The background of the page is a textured, light gray color. It features a series of thin, white, wavy lines that flow from the left side towards the right. In the lower right quadrant, there are several overlapping circles of varying shades of gray, creating a layered, geometric effect.

**Normas y protocolos de atención integral
de la violencia de género, intrafamiliar
y sexual por ciclos de vida**

Primera Edición. Junio 2009

Norma y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dirección de Normalización. 2009

Av. República de El Salvador N°950 ente Suecia y Naciones Unidas. Quito - Ecuador.

Teléfono: (593) 023 814400. Fax: (593) 023 814400

www.msp.gov.ec

Cita Sugerida: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.

Diseño Gráfico:

Jairo Molina, PH EDICIONES

Producción de impresos:

PH Ediciones. Santiago Oe3-225 y Venezuela. Telefax: (593) 022 552226

Quito - Ecuador

El Ministerio de Salud Pública le invita a reproducir o utilizar en cualquier forma el material original de este libro para su divulgación y aplicación en las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y en otras organizaciones comprometidas con el mandato de erradicar la violencia de género e intrafamiliar en nuestra sociedad. No hay cargo alguno ni necesita autorización para hacerlo. Se ruega dar crédito a los autores y al editor; véase la cita sugerida en las líneas anteriores de esta página. Asimismo, nos agradecería recibir copias de cualquier publicación basada en partes de esta Normativa. No obstante, si Ud. desea utilizar materiales del libro (incluyendo cualquier arte gráfico) que están acreditados a otras fuentes, debe obtener permiso de las fuentes originales. Le exhortamos a que permita a otras personas utilizar sus materiales también sin cargo alguno, de manera que la información sobre atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual pueda llegar al mayor número de personas posible.

Autoridades MSP



Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Gonzalo Bonilla Pulgar
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Marcelo Aguilar Velasco
SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas Moreira
DIRECTORA NACIONAL DEL PROCESO
DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

Autoridades CONASA



Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública
Presidenta del Directorio del CONASA

Arq. Maria de los Ángeles Duarte
Ministra de Inclusión Económica y Social

Dr. Guido Terán Mogro
Delegado Director General del IESS

Dra. Carmen Laspina Arellano
Directora General de Salud

Dr. Marco Álvarez
Delegado AFEME

Dr. Iván Tinillo
Representante de Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni
Representante de la Honorable Junta
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Carlos Arreaga
Representante de SOLCA

CPNV CSM Av. Dr. Luis Maldonado Arteaga
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jaime Guevara Blaschke
Presidente de CONCOPE

Sr. Jhonny Terán
Presidente de AME

Dr. Alfredo Borrero
Representante de Entidades de Salud
Privadas con fines de lucro



Dr. Nelson Oviedo
Representante de Entidades de Salud
Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodríguez
Representante Gremios de los
Trabajadores

Ec. Ramiro González
Presidente Consejo Directivo del IESS

Dra. Cella Riera (a.i.)
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Dr. Jorge Parra
Representante UNFPA en el Ecuador

Señora Cristian Munduate
Representante de UNICEF en el Ecuador

Dr. Hugo Noboa
Director Ejecutivo CONASA

Autoridades CONASA



Editores

- Dra. Eva Cevallos MSP DPSG Salud Mental
- Dra. Janett Velástegui MSP DPST Hospital General Ambato
- Dra. Bernarda Salas MSP DNNSNS
- Ant. Maria Rosa Cevallos UNFPA

Colaboradores en la edición

- Lcda. Mercedes de la Torre VIF MSP
- Dr. Alex Barriga MSP DPSP HGEG
- Dr. Luis Morales MSP
- Dra. Violeta Merizalde MSP
- Dra. Vivianne Ramel UNIFEM
- Dra. Mercy López CONAMU
- Dra. Cecilia Tamayo CONAMU
- Dra. Lilian Calderón CONASA
- Jairo Molina PH EDICIONES

Participantes Nacionales

Dr. Eduardo Yépez	MSP DNN Salud de la Mujer	Dra. Fabiola Argüello	MSP CMGSS
Dra. Elizabeth Barona	MSP UE Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Dr. Luis Morales	MSP DCMSP Programa VIH-SIDA
Dra. Diana Molina	MSP DGMSS Unidad de discapacidades	Lcda. Carmen Garrido	MSP DPSP
Dra. Lorena Gómez	MSP Salud de la mujer	Obstetriz - Maria Isabel Salem	MSP DPSP Área de Salud No.2 - Quito
Dr. Vinicio Yáñez	MSP DNN	Dr. Ricardo Díaz	MSP DPSP Área de Salud No.2 - Quito
Dra. Gioconda Gavilanes	MSP DNN Salud adolescencia	Dr. Crisólogo Pérez	MSP DPSP Área de Salud No.2 - Quito
Lcda. Marlen Cadena	MSP DCMSP Salud Mental	Lcda. M. Concepción Valdiviezo	MSP DPSP Área de Salud No.2 - Quito
Dr. Enrique Aguilar	MSP DCMSP Salud Mental	Dra. Fanny Samaniego	MSP DPSP Área de Salud No.2 - Quito
Dr. Patricio Jácome	MSP DCMSP Salud Mental	Lcda. Carina Balseca	MSP DPSP Área de Salud No.9 - Quito



Dra. Marina Galarza	MSP DPSP Centro de Salud No.1 - Quito	Dra. Carina Argüello	Ministerio de Gobierno
Dr. Ángel Neira	MSP DPSP Hospital Enrique Garcés - Quito	Dra. Ximena Abarca	CONAMU
Dra. Victoria Muñoz	MSP DPSP Hospital Enrique Garcés - Quito	Dra. Miriam Moya	CONAMU
Dra. Maritza Collaguazo	MSP DPSCh	Dra. Miriam Emst	CONAMU
Dra. Genoveva Torres	MSP DPSCH HPGD Riobamba	Dra. Diana Almeida	CONAMU
Dra. María del Carmen Santillán	MSP DPS El Oro	Ab. Mercy López	CONAMU
Dra. Jacqueline Calderón	MSP DPS Bolívar	Dra. Silvia Amores	CONAMU
Abg. Rosa López	CUS El Oro	Dr. Nelson Oviedo	CEPAR
Lcdo. Juan Carlos Congo	CNNA	Dra. Karina Ruiz	Cruz Roja Ecuatoriana
Dra. Mónica Páez	CNNA	Dra. Geovanna Collaguazo	Cruz Roja Ecuatoriana
Dr. Patricio Prócel	Sociedad de Pediatría Filial Pichincha	Dr. Francisco Guevara	Cruz Roja Ecuatoriana
Dra. Inés Ortega	Universidad Central del Ecuador. Escuela de Medicina	Dra. Amparito García	Policía Nacional. Dirección Nacional de Salud
Sr. Hugo Fabricio Vera Ponce	Proyecto Transgénero	Dra. Marcela Váscquez	FFAA Dirección de Sanidad
Sr. Noel Londell	Proyecto Transgénero	Sra. Lilliana Durán	Foro Nacional de la Mujer
Dra. Elizabeth Vásquez	Proyecto Transgénero	Dra. Virginia Gómez de la Torre	Consultora
Lcda. Marjorie López	CEPAM Guayaquil	Dra. Marta López Ángel	Consultora
Dra. Aida Lafebre	APROFE		

Cooperación Nacional e Internacional

Dra. Marcia Elena Álvarez	UNFPA
Dra. Priscila Cabrera	UNFPA
Soc. Verónica Bumeo	UNIFEM
Dra. Maritza Segura	Family Care International



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

No. 00000174

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- QUE** la Constitución Política de la República del Ecuador dispone: "Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que el estado que sustenten el buen vivir";
- QUE:** la Ley Orgánica de Salud manda: "Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables (...)";
- QUE:** la Ley *Ibidem* en el artículo 32 permite que "En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas;

El personal de los servicios de salud tiene la obligación de atender los casos de violencia intrafamiliar y sexual. Deberán suministrar, entre otros, anticoncepción de emergencia, realizar los procedimientos y aplicar los esquemas profilácticos y terapéuticos necesarios, para detectar y prevenir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH y hepatitis B, previa consejería y asesoría a la persona afectada, con su consentimiento informado expresado por escrito";

- QUE** mediante Acuerdo Ministerial No. 0000000781 de 4 de Diciembre del 2008, se aprueba y autoriza la publicación del "Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género";
- QUE** con memorando No. SNS-10-24-2009 de 19 de enero del 2009, la directora de Normatización del Sistema Nacional de Salud, solicita la reforma del Art. 3 del Acuerdo Ministerial No. 000000781 de 4 de Diciembre del 2008; y;

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR EL ARTÍCULO 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR EN CONCORDANCIA CON EL ARTICULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

ACUERDA:

- Art. 1.- Reformar el Art. 3 del Acuerdo Ministerial No. 0000000781 de 4 de Diciembre del 2008, en el que se aprobó y autorizó la publicación del "Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género", el mismo que expresará:

Acuerdo Ministerial

00000174



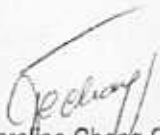
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Art. 3.- Son responsables del seguimiento y evaluación del "Manual de Normas y Procedimientos para la atención de las víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género", las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, Control y Mejoramiento en Salud Pública y Normatización del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) como espacio de concertación y consenso del Sector Salud en los ámbitos de su competencia.

Art.2.- De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a las Direcciones de Normatización y al Consejo Nacional de Salud.

10 MAR. 2009

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.


Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



Revisado Dra. Menzalde 26-01-2009
Dra. Bernarda Salas
Elaborado Dra. Graciela Moya 26-01-2009
ANT.140

Acuerdo Ministerial



Índice



I.	Presentación	13
II.	Antecedentes y justificación	15
III.	Marcos legales nacionales y acuerdos internacionales	18
IV.	Enfoques y conceptualizaciones	26
V.	Ámbitos de protección y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual en el Sistema Nacional de Salud	33
VI.	Promoción de la salud y prevención de la violencia de género, intrafamiliar y sexual en el Sistema Nacional de Salud	34
VII.	Objetivo de la norma y protocolos	37
VIII.	Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida y capacidad resolutiva de la red de servicios	40
IX.	Atención integral de la violencia ejercida contra niñas, niños y adolescentes	71
X.	Bibliografía	91
XI.	Anexos	94

I. Presentación



"Se puede prevenir la violencia... en nuestros propios países y en todo el mundo tenemos ejemplos relucientes de cómo la violencia se ha contrarrestado. Gobiernos, comunidades e individuos pueden lograr un cambio".

Nelson Mandela

La violencia es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. Ocho de las quince principales causas de muerte en las personas de 15 a 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia en la región de las Américas. En el mundo, cada año mueren cinco millones de personas por las mismas causas, cuarenta millones de niñas y de niños sufren maltrato y alrededor del 30 al 50 por ciento de las mujeres en Latinoamérica, viven alguna forma de violencia y la mayor parte de estas agresiones ocurren en el hogar.

Ecuador no escapa a esta realidad, los problemas de salud asociados a la violencia, aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte, en casi todos los perfiles epidemiológicos por ciclos de vida: una de cada tres mujeres y uno de cada dos niños o niñas y adolescentes, refieren haber vivido o sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar (VI), sin mencionar las experiencias de violencia que se viven en otros ámbitos públicos, privados e institucionales de nuestra sociedad. La violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes en todos los ciclos de vida y en ámbitos públicos y privados, es un problema de derechos humanos, social y de salud pública, que se origina en los roles socialmente asignados y atribuidos a hombres y mujeres, y en relaciones de poder inequitativas y de subordinación que afectan principalmente a las mujeres; relaciones que al ser socialmente construidas están sujetas a cambio, modificación y transformación.

El Estado ecuatoriano ha realizado importantes avances en este tema, como parte de su rol de garante de los derechos de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, principales víctimas de la violencia basada en género (VBG). Varios cuerpos legales nacionales y múltiples acuerdos internacionales ratificados en el país dan cuenta del compromiso estatal con la erradicación de este problema. El MSP también ha hecho suya esta causa, al reconocer la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública y al elaborar en 1998, las normas y procedimientos de atención de salud sexual y reproductiva, que contemplan un capítulo dirigido a la detección y manejo de la violencia o maltrato, con un enfoque social, integral e interdisciplinario, complementado con el sistema de registros desarrollado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, que ha permitido hacer visible en gran medida una buena parte de la magnitud del problema.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 hace explícitas las garantías y el derecho a una vida sin violencia y el acceso a la justicia en varios de sus objetivos y metas; incluidas parcialmente desde 2006 en el **Plan Nacional para combatir la trata, explotación sexual, laboral y otros medios de explotación de personas** hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes y ratificadas en noviembre de 2007 con el Decreto Presidencial No. 620 que declara como política de Estado la **Erradicación de la Violencia de Género**, para lo cual se integra una Comisión Técnica conformada por el Ministerio de Gobierno, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia (incluido posteriormente mediante decreto No. 1109) y Derechos Humanos, Consejo Nacional de las Mujeres, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia y el Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INFA), quienes elaboraron e implementan el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género e Intrafamiliar.

El Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género e Intrafamiliar, así como las Normas y Protocolos y la Guía de Servicios que forman parte de este paquete normativo, tanto en su elaboración, como en el proceso de

validación, han recibido valiosos aportes de decenas de profesionales de la salud y de funcionarios/as de otros organismos del Estado, así como de delegadas/os de organismos de cooperación nacional e internacional. La propuesta técnica se irá perfeccionando mientras avanza su implementación en el Sistema Nacional de Salud, pero sólo alcanzará su razón de ser, si logra generar nuevas sensibilidades y compromisos, en los miles de profesionales de la salud y de otras instituciones que tienen responsabilidad pública en un tema de tanta importancia para la vida de las personas y las familias, para la salud pública, la igualdad de género y el acceso a la justicia; por tanto, un tema fundamental para la vigencia de los derechos humanos, y del disfrute de una vida plena y segura desde nuestros hogares y en nuestra sociedad.

Caroline Chang Campos

Ministra de Salud



II. Antecedentes y justificación



En las últimas décadas, los movimientos de mujeres y diversas organizaciones sociales y de derechos humanos, visibilizaron y lograron incorporar en los marcos legales y las políticas públicas temas que tienen que ver con los derechos de los niños, niñas, adolescentes y las mujeres en todos los ciclos de vida, como son: la discriminación, la violencia basada en género (VBG) y la trata, tráfico y explotación sexual de las personas. En nuestro país, podemos observar importantes avances, especialmente en el ámbito de la administración de justicia¹, mientras que a la par, sectores sociales como Salud, Educación y otros ministerios del Frente Social, desarrollaban propuestas de prevención y atención de la VBG.

El 20 de noviembre de 1998, el Ministerio de Salud Pública declaró la violencia como un problema de salud pública y emitió con Acuerdo Ministerial No. 01009, las Normas de Salud Sexual y Reproductiva que incorporaron un capítulo de Violencia Intrafamiliar y Sexual. Este esfuerzo permitió que se iniciaran procesos de capacitación y sensibilización al personal de salud y que mejorara el sistema de registros, viabilizados por la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia creada en 1994 y su reforma posterior en 1998 que incorpora la atención de la Violencia Basada en Género (VBG) como una prestación de salud financiada por el Estado.

El segundo Congreso por la Salud y la Vida de 2005, aprobó la Política de Salud Sexual y Derechos Reproductivos y la Creación de la Comisión Nacional del mismo nombre en el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Los miembros de esta Comisión elaboraron el Plan de Acción de la Política para 2006 - 2008, con una línea de acción específica sobre violencia intrafamiliar y sexual. Mediante Registro Oficial No. 375 del 12 de octubre de 2006 se publicó el **Plan Nacional para combatir la trata, la explotación sexual, laboral y otros medios de explotación de personas**² en particular hacia las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, mientras el 10 de septiembre de 2007, mediante Decreto Ejecutivo No. 620, se declaró como política de Estado la Erradicación de la Violencia de Género, para lo cual se creó la Comisión Técnica de Coordinación Interinstitucional quienes implementan el **Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género e Intrafamiliar**³, y los homónimos planes sectoriales, posteriormente se incluye al Ministerio de Justicia a este plan mediante el decreto No. 1109, este mandato se ratifica en 2008 en varios de los articulados de la actual Constitución de la República del Ecuador.

La violencia que se ejerce contra las mujeres rebasa el ámbito de las diferencias y peculiaridades biológicas para incorporar factores y construcciones sociales de género, como por ejemplo, identidades, roles, responsabilidades y poderes diferentes, que se ven reflejados en el estado de salud de los hombres y las mujeres. Se trata entonces, de transformar esta relación desigual e inequitativa en sinergias positivas y saludables entre géneros.

La violencia de manera general y la violencia basada en género (VBG) que se ejerce contra la mujer en los diferentes ciclos de vida, que afecta también a los niños, niñas y adolescentes, adultos y adultas mayores, y otros grupos de población viviendo en situación de vulnerabilidad, como personas con diferentes orientaciones sexuales o identidades de género y las personas con discapacidades, se ha incrementado paulatinamente en nuestro país. Sin embargo, de esta realidad, no podemos dejar de mencionar que la violencia atraviesa, contagia y afecta a hombres y mujeres desde diversas categorías relacionales y determinaciones por territorios, culturas o religión, entre otras.

La mortalidad general agregada en todos los grupos de edad y ciclos de vida, nos demuestra un incremento de las enfermedades provocadas por la violencia en todas sus formas. Mientras que en la década de los 90's, las principales causas de muerte en el Ecuador estuvieron relacionadas con las enfermedades infecciosas intestinales, en el periodo 2000 - 2007 empiezan a evidenciarse con mayor magnitud las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia.

Para 2007, las agresiones y lesiones autoinfligidas se mantienen entre las primeras causas de mortalidad general: octavo y decimocuarto lugares, respectivamente⁴.

1. Se refiere especialmente a la creación de las comisarías de la Mujer y la Familia en 1994, y la promulgación de la Ley Contra la Violencia a la mujer y la Familia en 1995.
2. Ecuador, Plan Nacional para combatir la trata, explotación sexual, laboral y otros medios de explotación de personas, 2006.
3. Ecuador, Decreto Presidencial No. 620 que declara como política de Estado la Erradicación de la Violencia de Género, Ecuador, 2007.
4. MSP, Indicadores de Salud. Sistema Común de información, MSP, 2007.



La tasa de violencia, se incrementó en un 60% entre 1999 y 2007, pasando de 42,19 a 70,31 x 100 000 habitantes⁵. La región urbana concentra el mayor número de casos y porcentaje de muertes por agresiones y lesiones autoinfligidas, especialmente en las provincias de Guayas, Pichincha y Manabí.

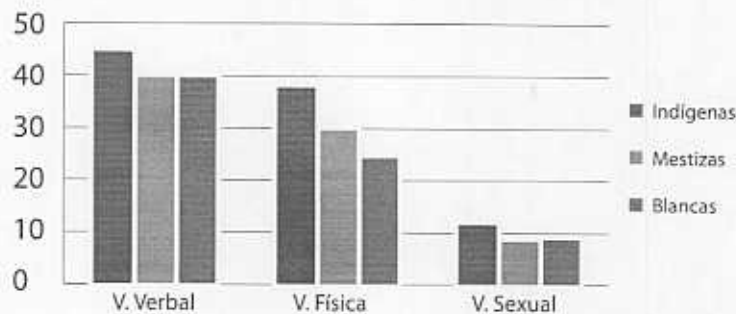
Las denuncias de violencia intrafamiliar, receptadas en las comisarias de la Mujer en Quito, corroboran estos datos, así entre 1999 y 2006 se incrementaron de 49.032 a 60.660 casos. Al desagregar el dato por tipo de violencia, se evidencia que del total de casos registrados como delitos sexuales en la Policía Judicial durante 2006, cerca del 60% correspondió a denuncias por violación. Asimismo, las denuncias de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, relacionadas con acoso, abuso o explotación sexual, intento de violación, pornografía infantil y trata de personas, investigados por el Ministerio Público entre 2003 y 2007, pasaron de 41 a 195 casos⁶.

En casi todos los ciclos de vida, pero especialmente en los/as adolescentes y adultos/as varones, las primeras diez causas de muerte están asociadas con patologías provocadas por agresiones, accidentes y lesiones auto infligidas y en las mujeres se añaden las causas obstétricas⁷.

Violencia en mujeres según grupo étnico

Según estadísticas nacionales, la violencia se produce y se reproduce en todas las clases, grupos étnicos y sociales, cualquiera sea la religión o el nivel educativo y afecta principalmente a las mujeres a lo largo de todo el ciclo de su vida; sin embargo, las mujeres indígenas son las más afectadas⁸.

Cuadro No.1



Fuente: Encuesta ENDEMAIN, Ecuador 2004

Violencia en otros grupos de población

Otros grupos de población afectados por la violencia son los adultos y adultas mayores, las personas con discapacidad o privadas de libertad, y las personas de diferentes orientaciones sexuales o identidad de género, entre otros. Cabe mencionar que, aunque la prevalencia de la violencia, del abuso y/o negligencia en adultos y adultas mayores es desconocida en nuestro país, estudios internacionales estiman rangos que oscilan entre el 1 y el 4%. La doble vulnerabilidad se origina en la situación de fragilidad y dependencia emocional y financiera en que vive la mayoría de este grupo poblacional.

Según el Consejo Nacional de Discapacidades del Ecuador (CONADIS), en Sucumbios, Esmeraldas y Chimborazo, se reportan los más altos porcentajes de personas con discapacidad, mismas que por su condición son más vulnerables a sufrir algún tipo de violencia. Aproximadamente el 12,14% de personas (1'608 334) tienen alguna discapacidad en el Ecuador; el 6% de los hogares ecuatorianos tiene al menos un miembro con discapacidad y la relación de discapacidad mujeres/hombres es de 51,6 y 48,4 % respectivamente.

A pesar de que no disponemos de información nacional, mundialmente se conoce que los grupos GLBTI: gays, lesbianas, bisexuales, transgénero, transexuales e intersexo, están sujetos a las diferentes formas de violencia

5. MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MSP 2007.

6. Ecuador, Policía Judicial, Estadística Dirección Nacional de la Policía Judicial, Quito, 2006 (ver bibliografía citada).

7. OMS-OPS, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

8. CEPAR, Encuesta ENDEMAIN, Ecuador 2004.

debido a su orientación sexual; la violencia contra estos grupos es también violencia de género que ocurre en los espacios privados, en la familia y en el ámbito público.

Junto a la violencia de género encontramos otras violaciones profundas a los derechos humanos como son la trata, tráfico y explotación de personas que afectan especialmente a grupos en situación de vulnerabilidad como son niños, niñas, adolescentes y mujeres. El Ecuador es un territorio de origen, tránsito y destino de esta actividad especialmente en las ciudades de Quito, Santo Domingo, Guayaquil y Machala.

Se reconoce el impacto negativo que tiene la violencia en el estado de salud de la población y especialmente en la salud sexual y reproductiva, las enfermedades crónicas, los síndromes psicológicos y diversos tipos de lesiones que muchas veces tienen a la muerte como desenlace final. La magnitud epidemiológica de la violencia en todas sus formas, demanda una mirada acuciosa, intuitiva, sensible y una atención con enfoque de derechos de parte del equipo de salud para realizar una adecuada, oportuna y confidencial valoración, que permita registrar la denuncia, realizar los exámenes que correspondan, recolectar pruebas para evitar la impunidad, y brindar el apoyo y seguimiento interdisciplinario y multiprofesional que permita recuperar el proyecto de vida de las personas que han sufrido violencia y evitar daños mayores.

En la primera parte de este documento se abordan aspectos generales sobre el enfoque conceptual, marco legal, modelos de abordaje, flujogramas de atención, organización de los servicios, así como actividades de promoción y prevención de la violencia que demandan acciones interinstitucionales. A continuación se realiza una amplia descripción de protocolos de atención por ciclos de vida que nos permitan asegurar una atención integral e integrada en el marco de la protección y la restitución de derechos que le corresponde al Estado y al Sistema Nacional de Salud.

III. Marcos legales nacionales y acuerdos internacionales



Las normas y protocolos para la prevención y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclo de vida tienen como sustento diversos cuerpos legales del país y para el efecto mencionamos los más relevantes:

3.1 Marco Constitucional

La Constitución de la República del Ecuador de 2008, en el Título II, Capítulo Primero define como principios de aplicación de los derechos⁹:

A la igualdad y la no discriminación:

Art. 11.2.- Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física, ni cualquier otra distinción personal o colectiva temporal o permanente que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos.

Garantiza el derecho a la salud con un enfoque integral de derechos:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula a otros derechos (...). La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución, bioética, con enfoque de género y generación.

Destaca el derecho de las personas y grupos de atención prioritaria debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad a las que están expuestas:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas de alta complejidad, recibirán atención especializada en el ámbito público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

La Constitución protege a los grupos de atención prioritaria: niñez, mujeres, adolescentes y adultas y adultos mayores, personas con discapacidad y toda persona en situación de desventaja y vulnerabilidad de:

Art. 38.4 y 46.4.- "...todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones".

En derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades, en el artículo 57, inciso final determina que: "El Estado garantizará la aplicación de estos derechos colectivos, sin discriminación alguna, en condiciones de igualdad y equidad, entre mujeres y hombres".

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

El derecho a la integridad personal, que incluye:

a) La integridad física, psíquica, moral y sexual.



- b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual.(...)

La Constitución establece sobre los derechos de protección:

Art. 76.- En todo proceso en el que se determinen derechos y obligaciones de cualquier orden, se asegurará el derecho al debido proceso.

Art. 78.- Las víctimas de infracciones penales gozarán de protección especial, se les garantizará su no revictimización, particularmente en la obtención y valoración de las pruebas, y se las protegerá de cualquier amenaza u otras formas de intimidación. Se adoptarán mecanismos para una reparación integral que incluirá, sin dilaciones, el conocimiento de la verdad de los hechos y la restitución, indemnización, rehabilitación, garantía de no repetición y satisfacción del derecho violado.

Se establecerá un sistema de protección y asistencia a víctimas, testigos y participantes procesales.

Determina los objetivos del Sistema Nacional de Salud:

Art. 358.- El sistema nacional de salud, tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural.

Señala y define algunos atributos de los servicios de salud:

Art. 362.- Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Determina las responsabilidades del Estado en salud, particularmente en relación con los grupos de atención prioritaria:

Art. 363.5.- El Estado será responsable de: Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

3.2 Ley Orgánica de Salud¹⁰

Ley No 67, aprobada el 14 de diciembre del 2006 y publicada en el suplemento del Registro Oficial Nro. 423 del 22 de Diciembre del 2006.

La Ley Orgánica de salud en varios de sus articulados establece:

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Sobre las competencias y responsabilidades de la autoridad sanitaria define:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.
7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables.

10. Ver Web: http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/ley_organica_salud.pdf

En el Libro Primero, de las Acciones de Salud, Título 1, capítulo 1, disposiciones comunes señala:

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el autocuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimen y prevengan conductas nocivas.

La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Educación, vigilará que los establecimientos educativos públicos, privados, municipales y fiscomisionales, así como su personal, garanticen el cuidado, protección, salud mental y física de sus educandos.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimar conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.

Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la Ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo a las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional.

La autoridad sanitaria nacional regulará y controlará la difusión de programas o mensajes, para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes.

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

En el Capítulo III de la salud sexual y la salud reproductiva destaca:

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 27.- El Ministerio de Educación, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

La Ley Orgánica de Salud en el Capítulo IV De la violencia señala:

Art. 31.- El Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud.

Art. 32.- En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas.

El personal de los servicios de salud tiene la obligación de atender los casos de violencia intrafamiliar y sexual.



Deberán suministrar, entre otros, anticoncepción de emergencia, realizar los procedimientos y aplicar los esquemas profilácticos y terapéuticos necesarios, para detectar y prevenir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH y hepatitis B, previa consejería y asesoría a la persona afectada, con su consentimiento informado expresado por escrito.

Art. 33.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio Fiscal y otros organismos competentes implementará acciones para armonizar las normas de atención e instrumentos de registro de los distintos tipos de violencia y delitos sexuales, unificándolos en un manual de procedimientos de aplicación obligatoria en los distintos niveles de salud y en el Sistema Nacional de Salud.

3.3 Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia

Ley N° 103, aprobada el 29 de noviembre de 1995 y publicada en Ecuador, en el Registro Oficial N° 839, del 11 de diciembre del mismo año.

La Ley contra la violencia a la mujer y la familia aclara la responsabilidad que tiene el personal de la salud en la denuncia de los casos de violencia:

Art. 9.- De las personas que pueden ejercer la acción.- Sin perjuicio de la legitimación de la persona agraviada, cualquiera persona natural o jurídica que conozca de los hechos, podrá proponer las acciones contempladas en esta Ley.

Las infracciones previstas en esta Ley son perseguibles de oficio, sin perjuicio de admitirse acusación particular.

Art. 10.- Los que deben denunciar.- Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento bajo pena de encubrimiento:

Los agentes de la Policía nacional;
El Ministerio Público; y
Los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimientos de los casos de agresión.

3.4 Reglamento a la Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia¹¹

Reglamento expedido mediante Decreto Ejecutivo No. 1982 de 18 de agosto del 2004 y publicado en el Registro Oficial No. 411 de 1 de Septiembre del año 2004.

El reglamento ratifica las responsabilidades del personal de salud en la denuncia de actos de violencia:

Art. 17.- Los que deben denunciar.- De conformidad con el artículo 10 de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, los responsables de denunciar los actos de violencia intrafamiliar deberán realizarlo de la siguiente manera:

- a) Los agentes de la Policía Nacional presentarán el respectivo parte ante la Fiscalía o la Comisaría;
- b) Los fiscales actuarán conforme al Código de Procedimiento Penal; y,
- c) Los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad competente copia del registro de atención, debidamente firmada por el profesional de salud que le atendió.

En estos casos sugerimos al personal de salud revisar el protocolo de informe médico legal que utiliza la Fiscalía del país (anexo 6), para armonizar la información existente en los formularios de la Historia Clínica Única del Sistema Común de Información en Salud, con la información que recaban los peritos a petición de la autoridad competente.

¹¹ Ver web: http://www.mingobierno.gov.ec/dinaje/reglamento_a_la_ley_contra_la_violencia_a_la_mujer.html

3.5 Código de la Niñez y Adolescencia

Ley N°100. Aprobado el 17 de diciembre de 2002 y publicado el 3 de enero del 2003. Codificación No. 2002-100. R.O. 737 de 3 de enero del 2003.

El Código de la Niñez y Adolescencia ratifica el rol y responsabilidades de los profesionales en los procesos de denuncia, en actividades de protección y evitamiento de doble victimización:

Art. 72.- Personas obligadas a denunciar.- Las personas que por su profesión u oficio tengan conocimiento de un hecho que presente características propias de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes, incluida la Defensoría del Pueblo, como entidad garante de los derechos fundamentales.

Art. 73.- Deber de protección en los casos de maltrato.- Es deber de todas las personas intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente en casos flagrantes de maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual y otras violaciones a sus derechos; y requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial.

Art. 80.- Exámenes médico legales.- Los exámenes médico legales a un niño, niña o adolescente, se practicarán en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad físicas y emocional del paciente.

Salvo que ello sea imprescindible para su tratamiento y recuperación, se prohíbe volver a someter a un niño, niña o adolescente víctima de alguna de las formas de maltrato o abuso señalados en este título, a un mismo examen o reconocimiento médico legal.

Los profesionales de la salud que realicen estos exámenes están obligados a conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba encontrados; y a rendir testimonio propio sobre el contenido de sus informes.

Los informes de dichos exámenes, realizados por profesionales de establecimientos de salud públicos o privados y entidades de atención autorizadas, tendrán valor legal de informe pericial.

3.6 Ley Reformatoria al Código de Procedimiento Penal y al Código Penal¹²

El Código Penal, fue publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 147 de 22 de enero de 1971 y ha sido reformado varias veces. La última se encuentra publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 555 de 24 de marzo del 2009.

Establece en relación con la denuncia:

Art. 42 del CPP, sustituido por el Art. 16 de la Ley s/n R.O. 555-S, 24-III-2009

La persona que conociere que se ha cometido un delito de acción pública, excepto aquella a quien la Ley se lo prohíbe, debe presentar su denuncia ante el fiscal competente, la Policía Judicial o la Policía Nacional

Esta ley ratifica la responsabilidad que tiene el personal de salud, en la preservación de evidencias y pruebas:

Art. 86. Apreciación de la prueba.- Toda prueba será apreciada por el juez o tribunal conforme a las reglas de la sana crítica. Ninguna de las normas de este Código, se entenderá en contra de la libertad de criterio que establece el presente artículo.

Art. 95. Informes periciales.- Durante la indagación previa, o en la etapa de instrucción, los peritos realizarán informes sobre la experticia realizada. Este documento lo incorporará el fiscal en el

expediente y el defensor lo exhibirá durante la etapa intermedia. Si hubiere peligro de destrucción de huellas o vestigios de cualquier naturaleza en las personas o en las cosas, los profesionales de medicina, enfermeros o dependientes del establecimiento de salud a donde hubiere concurrido la persona agraviada, tomarán las evidencias inmediatamente y las guardarán hasta que el fiscal o la policía judicial dispongan que pasen al cuidado de peritos para su examen. Si se tratare de exámenes corporales, la mujer a la cual deban practicárselos podrá exigir que quienes actúan como peritos sean personas de su mismo sexo.

El Código Orgánico de la Función Judicial aprobado el 3 de marzo de 2009 y publicado en el suplemento del Registro Oficial N° 544 del 9 de marzo del 2009 señala:

Las instancias actuales de denuncia para los casos de violencia **que no constituyen delito son:** los Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados Únicos.

Sobre el Reconocimiento y Responsabilidad del denunciante:

Art. 46.- La fiscal o el fiscal ante quien se presente la denuncia hará que el autor la reconozca sin juramento, advirtiéndole sobre las responsabilidades penales y civiles originadas en la presentación de denuncias temerarias o maliciosas

Art. 51.- El denunciante no será parte procesal, pero responderá en los casos de denuncia declarada como maliciosa o temeraria

Sobre la prueba y su valoración:

Art. 82.- Para la obtención de muestras de fluidos corporales y componentes orgánicos de una persona, se precisa de su consentimiento expreso, o del requerimiento del juez de garantías penales para que las proporciones, sin que pueda ser físicamente constreñida. Este requerimiento judicial procederá, a pedido del Fiscal, solamente si por la naturaleza y circunstancias de la infracción, tales elementos de prueba fueren indispensables para evitar la incriminación de un inocente o la impunidad del delito.

En relación a la recolección de evidencias y pruebas la Ley reformativa al Código de Procedimiento Penal y al Código Penal¹³ establece:

Art. 86.- Apreciación de la prueba: Toda prueba será apreciada por el juez o tribunal conforme a las reglas de la sana crítica. Ninguna de las normas de este Código se entenderá en contra de la libertad de criterio que establece el presente artículo.

Art. 91.- La prueba material consiste en los resultados de la infracción, en sus vestigios o en los instrumentos con los que se cometió, todo lo cual debe ser recogido y conservado para ser presentado en la etapa del juicio y valorado por los tribunales penales.

Art. 94.- Son peritos los profesionales especializados en diferentes materias que hayan sido acreditados como tales, previo proceso de calificación de las direcciones regionales del Consejo de la Judicatura.

Art. 95.- Informes periciales: Durante la indagación previa, o en la etapa de instrucción, los peritos realizarán informes sobre la experticia realizada. Este documento lo incorporará el fiscal en el expediente y el defensor lo exhibirá durante la etapa intermedia. Si hubiere peligro de destrucción de huellas o vestigios de cualquier naturaleza en las personas o en las cosas, los profesionales de medicina, enfermeros o dependientes del establecimiento de salud a donde hubiere concurrido la persona agraviada, tomarán las evidencias inmediatamente y las guardarán hasta que el fiscal o la policía judicial dispongan que pasen al cuidado de peritos para su examen. Si se tratare de exámenes corporales, la mujer a la cual deban practicárselos podrá exigir que quienes actúan como peritos sean personas de su mismo sexo. (Art. 22 de las reformas al Código Penal y al Código de Procedimiento Penal).

El Código de Procedimiento Civil señala que si la persona que ha de rendir el testimonio fuere un funcionario que debe informar, se sujetará a lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil.

13. Ver web: R.O # 555 del 24 de Marzo del 2009 Suplemento.



3.7 Otras disposiciones legales

Nacionales

Leyes:

- Ley de Amparo al Paciente. Ley No. 77 (RO/ Sup. 626 de 3 de febrero de 1995).
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Ley Nro. 000.RO / Sup. 523 del 9 de septiembre de 1994. Título reformado por Ley No. 129 publicado en el RO / 381 del 10 de agosto de 1998).
- Código de la Niñez y la Adolescencia. (Ley No. 100 del 3 de enero de 2003)

Decretos Ejecutivos:

- Decreto Ejecutivo No. 179 que garantiza los Derechos Humanos de los Niños/as y Adolescentes del 2005.
- Decreto Ejecutivo No. 620 del 11 de septiembre del 2007. Erradicación de la violencia hacia la niñez, adolescencia y mujeres¹⁴, una política de Estado (anexo 1).
- Decreto Ejecutivo No. 1109 que incluye al Ministerio de Justicia en el Plan de erradicación de la violencia hacia la niñez, adolescencia y mujeres.

Acuerdos Ministeriales:

- Acuerdo Ministerial del MSP sobre VIF, 1998.
- Acuerdo Ministerial N° 3393 reformativo al 4708 (Registro oficial 431 del 29 de septiembre del 2004) para elaborar e implementar una política de prevención de los delitos sexuales en el espacio educativo¹⁵.

Planes:

- Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia 2004-2014 (Política 9 Prevención y Atención a toda forma de maltrato, violencia, abuso y explotación).
- Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010 (Política 4 Derecho a la Protección).
- Plan Nacional para combatir la trata de personas, Ecuador, 2006.
- Plan Nacional de Erradicación de la Violencia, 2007

Normas:

- Normas de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, 1998.

Ordenanzas Municipales:

Aprobadas y emitidas en varios municipios del país:

- Ordenanza que establece las políticas tendientes a erradicar la violencia intrafamiliar y de género en el Distrito Metropolitano de Quito¹⁶.
- Ordenanza que establece las políticas para erradicar la violencia de género en el ámbito público y privado del Cantón Cuenca¹⁷.
- Ordenanza Municipal No. 169 publicada el 27 de noviembre del 2002 que establece las políticas para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar, en el Cantón Cuenca.
- Ordenanza Municipal No. 08/03/2005 que establece las políticas públicas orientadas a erradicar la violencia intra-familiar en el Cantón Calvas¹⁸.

14. Ver web: <http://webapps01.un.org/vawdatabase/uploads/Ecuador%20-%20decreto%20620.doc>

15. Ver web: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1336&Itemid=99999999

16. Ver web: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1794&Itemid=99999999#anchor99883

17. Ver web: http://www.cuenca.gov.ec/download/ordenanzas/273_VIOLENCIA%20INTRAFAMILIAR.doc

18. Ver web: http://catimanga.gov.ec/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=74:ordenanza-2005&catid=36:ordenanzas-2005&Itemid=145



- Ordenanza que establece las políticas tendientes a prevenir y erradicar la violencia de género contra la mujer en el Gobierno Cantonal de Sucre¹⁹.
- Ordenanza que regula las acciones tendientes a erradicar la violencia intrafamiliar y de género en el Cantón Salcedo²⁰.
- Ordenanza de formación y funcionamiento de la Casa Municipal de Desarrollo Humano del Cantón Morona²¹.

Internacionales

Declaraciones:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948²².
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1998.

Convenciones:

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención Belém do Pará, 1994²³.
- Convención sobre los Derechos del Niño/a, 1989²⁴.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979²⁵.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 1969²⁶.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de la Juventud, 2008.

Recomendaciones:

- Recomendación General No. 19 adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, 1994²⁷.

Convenios:

- Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena, 1949.

Reglas de Procedimiento:

- Reglas de Procedimiento y Prueba del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 2000.

Estatutos:

- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 1998²⁸.

Protocolos:

- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños o Protocolo de Palermo, 2000²⁹.
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño/a relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía, 2000³⁰.
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1999³¹.

19. Ver web: <http://www.bahia.decaraquez.com/ordenanzas/violenciafamiliar.pdf>

20. Ver web: http://www.salcedo.gov.ec/ordenanzas/22112001_00.doc

21. Ver web: http://www.macas.gov.ec/municipio/ordenanzas/o_casa_humano.pdf

22. Ver web: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

23. Ver web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0029.pdf>

24. Ver web: http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/A2crc_sp.htm

25. Ver web: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

26. Ver web: http://www.hchr.org.co/documentoselinformes/documentos/fitml/pactos_conv_americana_derechos_humanos.html

27. Ver web: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Sgeneral19.htm>

28. Ver web: <http://www.derechos.net/doc/tpl.html>

29. Ver web: http://www2.ohchr.org/spanish/law/pdf/protocolo-tr%C3%A1fic_sp.pdf

30. Ver web: <http://www.gloobalnet.iepala/global/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=4418>

31. Ver web: http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/opt_cedaw_sp.htm

IV. Enfoques y conceptualizaciones



4.1 Tipos de violencia

Las definiciones utilizadas provienen de los marcos legales nacionales y en algunos casos, de acuerdos y leyes internacionales suscritas por el país. En otras ocasiones se incorporan avances conceptuales desarrollados desde las múltiples disciplinas sociales con la finalidad de alcanzar una visión integral y abarcativa de la temática.

Es importante tomar en cuenta que tanto los marcos legales nacionales, como el sistema común de información de salud del país, utiliza el término **matrato** -para el caso de niños, niñas y adolescentes- como término homónimo de violencia, lo que deberá ser considerado por los profesionales de la salud.

Violencia de género

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer". En su artículo No. 1 la define como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".

Feminicidio

Es el asesinato de la mujer por el hecho de serlo. Se basa en las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres y puede darse en espacios privados o públicos. Es el continuo de la violencia de género que se manifiesta en violaciones, torturas, mutilaciones, esclavitud sexual, incesto y abuso sexual de niñas y mujeres dentro y fuera de la familia.

Violencia intrafamiliar

La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia³² define:

Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. (Art 2).

Formas de violencia intrafamiliar

Para los efectos de esta Ley, se considera:

- **Violencia física.-** Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.
- **Violencia psicológica.-** Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.



- **Violencia Sexual.**- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Con definiciones similares el **Código de la Niñez y Adolescencia** utiliza el concepto homónimo de maltrato y violencia, en concordancia con el CIE-10³³. Para efectos de aplicación de esta Norma se considera esta homologación (Art4).

- **Se entiende por maltrato** toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente, o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Maltrato psicológico es el que ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido. Se incluyen en esta modalidad las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, otros parientes o personas encargadas de su cuidado (Art. 67).

Abuso sexual infantil

Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio.

Para efecto de esta norma se considerará y utilizarán los términos maltrato o violencia como equivalentes en sínderesis con los marcos legales y la CIE-10.

Acoso Sexual

El que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero prevalléndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será castigado como autor de acoso sexual con pena de prisión de seis meses a dos años³⁴.

Violencia patrimonial o económica

Constituye una forma más de violencia psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente. Ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero.

4.2 Enfoque de género en salud

El género es una construcción sociocultural, que hace referencia a un conjunto de roles, relaciones sociales y construcciones culturales que se evidencian en: características de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder que cada sociedad atribuye diferencialmente a la persona según su sexo. Este concepto es distinto al de sexo³⁵, que se refiere únicamente a las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres.

Las personas nacen hembras o varones, pero aprenden como niñas y niños para acabar siendo mujeres y hombres. En consecuencia, el centro de interés del enfoque de género no son las mujeres -o los hombres- per se, sino las relaciones de desigualdad social entre los sexos. El género, como otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente³⁶, es una forma peculiar y potente de estratificación que interactúa con otros marcadores sociales como clase, edad, etnia y orientación sexual entre otros y al ser una construcción social es dinámico y está sujeto a cambios.

33. Ley N°100. RO. 737 de 3 de Enero del 2003.

34. Código penal. Art.(511.1).

35. Baca Zinn y Thorton Dill, 1998 citado en SEN G, ASHA G, PIROSKA O, *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*, 2005.

Las relaciones de género se estructuran institucionalmente y se refieren no sólo a las relaciones entre individuos en el ámbito personal o familiar, sino también a un conjunto complejo de normas y valores que permean los sistemas de organización y las estructuras sociales, tales como la salud, los sistemas legales y la religión.

El género es un principio fundamental en la organización de la sociedad que cambia en función del tiempo, la cultura y el estrato socio-económico y que afecta la salud, el bienestar y los procesos de enfermedad tanto de los hombres como de las mujeres. En efecto, cualquiera que sea la cultura, la etnia o el grupo de edad, a los hombres y a las mujeres se les asignan roles, atributos, responsabilidades e inclusive derechos diferentes. Esta asignación de roles sociales diferentes moldea el desarrollo de habilidades y capacidades y dirige su aplicación a espacios vitales y esferas de actividad distintos.

Se reconoce cada vez más, la existencia de disparidades sistemáticas entre la salud de las mujeres y la de los hombres que no son consecuencia de las características biológicas de cada sexo, sino del lugar diferente que ocupa cada uno en la sociedad. Estas disparidades, definidas como inequidades, resultan de las diferencias de sexo, nivel socio-económico, etnicidad, edad, región geográfica y orientación sexual. La suma de dos o más de estas características también puede exacerbar las inequidades de la salud entre grupos.

Lo que se refleja en patrones distintos y a menudo poco equitativos, relacionados con el ejercicio del derecho a una atención integral de salud tanto para las mujeres como para los hombres de manera diferenciada. También se traduce en asimetrías en la forma en que hombres y mujeres contribuyen a la salud de la familia y de las comunidades, a las decisiones en el sector salud y en la manera en que se retribuye este aporte.

La equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres deben tener la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten ejercer el derecho a la salud integral³⁷.

Cuando se abarca el tema de la violencia basada en el género y de la violencia intrafamiliar, es importante tener presente que:

- La mayoría de los autores de violencia son hombres, aunque también se dan casos de violencia hacia hombres, o hacia adolescentes y niños/as por parte de mujeres.
- Las evidencias muestran que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir violencia causada por hombres cercanos a su entorno.
- La violencia física casi siempre va acompañada de violencia psicológica y en muchos casos de abuso sexual.
- La mayoría de las mujeres que sufren alguna agresión física por parte de su pareja, por lo general, serán víctimas repetidas veces de actos de violencia.
- La violencia contra las mujeres traspasa los límites de las clases socioeconómicas, de la religión y del origen étnico.
- La violencia contra las mujeres, los niños, niñas y adolescentes afecta el desarrollo del país y compromete importantes recursos financieros, tanto en la procuración de justicia, como en el gasto público en salud.
- La violencia basada en el género (VBG) es producto de construcciones históricas y sociales. La VBG está naturalizada en la vida de hombres y mujeres y por esta razón, es complejo reconocerla como un hecho social que puede y debe transformarse.

Los y las proveedores/as de salud no están ajenos a esta dinámica por tanto es imprescindible partir de la pregunta:

¿Hasta qué punto soy violento/a, y justifico o encubro la violencia en los casos que conozco?

Contestar esta pregunta, nos dará la posibilidad de iniciar un proceso de de-construcción conceptual y re-conocimiento del problema para poder brindar el apoyo y atención integral que demandan las personas en nuestros servicios de salud y promover relaciones de género saludables y equitativas.



4.2.1 Los hombres y la violencia

La violencia que ejercen los hombres hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes es la expresión dramática de la construcción histórica y social de lo que se percibe y admite como masculinidad hegemónica: fortaleza física, restricción para expresar las emociones e imitación de modelos de control, tendencia al ámbito extra-hogar, poder y competencia, rol de proveedor y protector, asertividad y pragmatismo, entre otros, que configuran la triada de la violencia masculina:

- Violencia contra si mismos, ocultando sentimientos y debilidades para demostrar "hombria", asumiendo riesgos y situaciones de peligro.
- Violencia contra otros hombres, como reflejo de sus características de competitividad, manejo violento de discrepancias y exaltación de fuerza física como valor de masculinidad.
- Violencia contra las mujeres, por la subvaloración de lo femenino ante lo masculino, el derecho que se otorgan de ser servidos por mujeres, lo que configura un imaginario de lo esperado en sus relaciones.

Estos comportamientos son expresiones de un aprendizaje histórico que no es natural ni biológico, y por tanto, puede y debe ser transformado. El inicio de este cambio incluye una conciencia para evitar reproducir y perpetuar en el lenguaje (bromas, chistes, conversaciones), conductas y actitudes que perpetúan la violencia. Exige también incorporar el tema de masculinidades en las políticas de género y trabajar en abordajes interdisciplinarios desde los servicios de salud, con los agresores para estimular relaciones saludables entre hombres y mujeres.

Finalmente, no podemos perder de vista que los comportamientos violentos contagian y afectan a hombres y mujeres en todos los ciclos de vida, territorios, culturas y diversidades del país³⁸.

4.3 Ciclo de la violencia intrafamiliar y de género

El conocimiento y la identificación del ciclo y fases de la violencia intrafamiliar y de género, permitirá al personal de salud orientar de manera integral e integradas sus actividades:

Señales de arrepentimiento por parte del agresor.

El afecto es más intenso entre ambos (relación de dependencia). Si no se termina la violencia se produce el deterioro a nivel afectivo, cognitivo y conductual de todos los integrantes de la familia.

Insultos, riñas, peleas, otras expresiones no consideradas violentas. Puede durar días o meses.



Aumenta la tensión.

Incrementa la frecuencia y gravedad de actos de violencia. Es una etapa breve pero más dañina. Dependiendo de la fortaleza emocional, autoestima y sentimiento de culpa o miedo, la persona agredida puede paralizarse o buscar ayuda.

La persona busca ayuda: familia, amigos/as y centros de ayuda.

38. Eru, María del Carmen, et al. Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. Secretaría de la Salud, México tercera reimpresión, noviembre 2002.

4.4 Factores coadyuvantes a la violencia de género, intrafamiliar y sexual

La observación de agresiones entre el padre y la madre (o quienes fueron los modelos de crianza).

Altos niveles de tensión y/o estrés, cuanto mayor es el estrés, mayor es la posibilidad de agresión.

El abuso del alcohol y/o drogas podrían desencadenar situaciones de violencia o exacerbarlas, pero "NO es la causa, en sí de la violencia".

Los patrones de crianza hacia los hijos/as en los que se confunde violencia con disciplina o autoridad.

El establecimiento de relaciones violentas en la pareja.

La aceptación cultural que hace la sociedad de la agresión física, psicológica y sexual a las mujeres y las personas.

La creencia de que la violencia es un mecanismo para resolver los conflictos.

La ausencia o debilidad de valores humanos (libertad, respeto, solidaridad) en las relaciones humanas cotidianas.

La migración de los progenitores afecta la estructura familiar y puede aumentar el riesgo de violencia en el entorno familiar y social.

La presencia de enfermedades, discapacidades o pobreza, pueden crear ambientes familiares de inestabilidad que favorecen situaciones de violencia.



4.5 Indicadores de sospecha de la violencia de género e intrafamiliar durante el ciclo de vida de las personas

EN LA MUJER, ADULTO/A, ADULTO/A MAYOR:	
Indicadores clínicos	Indicadores psicológicos
<p>Antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de acudir a servicios de salud por presentar traumatismos • Historia de complicaciones y abortos no especificados. • Historia de partos prematuros y bajo peso al nacer. <p>Manifestaciones que pueden encontrarse en la consulta médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos • Heridas o laceraciones. • Quemaduras. • Dolor pélvico crónico. • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA. • Lesiones en los senos, abdomen y genitales. • Malnutrición y anemia. <p>En la Embarazada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de aborto o aborto espontáneo. • Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta • Muerte fetal • Infección de anexos ovulares (corioamnionitis) • Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas) después del parto o después de un aborto. 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono. • Sentimientos de soledad. • Indiferencia dentro del hogar. • Falta de afecto. • Desvalorización. • Descuido de su salud. • Agresividad / pasividad. • Despojo de sus propiedades. • Temor a las relaciones sexuales. • Disminución de la libido o apetito sexual como: frigidez, dispareunia, repulsión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa. <p>En la embarazada y el post parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazos no deseados. • Psicosis puerperal transitoria. • Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia. • Otras alteraciones emocionales, temor, tristeza, apatía depresión, intento de suicidio. <p>En adultas/os y adultas/os mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión para que se hagan cargo del cuidado de nietos/tas. • Inseguridad social y laboral.

RECUERDE: El embarazo no protege a la mujer de la violencia de género, al contrario se convierte en factor de vulnerabilidad y riesgo, con efectos físicos y emocionales. La mujer violentada desarrolla cuadros de estrés con angustia, depresión, y sentimientos de aislamiento. Los factores de riesgo para homicidio son mayores en mujeres maltratadas durante el embarazo. Lo que más sorprende en este caso es que el responsable de la violencia es el mismo copartícipe del embarazo quien tendría que contribuir al cuidado de la mujer y su bebé. Los efectos son múltiples: aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae), muertes fetales, infección de membranas amnióticas (corioamnionitis), parto prematuro y recién nacidos de bajo peso. Las mujeres embarazadas maltratadas también son más proclives al abuso de drogas⁴⁰, provocando bajo peso al nacer, lo que se agrava en madres adolescentes⁴¹. Los golpes directos al abdomen afectan a la madre y al bebé y pueden ocasionar: muerte fetal, fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de pelvis y hemorragia antes del parto⁴².

El maltrato incrementa, también, la morbilidad materna al incidir en el retraso en los controles prenatales y la limitación para detectar tempranas complicaciones. El impacto psicológico de la violencia en la mujer embarazada provoca aislamiento social, baja autoestima, angustia y depresión, que muchas veces puede conducir a intentos de suicidio o realización del acto y a veces feminicidio⁴³.

40 Bayatpour, et al. 1992 y Parker, et al, 1994. Los golpes directos al abdomen afectan a la madre y al bebé y pueden ocasionar: muerte fetal, fracturas fetales, ruptura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas de pelvis y hemorragia antes del parto.

41 Ribe, J, et al. "Blows to the maternal abdomen causing fetal demise: Report of three cases and a review of the literature" in Journal of Forensic Sciences, 38 (5): 1092-1096, 1993.

42 Eiu, María del Carmen, et al. Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. Secretaría de la Salud, México tercera reimpresión, noviembre 2002.

EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Indicadores clínicos	Indicadores psicológicos
<ul style="list-style-type: none">• Bajo peso al nacer.• Retraso en el crecimiento / acortamiento de la talla para edad• Golpes o heridas.• Quemaduras.• Fracturas sin explicación.• Dificultad al caminar.• Infecciones de transmisión sexual.	<p>Conductas extremas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rol de adulto/ conducta demasiado infantil para la edad.• Agresividad/pasividad• Fugas de la casa o de la escuela.• Intento de suicidio.• Bajo rendimiento escolar.• Problemas de desarrollo emocional, intelectual y conductual.• Dependencia o mala relación con otros compañeros.• Comportamiento sexual inadecuado / insinuaciones sexuales.• Trastornos del sueño, apetito.



V. Ámbitos de protección y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual en el Sistema Nacional de Salud



Para dar respuesta a un problema de salud pública multidimensional y brindar protección y atención integral, se acogen y adaptan las recomendaciones que propone la OMS⁴³, para intervenir en diversos niveles o ámbitos: individual, relaciones sociales y ámbito global donde actúan los determinantes de la salud⁴⁴.

Individual



Con usuarios/as: para promover y garantizar la restitución de derechos y recuperación del proyecto de vida. Para asegurar atención integral e integrada en la red de protección integral que le corresponde al Estado como garante de derechos y promover la participación social.

Con el personal de salud: para desarrollar capacidades, sensibilidades, conocimientos habilidades y destrezas que permitan abordar integralmente y con equipos multidisciplinares los casos de violencia.

Con agresores/as: mediante un enfoque integral y multidisciplinario que permita abordar las esferas afectivas, cognitiva, social, grupal y creativa para re canalizar los comportamientos negativos.

Social



Con grupos sociales: familia, vecinos, escuela, colegio, universidad, trabajo, organizaciones sociales y asociaciones para fortalecer redes de apoyo mutuo.

Con el equipo de salud: para fortalecer el trabajo multidisciplinario y en equipo que permita fomentar el respeto, la horizontalidad en las relaciones interpersonales y profesionales para motivar y alcanzar el cambio institucional hacia el buen trato.

Global



Político con autoridades y gobiernos: para participar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas y/o en la elaboración, reforma e implementación de leyes, planes, programas, normas y protocolos de atención.

Ámbitos de protección y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual en el SNS

43. OPS-PMS. *La violencia basada en el género: Un problema de salud pública y de derechos humanos, en la violencia contra las mujeres: responde el sector salud*.
44. Velzeboer, M, et al. *La violencia contra las mujeres: Responde el sector salud*. OPS/OMS, 2003.

VI. Promoción de la salud y prevención de la violencia de género, intrafamiliar y sexual en el Sistema Nacional de Salud



Las acciones integrales de promoción de la salud, y prevención de la violencia, en el marco del modelo de atención familiar, comunitario e intercultural, radican en el trabajo conjunto entre prestadores de servicio, actores comunitarios y en una amplia participación social de la ciudadanía, donde cada uno/a tiene un rol protagónico que cumplir. La red de actores incluye gobiernos locales, organizaciones comunitarias, asociaciones, servicios de salud, justicia, educación, ONG locales, grupos de mujeres entre otros.

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. Es importante mantener un alto nivel de participación con todos los servicios médicos, legales (Policía Judicial y autoridades de Protección a la Infancia) y sociales, manteniendo además espacios de información permanentes.

Las 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:

- **Las mujeres:**
Para la difusión de los derechos, particularmente del derecho a la integridad y a una vida libre de violencia, fortalecimiento de autoestima, fomento de la autonomía, conocimiento de la violencia y sus consecuencias y como proceder de acuerdo a las diferentes situaciones.
- **Los hombres:**
Para motivar y estimular una mirada profunda sobre el arquetipo de la masculinidad, comportamientos al interior de la familia y la sociedad. Reflexionar sobre los patrones socio-culturales de género inequitativos y dañinos, tanto para hombres, como para mujeres.
- **Los/as amigo/as y la familia cercana a los agresores:**
Para ayudar a modificar el comportamiento de los agresores hablándoles de la violencia y aclarando que es una acción injustificable que viola los derechos humanos.
- **Padres y madres:**
Motivando la enseñanza de comportamientos familiares no violentos y de respeto. Relaciones horizontales entre mujeres y hombres, y revisión de los roles tradicionalmente asignados a niños, niñas y adolescentes.
- **Con los/as agresores:**
Las intervenciones deben garantizar la seguridad de las víctimas potenciales. Es importante recalcar que la responsabilidad de la violencia recae de manera absoluta y directa sobre la persona que la ejecuta. Es necesario concienciar que la violencia es un problema social, que puede ser provocado y/o influenciado por factores políticos, históricos y culturales, pero también se trata al fin y al cabo de una decisión personal, que es responsabilidad de la persona que la ejerce.
- **Sobrevivientes de la violencia:**
Hacer participar a los/as sobrevivientes de la violencia en:
 - La planificación y prestación de servicios.
 - La identificación de aliados comunitarios con los cuales elaborar estrategias de lucha contra la violencia.
 - Procesos de investigación-acción donde se privilegia la transformación o cambio de patrones socio-culturales.
 - Sensibilización y formación de los profesionales que atienden directamente a las personas víctimas de violencia.



- Grupos de ayuda para niños, niñas y jóvenes expuestos a situaciones de violencia intrafamiliar.
 - Grupos de ayuda con mujeres que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia.
 - Programas masivos de sensibilización dirigidos al público.
- **Población en general:**
 Concientizar sobre la necesidad de acabar con la tolerancia social de la violencia basada en el género, evidenciar que es una violación a los derechos humanos y que es necesario aunar esfuerzos para enfrentar este problema.
 - Difusión de los derechos humanos de mujeres, niñas, niños y adolescentes, dirigida a toda la población.
 - Fomentar entornos saludables y libres de violencia a nivel familiar, educativo, comunitario, revalorización del afecto, el respeto mutuo y relaciones interpersonales horizontales y equitativas.

6.1. Programas específicos para reducir la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA)

Las niñas, los niños y los adolescentes que han sufrido o que han sido testigos de la violencia familiar tienen mayor riesgo de afecciones en el estado de salud general, como en la salud mental. Los programas más eficaces para este grupo de edad, son los que utilizan mensajes lúdicos y creativos relacionados con el teatro, la música e internet por lo que se recomienda su participación en la elaboración de material comunicativo sobre el tema.

PROGRAMAS DE LARGO PLAZO	ACCIONES
<p>Algunos programas recomendados para reducir los efectos de la violencia tanto en los grupos expuestos como en los testigos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos de detección y programas de intervención precoz. • Programas de prevención a nivel de la población que permitan ver la relación entre la violencia intrafamiliar y los problemas de comportamiento de los NNA. • Programas de ayuda en la escuela y otros establecimientos educativos. 	<p>Desarrollar acciones que disminuyan los riesgos de violencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA). • Ayudar a NNA a desarrollar su autoestima. • Escucharles atentamente, 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, indicarle que la fuerza y los insultos no son aceptables en una relación. • Enseñarles que ninguna persona tiene el derecho de ejercer dominio sobre otro/a. • Enseñar que el odio se asocia con la inseguridad y la necesidad de dominio. • Enseñarles a tratar al otro con respeto. • Incentivarles a denunciar las actitudes y comportamientos violentos. • Explicarles dónde acudir, para compartir con otros jóvenes que también tienen dificultades.

Promoción de la salud y prevención de la violencia de género, intrafamiliar y sexual en el SNS

Elaboración y reproducción de material educativo, debe considerar:

- 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 deconstruir 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;
- Pedir una actitud positiva a todos los grupos sociales, y el compromiso para trabajar conjuntamente en la erradicación de la violencia.



VII. Objetivo de la norma y protocolos



Establecer los lineamientos conceptuales, instrumentales y organizativos para la atención integral, integrada, oportuna, con calidad y calidez a las personas que viven situaciones de violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclo de vida, para su aplicación obligatoria en las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

La norma y protocolos están orientados a:

1. Facilitar un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial para personas víctimas de violencia.
2. Incorporar enfoques de derechos, género, generacional e intercultural a posibles víctimas de violencia.
3. Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación, rehabilitación y restitución de las personas afectadas por la violencia de género, intrafamiliar y sexual.
4. Establecer las responsabilidades específicas según los niveles de atención y subsectores de salud.
5. Orientar acciones de promoción del buen trato, derechos y estilos de vida saludables.

7.1 De la red de servicios de salud

El Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria define según capacidad resolutive de los servicios de salud, tres niveles de atención homologada para el Sistema Nacional de Salud (anexo 2).

- **El primer nivel**, está conformado por los puestos de salud, subcentros y centros de salud en el MSP y la Policía, dispensarios, unidades y centros de atención ambulatorias en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), dispensarios y policlínicos en las FFAA, etc. Ubicados en localidades dispersas, parroquias rurales, cabeceras cantonales y aun provinciales. La función primordial de este nivel es brindar atención de promoción, prevención y tratamiento ambulatorio de la morbilidad prevalente en el marco del nuevo modelo de atención.
- **El segundo nivel**, constituido por hospitales básicos y generales en el MSP, hospital nivel I y II en el IESS, clínica y hospital brigada en las FFAA, hospital provincial en la Policía, etc, localizados en cabeceras cantonales y/o provinciales. Sus unidades brindan actividades de promoción,
- **El tercer nivel**, integrado por hospitales especializados o de especialidades en el MSP, hospital de tercer nivel en el IESS, hospital general en la FFAA, hospital nacional en la Policía. Ubicados en las grandes ciudades, consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional.

En el marco del modelo de atención el Sistema Nacional de Salud deberá funcionar como redes de atención articuladas con un sistema funcional de referencia y contrarreferencia que optimice los recursos de la red pública y complementaria^{45,46}.

Los detalles técnicos de la organización de este servicio y las salas de primera acogida para la atención de casos de Violencia de Género y Violencia Sexual. (ver anexo 5).

Los servicios de salud de la red pública y complementaria, deberán asegurar de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive lo siguiente:

- **Continuidad y gratuidad progresiva** de servicios de promoción, prevención, tratamiento rehabilitación y ayuda para prevenir riesgos.

45. MSP. *Manual Operativo del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural, versión preliminar, 2009.*

46. MSP. *Transformación del Sector salud, MSP 2008.*

- Garantizar su accionar hacia el **cumplimiento de los derechos**, la acción social, el desarrollo de autonomía y de liderazgo.
- Propiciar **relaciones horizontales de respeto** entre los diferentes servicios, con las redes intersectoriales, entre el personal de salud y con las/los usuarias y usuarios.
- Promover y facilitar la sensibilización y **capacitación** continua del personal de salud y de profesionales de instituciones afines.
- Procurar que el abordaje de casos sea a través de **equipos interdisciplinarios y multiprofesionales** (médicos/as, obstétrices, enfermeras/os, psicólogos/as y trabajadoras/es sociales), en relación a su capacidad resolutive y nivel de complejidad.
- Adecuar un **espacio** que reúna las condiciones de privacidad, iluminación y ventilación adecuadas y que **garantice un ambiente de calidez y confidencialidad**.
- Implementar **mecanismos de coordinación y articulación** de los distintos sectores involucrados en el abordaje de la problemática: Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Salud, Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, Gobierno y Policía, Educación, Inclusión Económica y Social, Consejo Nacional de las Mujeres⁴⁷, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, además de otras redes sociales que atiendan y apoyen procesos de acogida y restitución de derechos de las personas afectadas y contribuyan a minimizar el riesgo de repetición de la violencia.

Contar con:

- **Materiales e insumos necesarios** para la atención integral, garantizando su reposición periódica en base a sistemas logísticos que aseguren la presencia, uso adecuado y recambio de los insumos, principalmente aquellos dirigidos a la preservación de pruebas de valor legal (cadena de custodia), equipos, instrumentales medicamentados, incluyendo anticonceptivos de emergencia, pruebas rápidas para VIH, biológicos (hepatitis y toxoide tetánico).
- **Suministro apropiado de historias clínicas** para registrar de forma textual el motivo de la consulta, subsecuencias, referencias y contrareferencias, acompañamiento psicológico y seguimiento de las personas atendidas en la unidad de salud por violencia de género, intrafamiliar y sexual.
- **Formularios de Parte Diario, EPI-2 y Ficha familiar** para uso de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) (anexo 4).
- **Material de educomunicación** sobre la temática con enfoque de derechos: género, interculturalidad y generacional, para ser distribuido de forma individual en las consultas de salud sexual y salud reproductiva y masiva entre la población de manera que contribuya a la desnaturalización y prevención de la violencia y promueva estilos de vida respetuosos y equitativos.
- **Directorio de instituciones, organizaciones y servicios** que brindan atención a la problemática de la violencia, existentes en el territorio cercano a la unidad de salud (*ver Guía de servicios, MSP. 2009*).

7.2 De los mecanismos que permitan la denuncia desde la institución

El proceso de notificación de casos sospechosos y confirmados de violencia y maltrato al Sistema de Vigilancia Epidemiológica debe hacerse en todos los niveles de atención en el formulario Epi-2 (anexo 4).



⁴⁷ En el marco de la Reforma Democrática del Estado y optimización de la Gestión Pública (SENPLADES 2008) se realizarán las acciones con las Instancias pertinentes.



RECUERDE:

Una vez confirmada la sospecha de todos los casos de violencia sexual, y de todos los casos de violencia física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de la persona, los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad judicial competente un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la Ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.

En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.



El servicio de salud debe ayudar a una persona víctima de violencia a encontrar un refugio o un lugar seguro donde esté protegida y/o remitirla a un servicio de asistencia jurídica.

Se debe recordar que los compromisos del personal de salud se basan en los deberes y responsabilidades de las ecuatorianas y ecuatorianos contemplados en la Constitución de 2008 (ver página 18).

El personal de salud debe estar debidamente sensibilizado y capacitado para detectar casos de violencia y considerar que la consulta médica es para muchas personas la única oportunidad de hablar de su problemática de vida con alguien fuera de su medio familiar. Los conocimientos que debe tener abarcan varios temas:

- Derechos Humanos.
- Norma y protocolos de atención y dominar los aspectos específicos que les corresponden de acuerdo con sus propias responsabilidades en el equipo.
- Tener dominio básico de la legislación vigente relacionada con la violencia basada en el género, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual.
- Ser capaces de actuar de acuerdo con los derechos y protocolos aun si sus creencias, valores u opiniones respecto a la violencia de género, intrafamiliar y sexual no fuesen acordes a ellos.
- Comprender el estado emocional y necesidades de salud mental de las personas agredidas y los efectos de la violencia sobre las víctimas.
- Reconocer la importancia de la capacidad de autocuidado y de recuperación de las víctimas junto con el tratamiento médico.
- Conocer y viabilizar el sistema de protección integral a través de la ruta coordinada de atención con las redes institucionales y sociales involucradas.

Ser capaces de actuar de acuerdo con los derechos y protocolos aun si sus creencias, valores u opiniones respecto a la violencia de género, intrafamiliar y sexual no fuesen acordes a ellos.

