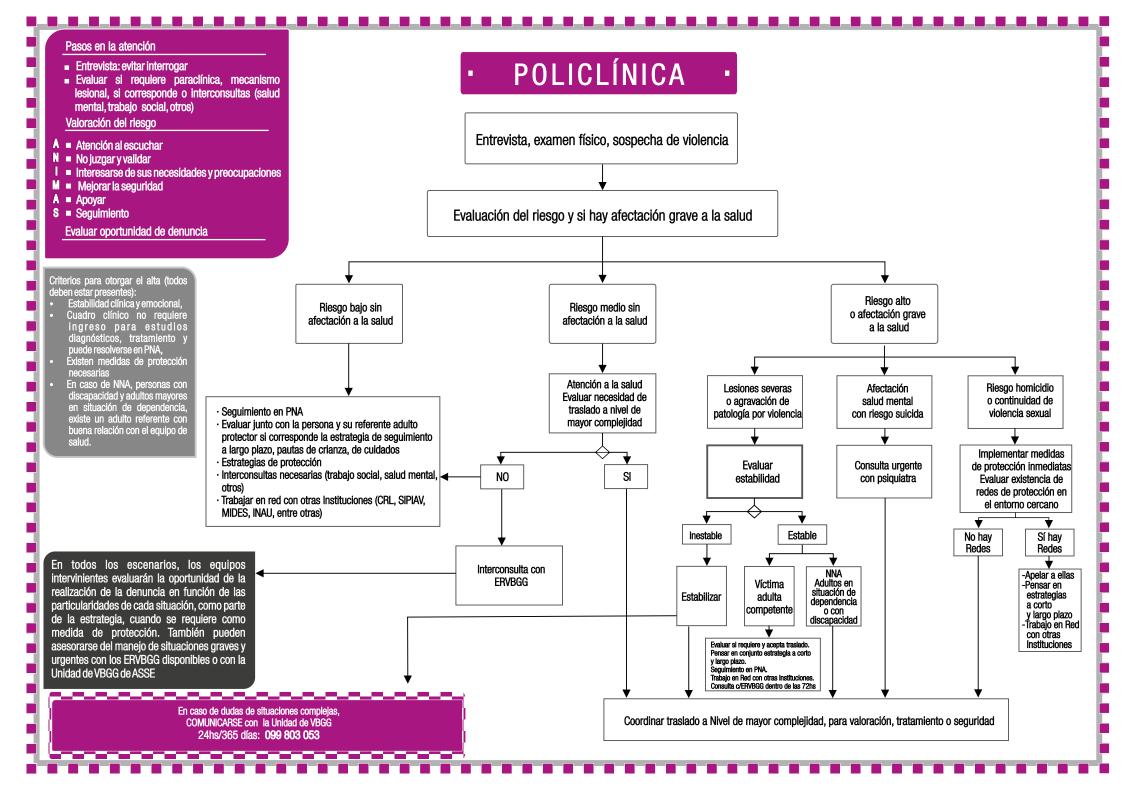
 Estabilidad clínica y emocional,
- Cuadro clínico no requiere ingreso para estudios diagnósticos, tratamiento y puede resolverse en PNA, Existen medidas de protección
- En caso de NNA, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de dependencia, existe un adulto referente con buena relación con el equipo de

INTERNACIÓN ·

Atención de situaciones de VBGG en Sala de Internación



Pasos en la atención **DOMICILIO** Entrevista: evitar interrogar ■ Evaluar si requiere paraclínica, mecanismo lesional, si corresponde o interconsultas (salud Atención de situaciones de VBGG en Domicilio mental, trabajo social, otros) Valoración del riesgo Anamnesis Examen Físico A Atención al escuchar N ■ No juzgary validar Evaluar estabilidad I ■ Interesarse de sus necesidades y preocupaciones M • Mejorar la seguridad A ■ Apovar S ■ Seguimiento Tipo de víctima, evaluar el riesgo Evaluar oportunidad de denuncia y afectación en salud En todos los escenarios, los equipos intervinientes evaluarán la oportunidad de la realización de la denuncia en función de las particularidades de cada situación, como parte de la estrategia, cuando se requiere como NNA / Discapacidad severa Adulto competente medida de protección. También pueden Persona mayor con dependencia asesorarse del manejo de situaciones graves y urgentes con los ERVBGG disponibles o con la Unidad de VBGG. Riesgo bajo v sin afectación Riesgo medio alto Riesgo bajo y sin afectación Riesgo alto o afectación en la salud grave a la salud grave a la salud o afectación en la salud Implementar medidas de Identificar referente protector Valorar coordinación: protección inmediatas. **ERVBGG** Identificar referente Evaluar si acepta traslado protector o cuidador. Médico de referencia, Evaluar y coordinar traslado otros especialistas NO SI a mayor nivel de complejidad Criterios para otorgar el alta (todos deben estar presentes): • Estabilidad clínica y emocional, Abordaie en PNA con médico de referencia. Cuadro clínico no requiere ingreso para estudios diagnósticos, tratamiento y puede resolverse en PNA, Existen medidas de protección necesarias En caso de NNA, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de dependencia, existe un adulto Sequimiento por ERVBGG En caso de dudas de situaciones complejas, Si NNA trabajo con CRL de SIPIAV COMUNICARSE con la Unidad de VBGG referente con buena relación con el equipo de salud. 24hs/365 días: 099 803 053







GLOSARIO

ASI: Abuso Sexual Infantil

CRL: Comité de Recepción Local

ERVBGG: Equipos de Referentes de Violencia Basada en Género y Generaciones

ESC: Explotación Sexual Comercial

HC: Historia Clínica

IAE: Intento de Autoeliminación

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
INAU: Instituto de la Niñez y Adolescencia de Uruguay

INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

NNA: Niño, Niña y Adolescente

PAASSE: Plataforma Virtual de ASSE

PNA: Primer Nivel de Atención

PRONADIS: Programa Nacional de Discapacidad

RAP: Red de Atención Primaria

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

SSyRR: Salud Sexual y Reproductiva UDE: Unidad de Derivación y Enlace

UE: Unidad Ejecutora

UEM: Unidad de Emergencia Móvil VBG: Violencia Basada en Género

VBGG: Violencia Basada en Género y Generaciones

Anexos





ANEXO I

ROL DE LOS DISTINTOS INTEGRANTES DEL EQUIPO EN LA ATENCIÓN DE SITUACIONES DE VBGG

El correcto y eficaz funcionamiento de este sistema de respuesta, requiere compromiso de parte de los Equipos de Gestión y Direcciones Regionales. A continuación, se describen los roles de los distintos integrantes de este sistema de respuesta en la institución.



ROL DE LOS DIRECTORES REGIONALES:

Promover la designación de referentes y conformación de ERVBGG en las RAP y Hospitales de su región, atento a las recomendaciones técnicas de la Unidad de VBGG.

Mantener el listado actualizado de dichos referentes y equipos. Promover la participación de los referentes de violencia en los CRL, mesas y redes relacionadas al tema.

Facilitar la participación de los referentes en jornadas de capacitaciones y reuniones interinstitucionales para la discusión del manejo de casos complejos.

ROL DEL EQUIPO DE GESTIÓN DEL SERVICIO

Designar referentes de VBGG teniendo en cuenta las recomendaciones técnicas de la Unidad de VBGG de ASSE.

Facilitar la tarea de los referentes locales y departamentales en la organización de la atención, sensibilización, capacitación y actividades tendientes al cumplimiento de los objetivos sanitarios y metas propuestas.

Habilitar las horas de trabajo de los referentes en las tareas inherentes a su rol (incluye reconocer dentro del horario laboral el destinado a reunión de equipo, actividades de promoción de salud y trabajo en red, actividades formativas en la temática que son de interés para la institución, concurrencia a juzgados o fiscalías).

Jerarquizar y supervisar el adecuado registro en la historia clínica (en sus diversos formatos), empleando las herramientas de registro para facilitar la priorización de estas situaciones; adoptar las medidas correspondientes cuando se omita dicho registro.

Informar a los referentes a su cargo sobre los casos priorizados para realizar el seguimiento correspondiente. Facilitar a los referentes la información respecto a las situaciones de VBGG detectadas en la UE, para un mejor seguimiento.

Participar en la realización de las denuncias como establece el instructivo, velando por la protección de la identidad de los técnicos intervinientes.

Llevar un registro con copia de los informes técnicos que motivaron denuncias, y de las denuncias e informes elevados a Juzgado, Fiscalía u otras instituciones en relación a VBGG (ver instructivo).

Conocer y difundir los protocolos y guías sobre VBGG.





ROL DE LA UNIDAD DE VBGG

Asesorar a los referentes locales y departamentales cuando así lo requieran, así como a los técnicos que están en atención directa con situaciones de alta complejidad.

Asesorar a las distintas gerencias y a la institución en general en la temática. Realizar informes técnicos relacionados a la temática en investigaciones administrativas dispuestas por ASSE, cuando sean requeridos.

Definir criterios comunes de trabajo sobre la temática y los procesos asistenciales.

Supervisar a los equipos de referentes en su tarea.

Organizar capacitaciones a nivel nacional sobre la temática, destinadas a los equipos referentes en violencia, así como a otros integrantes del equipo de salud a partir de cursos, jornadas, seminarios y talleres tanto de forma presencial como utilizando la plataforma PAASSE.

Elaborar guías, documentos, flujogramas en relación a la temática.

Colaboración en la elaboración de informes técnicos de metas prestacionales relacionadas con el tema.

Coordinar el diseño de estrategias con otras instituciones del Estado.

Participar de la red de equipos del MSP.

Participar de espacios interinstitucionales referidos a la temática (SIPIAV; Consejo Nacional de Género, CONAPEES, Comisión Departamental de VBGG de Montevideo, Grupos de trabajo específicos).

Colaborar con los equipos en la judicialización y seguimiento de situaciones complejas en lugares donde no existe asesoría jurídica o que por la complejidad de la situación se requiere la intervención del equipo central.

Asesoramiento telefónico permanente de los técnicos sobre dudas en el manejo de situaciones graves y urgentes, a partir del retén.

Sistematizar y analizar la información que aporte sistemas de información sobre casos atendidos en la institución referidos a violencia basada en género.

ROL DE LOS REFERENTES DEPARTAMENTALES

Promover la implementación del protocolo en la atención departamental procurando especialmente la continuidad asistencial especialmente en el caso de violencia sexual, otras situaciones de alto riesgo o cuando se requiere la participación de especialistas.

Acceder a los casos priorizados y a las alertas de violencia de los sistemas de información de su departamento de referencia, para garantizar el seguimiento de las situaciones.

Coordinar con los referentes locales y con los profesionales que sean necesarios para la atención directa de situaciones de alto riesgo y violencia sexual.

En caso de no contar con referentes locales el referente departamental asume su rol, informa al equipo central y sugiere posibles referentes locales de acuerdo al perfil recomendado y a la sensibilización con la temática. Informar al equipo central de la ausencia de recursos humanos y materiales necesarios para dar respuesta a estas situaciones.

Participar CRL de SIPIAV.

Participar de las reuniones convocadas por la Unidad de VBGG.

Ser informado y llevar un registro de las denuncias realizadas en su departamento.

Informar al equipo central de los casos denunciados.





Promover la organización de capacitaciones en su departamento, informando o coordinando con la Unidad de VBGG.

BOLDELOS REFERENTES LOCALES

Atención directa de situaciones de violencia de alto riesgo y violencia sexual, coordinando con los técnicos intervinientes y con el referente departamental. Trabajar articuladamente con el referente departamental en lo relacionado con la atención y seguimiento de situaciones, así como en la organización de capacitaciones locales.

Participar de redes focales para la discusión del abordaje de situaciones y eventualmente del CRI.

Elaborar informes técnicos solicitados, así como los informes para las denuncias, que serán firmados por la Dirección correspondiente.

Participar en reuniones convocadas por la Unidad de VBGG.

Contribuir en la sensibilización, capacitación, difusión de políticas y estrategias en el centro de salud o unidad asistencial.

Orientación al personal que tenga dudas en la evaluación y seguimiento de la situación.

Efectuar el adecuado registro de las situaciones atendidas en las historias clínicas.

ROL DE TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Todos los integrantes del equipo de salud deben poder dar una primera respuesta desde una perspectiva de Derechos Humanos, género, generaciones y diversidad contemplando la interseccionalidad y el trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

Se definen las acciones para las distintas etapas del proceso asistencial, así como acciones específicas por escenario donde se desarrolla la consulta.

ANEXO II

FACTORES A CONSIDERAR EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Factores de quien sufre la violencia: condiciones que aumentan la vulnerabilidad

Discapacidad que limite el pedido de ayuda.

Historia de autolesiones, IAE, consumo problemático de sustancias.

Crisis emocional actual, intentos de autoeliminación, anestesia afectiva, embotamiento, depresión grave, consumo abusivo de psicofármacos.

Incapacidad de pedir ayuda e identificar la violencia.

Dependencia de la persona que ejerce violencia.

Intentos de separación frustrados con la persona que ejerce violencia.

Requirió atención en salud por el daño sufrido (físico o salud mental).

Factores de quien ejerce la violencia, condiciones que aumentan su peligrosidad:

Incumplimiento de medidas cautelares y de protección impuestas.

Patología psiquiátrica descompensada o con pobre control de impulsos.

Amenazas de represalia o de muerte.

Acceso o posesión de armas de fuego.

Uso de armas en el pasado para agredir a otra persona.

Aumento de intensidad, frecuencia e impredictibilidad de la violencia.

Antecedentes judiciales por situaciones vinculadas a VBGG, delitos sexuales, agresiones físicas.

Comportamientos violentos en otros ámbitos (tránsito, vecinos, bares, trabajo, entre otros).

Consumo problemático de drogas.

Intentos de autoeliminación.

Habla con indiferencia de la muerte.

Adulto que cometió femicidio de la madre de NNA o ejercicio de maltrato grave contra otros NNA.

Que sea el representante legal de la víctima declarada incapaz.





RIESGO DE LA SITUACIÓN DE MALTRATO HACIA NNA SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA EJERCIDA.

Tipo de maltrato hacia el NNA	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
Omisión - omisión de cuidados cuando los adultos están en condiciones de garantizarlos.	Hay omisiones de cuidados pero no han repercutido negativamente en el crecimiento, desarrollo, su salud o relaciones sociales.	Hay omisiones que determinan ligera afectación en el crecimiento, desarrollo, salud o relaciones sociales, pero hay aspectos positivos en la relación y en la atención emocional que proporcionan al niño.	Las omisiones son intensas y determinan daño significativo con importante afectación del crecimiento, desarrollo, salud física o emocional del niño. Lesiones o daño reiterado, incluyendo accidentes a repetición debido a la omisión de cuidados. Persona a cargo del niño con consumo problemático de sustancias adictivas en ausencia de otros referentes protectores.
Psicológico	Las actitudes son infrecuentes y no ha repercutido en el NNA desde el punto de vista emocional, relacional ni en su desarrollo.	Los insultos, control, amenazas, aislamiento o rechazo al NNA es habitual o lo ha afectado del punto de vista emocional, relacional o en su desarrollo, pero mantienen aspectos positivos afectivos y de cuidado.	Los insultos, control, amenazas, rechazo o aislamiento del NNA son habituales o produce daño notorio a nivel emocional, relacional o del desarrollo. Incluye situaciones en que hay rechazo constante y total del NNA, abandono, cuando se impide totalmente su interacción con otras personas. Amenazas de homicidio.
Físico	Uso de fuerza física que no ha causado lesiones. Es empleada esporádicamente como pauta de crianza o disciplina, por desconocimiento del adulto de otros métodos, o por desbordes, siendo reconocidos por éstos.	Uso frecuente la fuerza física causando lesiones superficiales que no ponen en riesgo la vida y no se espera que dejen secuelas (ejemplo equimosis). No han requerido asistencia en salud.	Uso de fuerza física que causa lesiones que ponen en riesgo la vida, que pueden generar secuelas y requiere atención médica urgente. Ejemplos serían traumatismo abdominal con lesiones viscerales, traumatismo de cráneo con sangrado intracraneano, fracturas, intoxicaciones, quemaduras, compresiones de cuello, sofocaciones.

FACTORES VINCULADOS A LA SITUACIÓN Y DEL INCIDENTE:

Riesgo vital, afectación grave a la salud por la omisión o las lesiones. Tipo de violencia sufrida.

Agresiones que pueden determinar daño importante o muerte.

Data de la violencia, cronicidad de la situación.

Cercanía temporal del incidente e impacto en la salud (física y mental).

Acceso del abusador al NNA.

Aumento de intensidad y frecuencia de las agresiones.

Impredictibilidad de la violencia

Naturalización de la violencia.

Intervenciones previas de la víctima sin resultados favorables, internaciones previas de otros integrantes del núcleo familiar por violencia.

Denuncias previas por maltrato.

Violencia grave hacia otros miembros de la familia con riesgo de lesiones graves u homicidio, amenazas de muerte.

Otros integrantes del núcleo familiar expuestos a violencia, consultas en servicios de salud de otros miembros del núcleo familiar por violencia.

Redes de explotación sexual comercial con acceso al NNA.

FACTORES DEL CONTEXTO:

Falta de respuesta o respuesta inadecuada de los adultos responsables y del entorno inmediato ante la situación de violencia.

Ausencia de respuestas protectoras del entorno.

Inexistencia de personas adultas como protectores de referencia.

Ausencia de redes de apoyo, aislamiento familiar.





ANEXO III

CONSEJOS PARA ELABORAR UN ESCENARIO DE PROTECCIÓN Y MEJORA DE SEGURIDAD DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- Identificar un lugar seguro donde ir.
- Ayudarla a organizarse: el cuidado de los hijos, si los tiene, como salir de su casa o como consultar en el centro de salud.
- Resolver el transporte, recomendar que tenga tarjeta o monedero con dinero para boletos.
- Orientarla en cuanto a qué llevarse: documentos, llaves, dinero, muda de ropa, carné de control de los niños.
- Orientación en determinados aspectos económicos, tener alguna reserva de dinero al cual acceder en caso de urgencia.
- Identificar alguna persona de confianza en la vecindad, familia o trabajo.
- Limitar el acceso a armas, esconderlas.
- Evitar situaciones de riesgo, cambiar el recorrido del lugar de trabajo, evitar quedarse sola en la parada del ómnibus, no salir sola de madrugada.
- Si sufre agresión física que concurra inmediatamente al prestador de salud a valorar y constatar si tiene lesiones.

(Elaboración propia adaptado de Guía Atención de Salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. MSP, 2018).

ANEXO IV

INSTRUCTIVO DE REALIZACIÓN DE DENUNCIAS

En todo momento se tendrá en cuenta que la información sobre la salud de las personas, así como de situaciones de violencia, es información sensible, especialmente protegida por la Ley N° 18.331 de protección de datos personales.

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

Se registrará en la historia clínica de las víctimas la información brindada sobre la denuncia y si brindó su consentimiento para su realización o la negativa.

En caso de NNA el eje central de la intervención es el interés superior del niño y se tomarán las medidas necesarias para brindar el plus de protección como plantea la Convención de los Derechos del Niño.

En caso de abuso sexual infantil y adolescente, la realización de la denuncia por parte del equipo cobra importancia como forma de protección del NNA. Se recomienda que previo a su realización, el equipo tratante se asesore con el ERVBGG de la UE o del Centro, o en su defecto con la Unidad de VBGG.

La denuncia se realizará en forma institucional, mediante un informe técnico elaborado por el equipo actuante y firmada por el Director de la Unidad. La misma será elevada desde la Dirección de la Unidad Ejecutora en el caso de los hospitales y del Centro de Salud tratándose de las RAP. En los Hospitales que cuenten con Asesoría Letrada se recomienda que la misma participe en la elaboración del informe, así como en el seguimiento de la denuncia. Se adjunta formulario guía para la realización de la denuncia. En los casos en que interviene la Unidad de VBGG en la elaboración de la denuncia, la misma será elevada a la Gerencia Asistencial para su consideración y posterior pasaje a Gerencia General para resolución a la brevedad.





La realización de la denuncia no exime a los técnicos y equipos de la obligación de intervenir y realizar el seguimiento de la situación, así como de la coordinación con otras instituciones para el seguimiento del proceso judicial (por ejemplo con INMUJERES, Defensoría de Oficio, entre otras).

En las situaciones de violencia sexual, se tendrán en cuenta los mismos criterios mencionados anteriormente, respetando la voluntad de la persona de denunciar (son delitos que se persiguen a instancia de parte, salvo algunas excepciones¹). En el caso de NNA, personas adultas mayores o con discapacidad en situación de vulnerabilidad y dependencia, se jerarquizará el interés superior y la protección, evaluando el equipo la pertinencia y oportunidad de la realización de la denuncia. No se recomienda que los equipos de los servicios de urgencia y emergencia realicen denuncias de este tipo de situaciones, por no contar con elementos que permitan tener una valoración integral de la situación y del riesgo. En estos casos, la denuncia por parte de equipos de urgencia y emergencia estaría justificada en caso de requerir medidas de protección urgentes para la víctima, y ser la forma de vehiculizarlas. Cuando no se requieren medidas de protección urgentes, es recomendable que la denuncia sea vehiculizada por el ERV realizándola en forma institucional.

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

Quedará copia en Dirección de todos los informes y denuncias realizadas desde dicha UE o centro de salud. Periódicamente se informará a la Unidad de VBGG de las denuncias realizadas según lo establecido en el Protocolo

Se recomienda la lectura de la Guía Violencia hacia niños, niñas y adolescentes. Herramientas para el proceso judicial, del SIPIAV.

Institucional de ASSE para la Atención a Situaciones de Violencia Basada en Género y Generaciones, en vistas a contar con estadísticas que permitan evaluar el perfil de situaciones atendidas y las necesidades para brindar respuesta.

Art. 78 L. 19.580. La acción penal respecto a los delitos previstos en los artículos 272, 272 bis, 272 ter, 273, 273 bis y 274 del Código Penal es pública, no requiriéndose instancia del ofendido.







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

AL: JUZGADO LETRADO DE FAMILIA ESPECIALIZADO DE ... TURNO (Montevideo)

AL: JUZGADO LETRADO DE PRIMERA INSTANCIA DE
en su calidad de Director/a del Hospital o Centro de Salu- , sito en la Calle
Que en el Centro de Salud

- 1.- Para mayor información se expresa que (ampliar los hechos constatados tipo de situación, factores de riesgo acorde a las pautas nacionales del MSP y SIPIAV y otras empleadas, intervenciones realizadas y evolución de la situación, otras Instituciones intervinientes, si hay otras personas en riesgo).
- 2.- De lo expuesto se han realizado las anotaciones de estilo en los documentos médico legales que están en el Servicio a disposición de esa Sede si así lo estima pertinente, conforme a la normativa vigente. (Aclarar si se evidenciaron lesiones y las mismas fueron fotografiadas con consentimiento, que los registros de las mismas también está a disposición de la sede si lo considera pertinente, para evitar nuevo examen físico y revictimización).
- 3.- Ante la situación de riesgo denunciada se solicita la adopción de medidas que la Sede estime pertinentes en pro de la protección, tanto para la víctima como para familiares que tengan vínculo directo y hayan sido expuestos a hechos de violencia.
- 4.- De considerarlo pertinente la Sede, elevar los antecedentes de estos obrados a la Justicia Penal competente en caso de existir o de apreciar verosimilitud con algún tipo penal punible.

5.- En definitiva, atendiendo al tenor de los hechos puestos en conocimiento de esta Sede, conviene al interés del/ los eventuales damnificados que se ponga en funcionamiento el mecanismo previsto en la Ley N° 17.514 o Ley N° 17.823 (dependiendo del tipo de situación es la norma que se utiliza), Ley N° 19.580, Ley N° 19.643, Ley N° 19.747 y sus modificativas a los efectos de garantizar los derechos de la víctima, la Sra./el NNA.../.....

PRUFBA

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

Documental:

A) Informe de los servicios intervinientes.

Dependiendo del caso y si lo justifica:

- B) Fotografías de la víctima donde se aprecian las lesiones constatadas al momento de la consulta, tomadas con consentimiento.
- C) Copia de la historia clínica o resumen de la misma, con su consentimiento y si corresponde.

DERECHO

Funda su derecho en lo dispuesto en la Legislación nacional vigente: Leyes N° 17.514 /Ley N° 17.823/ Ley N° 19.580, Decreto 339/019, Ley N° 19.643, Ley N° 19.747 y demás normas concordantes, complementarias y modificativas (dependiendo de lo que se plantee y dónde se formule la denuncia).

PETITORIO

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

Se tenga por formulada la presente denuncia de violencia basada en género/ abuso sexual/... (lo que se está denunciando) arbitrando todas las medidas necesarias para hacer cesar la situación y dar garantía y protección a la víctima así como a los testigos, preservando la identidad de los técnicos intervinientes.

Se designe defensor de oficio.

Se dé conocimiento de lo actuado a esta parte.

Otrosí Digo: 1) Que autorizo a examinar el expediente, retirar testimonio u oficios,

notificarse, y cualquier otro acto procesal a los Sres.

en los términos de los artículos 85, 90, 105 a 107 del Código General del Proceso.





ANEXO V

MANEJO DE SALIDA DE PACIENTES INGRESADOS POR VBGG SIN EL ALTA MÉDICA

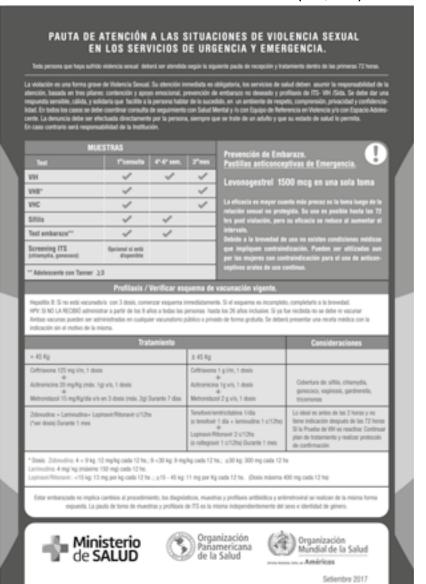
En todos los casos se informará al ERVBGG y a la Dirección del Centro.

Víctimas adultas competentes

victimas adultas competentes					
Informa o amenaza que se retirará del servicio	No se encuentra en el servicio				
Se le informará respecto a los riesgos, importancia del seguimiento, y recomendará concurrir a su médico de referencia. Se informará al ERVBGG. Se entregará resumen de la atención donde conste que no se otorgó el alta, pero se respeta la voluntad del paciente. Se le hará firmar una copia. Y se darán indicaciones para que continúe el tratamiento (ejemplo recetas para retirar medicación, realizar estudios pendientes, etc.).	Se intentará contactar a la víctima. Se informará al ERVBGG y si no es posible ubicarla, según el nivel de riesgo de la situación se evaluará la oportunidad de la realización de la denuncia.				
NNA víctimas de maltrato/ abuso sexual, adultos mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad					
Informa o amenaza que se retirará del servicio	No se encuentra en el servicio				
Se informará al adulto referente los riesgos, de la importancia de la valoración y abordaje. Además: En caso de riesgo bajo se recomendará concurrir a su médico de referencia al día siguiente, se informará al ERVBGG para garantizar el seguimiento. Se entregará resumen de la atención donde conste que no se otorgó el alta, que se le informó y aun así se retira. Se le hará firmar una copia al adulto. Se entregarán indicaciones para que continúe el tratamiento (ejemplo recetas para retirar medicación, realizar estudios pendientes, etc.). Si riesgo moderado/alto : se realizará denuncia. En casos judicializados o que ingresan por disposición judicial o fiscalía, se informará a la sede correspondiente, independientemente del riesgo.	Se intentará contactar a la víctima. Se informará al ERVBGG y a la Dirección. Se realizará denuncia.				

ANEXO VI

PAUTA DE ATENCIÓN A VIOLENCIA SEXUAL EN SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA (MSP, 2018)







ANEXO VII

PROTOCOLO PARA TOMA DE MUESTRAS FORENSES, MSP, 2018.

Procedimiento

Obtención del consentimiento informado

El médico deberá obtener el consentimiento informado de la víctima para la realización del procedimiento y la toma de muestras para el análisis forense. Si la víctima requiere apoyo para la declaración del consentimiento, sea por razones de edad o de salud, se recurrirá al referente de confianza y/o representante legal. En caso de que no exista referente o representante para consentir o exista sospecha de conflicto de interés para la declaración del consentimiento, el profesional podrá solicitar al juez el aval para realizar el procedimiento.

En todo momento se deberá proteger la intimidad de la víctima en cuanto al examen y sus resultados. Recuérdese que es la víctima quien tiene el control de la situación y el derecho a limitar el examen o ponerle fin.

En los adolescentes primará el principio de la autonomía progresiva. Siempre que sea posible, tienen derecho a solicitar la participación de un profesional de su confianza y/o de su mismo sexo y a ser acompañados por la persona adulta de confianza que ellos mismos designen.

Las tomas para muestras forenses y para fines médicos se efectúan en el mismo acto, con independencia de si se realizó o no denuncia.

Instrucciones

El personal de salud que intervenga en el procedimiento debe usar guantes y tapaboca.

Se recomienda no higienizar antes de la toma de muestras, así como evitar lavados vaginales y/o aspirados.

Paso 1

- Tomar del kit sábana limpia y papel camilla o similar. Colocar en el suelo (o superficie más adecuada) sábana limpia extendida y colocar por encima el papel extendido.
- Solicitar a la víctima que se pare y desvista sobre el papel extendido; ayudarla si es necesario.
- Si se cambió de ropa, recolectar solo aquellas prendas que hayan estado en contacto directo con la zona genital. No cortar ni sacudir la ropa. Consignar al registrar si hubo cambio de ropa y todo el material recolectado para análisis.
- Etiquetar 1, identificando muestra, fecha, hora, lugar de extracción, datos de la persona y del profesional que tomó la muestra.
- Envolver toda la ropa recolectada en el papel. Colocar el papel envuelto en bolsa grande de papel o similar.

Paso 2

- Realizar, según corresponda, exudado de mucosa yugal, anal y/o vaginal en tubo seco.
- Las muestras deben ser tomadas a la víctima mediante un hisopo estéril y seco, previamente rotulado (si no se cuenta con hisopos puede usarse un cotonete).

Recomendación: Realizar una toma profunda rotando el hisopo para que la muestra sea homogénea en toda su superficie; si se hace más de una toma, numerarlas según el orden en que se extraen.

Importante: Por ningún motivo deben colocarse los hisopos en medios de cultivo, ya que estos promueven la proliferación de bacterias que degradan a los espermatozoides.

• Ante la sospecha de muestras de sangre seca, saliva o semen en el cuerpo de la persona violentada, o lesiones, colectarlas utilizando hisopos humedecidos en agua destilada o solución salina. Dejar secar, etiquetar y guardar.





- Etiquetar 2: cada una de las muestras, identificando muestra, fecha, hora, material recolectado, lugar de extracción, datos de la persona y del profesional que realizó la recolección.
- Una vez tomadas las muestras, guardarlas en heladera en un sobre cerrado rotulado «Muestras para entregar al Laboratorio de Policía Científica. Retirar solo por personal autorizado», hasta que la seccional actuante o dependencia que investiga el hecho las retire.

No rotular con datos identificatorios. En caso de no contar con una heladera, las muestras pueden ser secadas al aire, protegidas de la luz y el calor hasta su envío al Laboratorio.

Registro

De la anamnesis, consignar en la historia clínica las frases textuales surgidas en la entrevista con la persona violentada. No emitir juicios de valor ni apreciaciones subjetivas, a menos que las apreciaciones consistan en una valoración o diagnóstico médico basado en la evidencia.

Sustentar el diagnóstico, pero no establecer conclusiones ajenas al ámbito médico.

Del examen físico, registrar en historia clínica lo evaluado (lesiones observadas, sean físicas, ginecológicas o de otra índole) y realizado, en detalle, con letra clara y sin abreviaturas no comprensibles fuera del ámbito médico.

Cadena de custodia

- La inicia el/la médico/a que tomó las muestras y elementos de prueba, consignando sus datos, fecha y lugar de la toma.
- Deben contactarse con la seccional policial cercana a la institución e informar que hay muestras para enviar al Laboratorio de la Dirección Nacional de Policía Científica. El personal policial que retire las muestras deberá firmar y consignar datos personales, fecha y hora de retiro en formulario específico diseñado para tal fin.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS FORENSE EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

Fecha:			
Nombre del paciente:			
Nombre del médico:			
realización del examen físico, recolección de mue	ocedimientos explicados por el médico firmante para la estras, registro fotográfico, en suma, recolección de olicía Científica y/o eventualmente por el Poder Judicial de mis derechos.		
En caso de no consentir la realización de algún fotografías), especificarlo en el siguiente espacio:	procedimiento en particular (por ejemplo, toma de		
Firma del paciente:	. Firma del médico:		
Cédula de Identidad:	. Caja Profesional:		
acuerdo con la pauta, deberá recabarse el consentim Vinculo del referente y/o responsable legal:			
Causa de la imposibilidad de consentir:			
Firma del referente y/o responsable legal	Firma del médico:		
,			

Fuente: MSP, 2018





ANEXO VIII

MANEJO DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL

Se seguirán los pasos establecidos en los protocolos nacionales sí como en la legislación vigente, Ley Nº 18.426 y su Decreto reglamentario, Ley Nº 18.987, su Decreto reglamentario y ordenanzas Ministeriales. En las situaciones de violencia sexual hacia adolescentes se seguirán los pasos del Mapa de ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo.

En primer lugar, se confirmará la gestación, viabilidad y edad gestacional, se informará respecto a las diversas alternativas entre las que se incluyen: continuar el embarazo, desvínculo, interrupción del embarazo conforme al marco normativo vigente. En caso de expresar su voluntad de interrupción del embarazo, se seguirán los protocolos institucionales de manejo del IVE. Recordando que en caso de violación, el plazo se amplía a 14 semanas de edad gestacional, pero requiere la realización de denuncia judicial.

La Ley N° 19.580 establece que las mujeres extranjeras con menos de un año de residencia pueden practicarse el aborto si los hechos de violencia cualquier sea su manifestación hayan ocurrido en el territorio nacional. El Decreto N° 339/019 establece que la acreditación de los hechos de violencia se hará por el registro de las situaciones de VBG en la historia clínica por parte de un profesional de la salud, debiendo derivar a la usuaria al ERVBGG, el informe del servicio de atención que se encuentre atendiendo a la solicitante integrante de la Red de Servicios de Atención a Mujeres en situación de VBG reconocidos por la legislación o la constancia de denuncia en sede judicial o policial (art. 17 del Decreto 339/019).

ANEXO IX

PRÁCTICAS QUE NO DEBEN DESARROLLAR LOS EQUIPOS

Existen una serie de acciones, preguntas o indicaciones que pueden ser revictimizantes o iatrogénicas, que vulneran los derechos de las víctimas de violencia:

- Violar la confidencialidad,
- No solicitar el consentimiento, no informar a la víctima,
- Restar importancia o normalizar la violencia,
- Culpabilizar a la víctima,
- No respetar su autonomía,
- Ignorar la necesidad de seguridad,
- Imponer sus creencias y valores,
- Someter a la persona a múltiples interrogatorios o preguntas inadecuadas,
- Someter a la persona a reiterados exámenes físicos innecesarios,
- Prolongar internaciones en forma innecesaria,
- Presionar a las víctimas adultas a denunciar y no respetar sus tiempos o su autonomía,
- Omitir el registro en la historia clínica,
- Trabajar en solitario,
- Realizar informes que expongan a los profesionales intervinientes,
- Intentar mediación entre la víctima y el agresor,
- Promover revinculación forzada en caso de niño/as o adolescentes con la persona que ejerce violencia,
- Promover las visitas de hijo/as al agresor a prisión en caso de feminicidio.





BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Bentancor G, Lozano F, Solari M. Mapa de Ruta para las situaciones de maltrato y abudo sexual de niños/as y adolescentes detectados en el ámbito escolar. CEIP-SIPIAV-UNICEF, 2013

García M. Valor del testimonio de los niños. Cuando los niños hablan...cómo escuchar, registrar y validar el testimonio de los niños que han sufrido violencia. Material complementario al Protocolo Institucional a Atención de personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE. Montevideo. 2016.

Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V, Zunino C. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. UNICEF. Ministerio de Salud Pública. SIPIAV. Montevideo. 2019

Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V, Zunino C. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. UNICEF. Ministerio de Salud Pública. SIPIAV. Montevideo. 2018

Lozano F, Sande S, Oyola W. Protocolo institucional para la atención de personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE. Montevideo. 2016.

Lozano F. Oyola W. Contención emocional en el abuso sexual. Recomendaciones generales para el apoyo emocional en víctimas de violencia sexual. Material complementario al Protocolo Institucional a Atención de personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE. Montevideo. 2016.

Lozano F. Violencia sexual: recomendaciones para su abordaje desde los servicios de salud. Material complementario al Protocolo Institucional a Atención de personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE. Montevideo. 2016.

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

Ministerio de Salud Pública, Iniciativas Sanitarias. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP, IPPF, OPS-OMS, UNFPA, ONU Mujeres. Montevideo. 2018.

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

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

Sande S. Violencia basada en Género y Generaciones. Material complementario al Protocolo Institucional a Atención de personas en situación de violencia basada en género y generaciones de ASSE. Montevideo. 2016.

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

SIPIAV. Guía par la atención de niños y niñas de 0 a 3 años en situación de violencia. SIPIAV. Montevideo. 2019

SIPIAV. VIOLENCIA HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: Herramientas para el Proceso Judicial. SIPIAV. Montevideo. 2018





Notas:		
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	_	
	-	
	-	
	_	
	-	
	_	



para la Atención a Personas en Situación de Violencia basada en Género y Generaciones



