Servicio Médico Legal
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Gobierno de Chile

Consejo Nacional de la Infancia
Ministerio Secretaría General de la Presidencia
Gobierno de Chile

FISCALIA
MINISTERIO PUBLICO DE CHILE

unicef

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

NORMA GENERAL TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

2016

Servicio Médico Legal. Resolución Exenta N°3849 del 30 de agosto de 2016, que aprueba la Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual.

Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°584 del 22 de septiembre de 2015, que aprueba la Norma General Técnica N°178 para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual.

Resolución exenta 1097 del 22 de septiembre de 2016, que modifica la Resolución Exenta N°584 de 2015.

Todos los derechos reservados.
Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN: 978-956-348-087-0

Primera edición, 2016.

Colaboradores en la realización del documento

Autores	
María Luisa Alcázar Saldivia	Ministerio de Salud
Catalina Duque González	Ministerio Público
Jorge López Contreras	Servicio Médico Legal
Patricia Muñoz García	Ministerio Público
Carolina Orellana Campos	Ministerio de Salud
Francisca Pesse Hermosilla	Servicio Médico Legal
Teresa Soto Castillo	Ministerio de Salud
Paulina Troncoso Espinoza	Ministerio de Salud
Lucía Trujillo Carrasco	Consejo Nacional de la Infancia
Lorena Valdebenito Toloza	UNICEF
Colaboradores	
Diana Aparicio Castellanos	Servicio Médico Legal
Roxana Alvarado Andrade	Ministerio de Salud
Romina Becerra Reyes	Consejo Nacional de la Infancia
Gloria Berrios Campbell	Ministerio de Salud
Gastón Bocaz Benventi	Servicio Médico Legal
Jorge Ceballos Vergara	Servicio Médico Legal
Gianna Gatti Orellana	Servicio Médico Legal
Cecilia Gonzalez Caro	Ministerio de Salud
María Soledad Larraín Heiremans	Consejo Nacional de la Infancia
Īngrid Lawrence Santibañez	Servicio Médico Legal
Fabián Moreno Chávez	Servicio Médico Legal
Carolina Peredo Couratier	Ministerio de Salud
Paz Robledo Hoecker	Ministerio de Salud
Patricia Romero Fuentes	Hospital Luis Calvo Mackenna
Viviana Salinas Avendaño	Servicio Médico Legal
Teresa Valdes Echeñique	Ministerio de Salud
Manuel Wong Cea	Servicio Médico Legal
Profesionales responsables de Edición y Revisión	
Carolina Orellana Campos	Ministerio de Salud
Francisca Pesse Hermosilla	Servicio Médico Legal
Teresa Soto Castillo	Ministerio de Salud
Paulina Troncoso Espinoza	Ministerio de Salud
Lorena Valdebenito Toloza	UNICEF

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN 7

II. OBJETIVO DEL DOCUMENTO 9

III. MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL 10

1. Aspectos Conceptuales 10
2. Aspectos Epidemiológicos 13
3. Aspectos Legales 16
4. Reconocimiento, indicadores de sospecha y consecuencias de la agresión sexual en la infancia y adolescencia 21
5. Delitos sexuales durante la adultez 25

IV. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN UNIDAD CLÍNICO FORENSE 30

1. Acogida 31
2. Primera respuesta 32
3. Exploración clínica 33
4. Recolección de muestras 49
5. Profilaxis de infecciones de transmisión sexual (ITS) 55
6. Profilaxis VIH 58
7. Anticoncepción de emergencia 63
8. Derivación interdisciplinaria 64

V. INFORME PERICIAL 65

1. Integridad de las muestras 65
2. Documentación fotográfica 68
3. Conclusión del informe médico legal 69

VI. UNIDAD CLÍNICO FORENSE 70

1. Equipo de atención 70
2. Implementación e infraestructura 70

ANEXOS

Anexo 1. Normativa nacional e internacional sobre delitos sexuales 78
Anexo 2. Derechos de los niños y niñas víctimas y testigos de delitos 91
Anexo 3. Formularios y Consentimiento Informado 94
Anexo 3a.- Informe de Atención de las Víctimas de Violencia Sexual 94
Anexo 3b.- Consentimiento Informado 104
Anexo 3c.- Asentimiento Informado 105
Anexo 3d.- Acta de realización de examen violencia sexual 106
Anexo 3e.- Acta de Consentimiento Informado y toma de muestra - SML 107
Anexo 4. Cuidado y Autocuidado de los Equipos 108
Anexo 5. Instructivo de Cadena de Custodia 114
Anexo 6. Flujograma de atención en servicio de urgencia hospitalario 124

I. INTRODUCCIÓN

El Estado Chileno ha asumido el imperativo ético de enfrentar la violencia sexual y atenuar los daños y secuelas que se producen en las víctimas, haciendo realidad el respeto irrestricto de los múltiples compromisos internacionales[1] que ha contraído, adquirido y ratificado vinculados a esta materia, considerando además que la mayoría de las víctimas de estos delitos son mujeres, las más de ellas niñas y adolescentes.

La violencia sexual es considerada una grave vulneración de derechos, especialmente contra la libertad e indemnidad sexual, y tiene importantes consecuencias sociales y para la salud de las víctimas, constituyéndose por esta razón además, en un problema de salud pública. Las consecuencias de la violencia sexual pueden manifestarse a corto, mediano y/o largo plazo, y afectar la salud física y mental de las/los sobrevivientes, además de generar profundas consecuencias socioeconómicas, provocadas por el estigma que implica ser víctima de violencia sexual, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia.[2]

La información disponible en materia de agresiones sexuales proviene de las denuncias generadas por las víctimas, registros que no corresponden a la prevalencia del fenómeno en cuestión, dado que sólo un pequeño porcentaje de casos se denuncian, donde aquellos que no son denunciados constituyen la "cifra negra" en la problemática de los delitos sexuales.

La Oficina de Naciones Unidas para la Droga y el Delito (UNODC) publica en su informe en Mayo del 2014 una tasa de Abuso Sexual Infantil para Chile que aumenta de 32.2 en 2006 a 68.5/100.000 habitantes el año 2012.

La tendencia en los últimos años es al aumento de la denuncia[3]. Ésta se puede explicar, en parte por la mayor cobertura mediática del fenómeno, promoviendo su migración desde lo privado a lo público y, por otra parte, la Reforma Procesal Penal ha influido en la disminución de los tiempos entre la ocurrencia del hecho y el término del caso.

La violencia sexual es un problema social que plantea desafíos teóricos y prácticos tanto a las instituciones de salud como a otras instituciones y a la sociedad en su conjunto. Dada las cifras anteriormente citadas y la cantidad de variables que intervienen, el fenómeno de la violencia sexual es una realidad social compleja que requiere de la definición de políticas públicas y de estrategias integrales que articulen a los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad en este ámbito, consensuando procedimientos institucionales que garanticen calidad y oportunidad de la atención y que se diseñen de acuerdo a las necesidades específicas de las personas afectadas.

Las distintas instituciones representadas en esta normativa, se han convocado aunando esfuerzos intersectoriales para contribuir a resguardar los derechos fundamentales de las personas a recibir un trato digno y una atención informada, aspecto crucial para quienes han visto vulnerado su derecho a la libertad de autodeterminación sexual, a la indemnidad sexual y a la integridad física.

1 Ver Anexo Nº1
2 Jewkes, R. (2002). "Intimate partner violence: Causes and prevention". The Lancet. Vol. 359. Pp. 1423-1429.
3 Según estadísticas del Sistema AUPOL de Carabineros, las denuncias por Abuso Sexual eran 5.971 el año 2007, cifra que aumenta sostenidamente, correspondiendo a 8.136 en el año 2013

Se define así, como un tema prioritario común al intersector, establecer una atención integral a las víctimas de violencia sexual, teniendo como paradigma central el enfoque de derechos. En este sentido, se consideran relevantes las líneas de acción destinadas a detener la violencia, proteger a las víctimas, evitar la victimización secundaria, y propender a acciones eficientes que permitan facilitar la investigación del delito.

Los peritajes sexológicos en el Servicio Médico Legal, inaugurado en Octubre de 1915, se comienzan a desarrollar con la llegada del médico ginecólogo forense Dr. Víctor Velázquez Villalobos en 1953, pionero en visibilizar la importancia legal de estas materias en las que su diagnóstico y atención precoz es fundamental[4]. El año 1995 se implementa el sistema de turnos en sexología forense de 24 horas para la Región Metropolitana.

En el sector salud, estos procedimientos no han tenido una dependencia física exclusiva orientada a satisfacer las necesidades de atención de las víctimas, atendiéndose tradicionalmente en los Servicios de Urgencia. El año 2005 se realiza un primer esfuerzo para implementar Salas de Acogida (Salas Thuthuzela) en la red pública de hospitales del país. La iniciativa no fue del todo exitosa, en parte, por la falta de formación y sobrecarga asistencial del recurso humano destinado para este fin.

A partir de la evaluación conjunta intersectorial liderada por la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de la Infancia, se plantea la necesidad de retomar esta iniciativa dotando a nivel nacional de infraestructura y recurso humano capacitado y contratado especialmente para este fin. Este proyecto se consolida en la **Unidad Clínico Forense**, instancia de articulación de la red de servicios de atención a víctimas, de apoyo social y psicológico, que representa la puerta de entrada para las personas afectadas por violencia sexual a lo largo del país, tanto a la atención misma como al proceso penal.

Este documento está dirigido a profesionales y técnicos que se desempeñarán en la atención de víctimas de violencia sexual del país. Los contenidos han sido elaborados en base a la revisión y actualización de la normativa vigente (Resolución Exenta Nº9487 del Servicio Médico Legal de 2010 que aprueba "Guía Técnica Pericial sobre Agresiones Sexuales" y "Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencias de personas víctimas de violencia sexual del Ministerio de Salud del año 2004), por un grupo interdisciplinario convocado por el Consejo Nacional de la Infancia.

Las instituciones participantes fueron: Ministerio de Salud, Servicio Médico Legal, Ministerio Público y UNICEF. Este equipo ha considerado, para la elaboración de este trabajo, la evidencia científica y literatura disponible, que respalda el desarrollo de acciones tempranas y oportunas ante las víctimas de violencia sexual, con el objetivo de mejorar la coordinación intersectorial.

Estos lineamientos reforzarán la instancia de articulación de la red de servicios de atención a víctimas, con el apoyo de profesionales capacitados, quienes se encargarán de realizar una atención oportuna, efectiva y de calidad, que satisfaga los derechos y necesidades de protección, reparación y rehabilitación de las personas que han sido víctimas de violencia sexual.

4 Creador de la Unidad de Sexología Forense, formó profesionales especialistas en la materia permitiendo la realización de este tipo de pericias a nivel nacional, incorporando el uso del colposcopio.

II. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Objetivo General

Estandarizar la atención, peritaje y manejo de las evidencias en las personas que han sufrido violencia sexual, a través de la definición de un procedimiento único para todos los profesionales y técnicos que intervienen en el proceso, cuya misión es brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual, para disminuir la victimización secundaria y realizar pericias de calidad.

Objetivos Específicos

- Incorporar el enfoque de derechos y de género en la atención de las víctimas de violencia sexual en el curso de vida.
- Establecer y unificar criterios para realizar la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de personas víctimas de violencia sexual.
- Establecer criterios unificados para realizar pericias sexológicas forenses, tanto en la evaluación, toma de muestra, custodia y traslado de éstas.
- Favorecer la protección y disminuir la victimización secundaria, así como prevenir que la víctima vuelva a sufrir este tipo de vulneración a sus derechos.
- Aportar en el proceso de reparación del daño de la víctima, aminorando las consecuencias negativas que esta vulneración pueda generar en el curso de vida de la población afectada.

III. MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL

1. Aspectos Conceptuales

Violencia: Es definida según la Organización Mundial de la Salud (2002), como "el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones".[5]

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), "la violencia es una pandemia social que impacta a la sociedad como un todo. Dentro de ésta, la violencia contra la mujer es considerada por sí sola como un crimen contra la humanidad y una forma de tortura. Es necesario desarrollar acciones para su prevención y para la reparación de los daños que produce en la salud física y mental".[6]

Esto es aplicable también cuando las víctimas son hombres adultos. Se trata de una imposición basada en relaciones de poder asimétricas entre el rol "masculino" y "femenino" en el ámbito de la sexualidad.

Por otra parte, según la Convención de los Derechos del Niño y el Comité del Derecho del Niño, se entiende por violencia "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual" (CND, 1990, Art. 19 párrafo 1). Además, el Comité de Derechos del Niño señala que "la frecuencia, la gravedad del daño y la intención de causar daños no son requisitos previos de la definición de violencia" (CRC, 2006. OG 13). "La elección del término violencia que se señala en esta observación no debe verse en modo alguno como un intento de minimizar los efectos de las formas no físicas y/o no intencionales de daño (como el descuido y los malos tratos psicológicos, entre otros)"

El complejo problema psicosocial que subyace en los comportamientos violentos es responsable de muchas muertes, de lesiones físicas externas o internas que producen discapacidad transitoria o permanente, de alteraciones psicológicas que pueden llevar a un trastorno del desarrollo o psiquiátrico, de embarazos no deseados como productos de violación y de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH / SIDA y Hepatitis B. Además, crecer viviendo o presenciando conductas violentas, aumenta la probabilidad de llegar a ejercerlas (transmisión transgeneracional).

Violencia de Género: OMS la define como todo acto de violencia sexista, producido en el ámbito público o privado, que se produce para mantener el control sobre la otra persona, siendo mayoritariamente dirigida contra la mujer. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".[7]

La mayor parte de esta violencia corresponde a la ejercida por la pareja. A nivel mundial, cerca de un tercio de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual

5 "Informe mundial sobre violencia y la salud", OPS, 2002
6 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1995
7 Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer, Nota descriptiva N.° 239, Octubre de 2013, OMS/OPS

por parte de su pareja. La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres y niñas.

A partir de la creación del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) en 1990, se comienzan a orientar políticas públicas para enfrentar la violencia de género, promoviendo la aprobación de leyes para este efecto, promulgándose en 1994 la ley de Violencia intrafamiliar (19.325), la que fue perfeccionada el año 2005 con la Ley Sobre Violencia Intrafamiliar Nº 20.066 que define - "Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente". De igual manera, incluye la violencia producida entre los padres de un hijo/a común, o cuando ésta afecta a niños, niñas y adolescentes o a personas en situación de discapacidad que se encuentren al cuidado o bien dependan de cualquier integrante del grupo familiar. Se establece como delito el "maltrato habitual", es decir, cuando hay un ejercicio habitual de la violencia física o psicológica en contra de las personas protegidas por la Ley de Violencia Intrafamiliar (mujeres, niñas, niños, adultos(as) mayores) y fija sanciones que van desde el presidio menor en su grado mínimo. Si los hechos de violencia configuran un delito de mayor gravedad (como en el caso de violencia física con resultado de lesiones) se aplica la pena asignada por la ley. Durante el año 2010, se modificó la ley 20.066 sobre VIF con la ley 20.480, la que tipifica el delito de Femicidio.

El Ministerio Público informa, en su boletín estadístico correspondiente al año 2015, de 140.022 casos ingresados por denuncias de Violencia Intrafamiliar, de los cuales un 38.8% corresponde a delitos de amenazas, un 46.7% al delito de lesiones y un 9.3% al delito de maltrato habitual.

Violencia Sexual: A partir de los tratados internacionales en materia de derechos humanos, y sobre la base de la obligatoriedad de los Estados de garantizarlos en su ordenamiento jurídico interno, la violencia sexual se constituye como una grave vulneración de los derechos humanos fundamentales de las personas, constituyéndose un delito. A continuación, se presentan una serie de definiciones en torno a la problemática de los delitos sexuales.

La OMS define la violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo".[8] La OMS Incluye tanto las relaciones sexuales bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, las violaciones por extraños y en conflictos armados, como el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de niños, niñas y adolescentes, la prostitución forzada y la trata de personas. Tanto hombres como mujeres privados de libertad pueden sufrir violencia sexual. En el caso de niños, niñas y adolescentes es considerado como una forma de maltrato grave.

Otro aspecto relevante en relación al fenómeno de la violencia sexual, tiene que ver con que siempre la relación que se establece entre el agresor y la víctima se encuentra fundada en la asimetría de poder y la coerción que el primero ejerce como forma de dominación sobre la víctima. Por otra parte, la información internacional disponible señala que las lesiones físicas que las víctimas pueden presentar a causa de delitos sexuales no se relacionan directamente con la magnitud del impacto

8 Jewkes, R. (2002). "Intimate partner violence: Causes and prevention". The Lancet. Vol. 359. Pp. 1423-1429.

que este tipo de violencia tiene sobre las personas. Un bajo porcentaje de las víctimas de violencia sexual presenta lesiones físicas por diversas razones, una de ellas es que cuando transcurre el tiempo considerable entre el hecho de violencia y la denuncia muchas veces las lesiones físicas han desaparecido, sin embargo, las secuelas psicológicas de las víctimas pueden efectivamente tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, y reflejarse en distintos aspectos de la vida.

En 1999 se aprueba la Ley de delitos sexuales (N° 19.617), que modifica la tipificación de ciertos delitos sexuales incluyendo violación, violación conyugal, estupro, incesto, abuso sexual de menores y pornografía con menores.

La violencia sexual infantil (desarrollada en otros textos como abuso sexual infantil), se define como el contacto o interacción de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acorde con su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para su edad. La violencia sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal.[9]

Desde que la sociedad reconoce que todas las personas tienen derechos y, específicamente, el derecho de decidir acerca de la propia sexualidad, la violencia sexual es un delito, independientemente de si ocasiona o no daño físico a la víctima.

En el caso de niñas, niños y adolescentes, además de la relación con el/la agresor/a, la intensidad, el tipo y la recurrencia de la violencia sexual, impactan en las consecuencias donde también influyen aspectos tales como la etapa del desarrollo en que se encuentran y su grado de madurez y comprensión que tenga respecto de la naturaleza de la agresión.[10]

Las mujeres que son violadas tienen una probabilidad de 5/28 de estar en un día fértil de su ciclo. Se estima que la probabilidad poblacional de un embarazo en las mujeres que son violadas es de un 5% en cada violación.[11]

Perspectiva de Género y Contexto Social

El enfoque de género es una herramienta de análisis que permite visualizar cómo se organiza la sociedad, los diferentes papeles y tareas que la cultura asigna a hombres y mujeres y visibilizar las asimetrías, las relaciones de poder y las inequidades entre ellos. También permite comprender las desigualdades en la entrega, acceso y control de recursos sociales, tanto simbólicos como materiales, y en la capacidad de toma de decisiones. Da cuenta del enrejado de relaciones sociales institucionalizadas que, al mismo tiempo, se arraiga en la subjetividad y organiza la comprensión individual de las personas, mujeres y hombres, desde la infancia hasta la ancianidad. Describe las verdaderas relaciones de poder entre hombres y mujeres y la interiorización de tales relaciones.

El orden de género predominante en nuestra sociedad establece jerarquías, valorando más lo que se ha definido como masculino, subordinando a las mujeres y lo femenino, así como estableciendo también jerarquías entre hombres. Esto se traduce en espacios para hombres y mujeres, papeles específicos según el sexo, valoraciones y creencias acerca de lo femenino y masculino, etc. De este modo, se elaboran las diferencias entre mujeres y hombres y se construyen las desigualdades que sitúan a las mujeres en una posición desventajosa y en condiciones de vida no equitativas.

9 Guía Clínica: Atención de Niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de Abuso Sexual. UNICEF, MINSAL. 2011
10 Statham Dj et al. Suicidal Behavior; a Epidemiological and Genetic Study" Psychological Medicine, 1998/Davidson Jr et al. "The Association of sexual assaut and attemptef Suicide wyhin Community" Archives of General Psychiatry, 1996
11 Holmes, M. et al. "Rape - related pregnancy; estimate and descriptives characteristics from a national simple of woman", American journal of Obstetrics and Gynecology, 1996

La violencia y la amenaza de violencia son actos sociales que establecen y mantienen el control de los hombres sobre las mujeres (así como sobre otros hombres), y el apoyo a estos actos se ha incorporado a la cultura y socialización de las comunidades. La violencia intrafamiliar -física, psicológica, sexual o económica- es un fenómeno que ejemplifica la organización de género que estructura la intimidad entre los hombres y mujeres en general y no es sólo un problema individual, sino uno social. Es una forma de control social de las mujeres a la vez personal e institucional, simbólica y material.

Enfoque de derechos

El enfoque de derechos viene a instalarse a nivel internacional como un cambio de paradigma respecto de la antigua visión asistencialista y tutelar que impregnó la relación de los Estados con su ciudadanía. De este modo, el enfoque de derechos se reafirma a partir de la carta fundamental de Derechos Humanos en primera instancia y posteriormente, se fortalece con el conjunto de tratados, convenciones internacionales en materia de Derechos Humanos. El enfoque de derechos se centra principalmente en el ejercicio de los derechos humanos como un objetivo fundamental, proceso en el cual además, adquieren gran relevancia los sujetos sociales, en tanto se comprende que su participación y la exigibilidad de estos derechos es un fenómeno crucial para el establecimiento de derechos en las políticas públicas y normativas internas de los Estados. Es decir, se comprende que las personas que forman parte de un Estado son agentes de cambio sustanciales, y por lo demás, los Estados a su vez deben propender a mejorar y fortalecer sus sistemas de rendición de cuentas y transparencia frente a la ciudadanía. El enfoque de derecho se constituye como una orientación para la formulación de legislación y diseño de políticas, planes, programas, servicios y prestaciones, y para la evaluación de estas mismas.

Una definición al respecto señala que: "el enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos, y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y a la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo". (Enfoque de los derechos en la cooperación para el desarrollo, Naciones Unidas).

Finalmente, como se mencionó anteriormente, se puede señalar que el conjunto de normas internacionales que se encuentran a la base del enfoque de derechos comprenden todos los tratados y convenciones sobre los derechos humanos encontrándose en primera instancia la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José), el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional de Derechos del Niño, así como todos los mecanismos de protección establecidos por los distintos comités de derechos.

2. Aspectos Epidemiológicos

La O.M.S. ha estimado que, desde el año 2000, alrededor de seis millones de personas en el mundo han muerto a causa de la violencia interpersonal, es decir, la violencia que ocurre entre familiares, parejas, amigos, conocidos y extraños, incluyendo el maltrato infantil, violencia juvenil, violencia de género, violencia sexual y violencia contra el adulto mayor. La OMS estima que el 38% de los homi-

cidios contra mujeres fueron perpetrados por sus parejas (femicidio), que 1 de cada 5 niñas ha sido abusada en la niñez y que 6% de los adultos mayores reportan abuso en el último mes.[12]

La Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales[13], encargada por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública el año 2012 y publicada en julio 2013, indica que el 31,9% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia por sus familiares, pareja o ex pareja. Durante los últimos 12 meses, el 15,4% de las mujeres entre 15 a 65 años fue víctima de alguna forma de violencia intrafamiliar (psicológica, física o sexual).

Estudios consistentes demuestran que en caso de violencia sexual infantil, la gran mayoría de los agresores son hombres, ya sea que la víctima sea un niño o una niña.[14]

Respecto a la prevalencia de estos delitos, sólo se dispone de información de denuncia de los mismos. Estos registros no corresponden a la prevalencia, toda vez que sólo un pequeño porcentaje se denuncia. Aquellos que no son denunciados se conocen como la "cifra negra" de las estadísticas en delitos sexuales.

En Estados Unidos, encuestas poblacionales indican una prevalencia -de tener un episodio de agresión sexual en la vida- entre 13% y 39% en mujeres y 3% en hombres. Estudios en dicho país, señalan que sólo entre el 16% y 38% de las víctimas de violación denuncian el hecho ante la ley y, sólo entre el 17% a 43% de éstas buscan asistencia médica después del hecho. Un tercio de las víctimas nunca lo reporta a su médico.[15]

En Chile, un estudio de 1992, de la Universidad Católica para el SERNAM, estima en 20.000 los delitos sexuales anuales y la denuncia entre un 15 a 20% de los casos. De igual forma, a partir del análisis de instituciones que trabajan con víctimas se establece que sólo se denuncia entre un 20 a 25% de las agresiones sexuales[16]. En Chile, las violaciones no denunciadas alcanzarían al 91.3%.[17]

Considerando el subregistro, las estadísticas disponibles provienen, en parte, de las denuncias realizadas a Carabineros de Chile, estimándose que en Chile el 90% de las denuncias son realizadas a través de esta institución.

UNICEF desarrolló un estudio sobre maltrato infantil en Chile durante el año 2012, el cual incorporó por primera vez la variable de Abuso Sexual Infantil. Los resultados indican que el 8,7% de la muestra seleccionada (1.555 niños y niñas de las regiones IV, V, VIII, IX, X, XIV y Metropolitana) reporta haber sido víctima de violencia sexual infantil y el promedio de edad para la primera experiencia de abuso es de 8,5 años[18]. Por su parte, la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales señala que el promedio de edad a la cual ocurre la primera agresión sexual es a los 10,5 años, concentrándose el 50,1% entre los 10 y 13 años.[19]

12 Global Status Report on Violence Prevention, OMS, 2014
13 Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, julio 2013, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
14 American Medical Association. Sexual Assault in America, Noviembre, 1995
15 Linden J. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. N Engl J Med 2011; 365:834-41
16 Casas L. Mera A (2004).Violencia de Género y Reforma Procesal Penal Chilena. Delitos Sexuales y Lesiones. Santiago:Ediciones Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales.
17 Barros P., Espinoza O., Pérez S (2006). Niños, Niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales en el marco de la Reforma Procesal Penal. UNICEF y Universidad Diego Portales.
18 UNICEF Cuarto Estudios de maltrato infantil 2012
19 Op Cit 12

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, realizada en zonas urbanas del país en el año 2012, y aplicada a mujeres entre los 15 y 65 años (n=6004), se encontró que el 22,4 % de estas refirieron haber sido víctimas de delitos sexuales alguna vez en su vida.

Según la cuenta pública de la Fiscalía Nacional del año 2014, ingresaron 21.543 denuncias por delitos sexuales. De esta cifra, un 82% de la víctimas es mujer, un 74% es niño, niña o adolescente y un 64% de los imputados por delitos sexuales es conocido de la víctima.[20]

En el Sistema de Salud Pública, datos de los Servicios de Urgencia muestran en el período 2011-2014 alrededor de 2.000 atenciones anuales en promedio por violencia sexual. En el Programa de Salud Mental en el período 2011-2013 hubo en promedio 1.500 egresos por abuso sexual.[21]

En el año 2012, la Unidad de Sexología del Servicio Médico Legal (SML) de Santiago de Chile, atendió a 5.368 personas que denunciaron ser víctimas de agresión sexual, observándose un aumento sostenido en el número de pericias: 6,5 veces entre 1986 (n=815) y 2012 (n=5.368). En relación al lugar y horario de las denuncias y pericias se evidenció que, en víctimas de sexo femenino menores de 25 años en el SML de Santiago, la denuncia fue hecha en Carabineros en un 65%, PDI 16%, Fiscalía 18% y 1% directamente en Tribunales. El 66,2% de las veces el peritaje fue realizado en horario no hábil. El victimario fue: padre (11%), familiar no padre (21%), conocido no familiar (49%) y desconocido (19%), confirmándose el mayor porcentaje de victimario conocido.[22] Se configura un mapa (Figura 1) sobre los delitos sexuales ocurridos en las distintas comunas de Santiago, observándose mayor prevalencia en el sector Centro Norte y Sur de la capital.[23]

Figura N°1: Delitos sexuales ocurridos en las distintas comunas de Santiago (2013)

20 Cuenta Pública 2014. Ministerio Público. Unidad Especializada de Delitos Sexuales y Violencia intrafamiliar.
21 Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). MINSAL 2014.
22 8va Conferencia Internacional sobre Maltrato y Abuso Sexual Infantil, ISPCAN. Valparaíso 2013.
23 Op Cit 21.

3. Aspectos Legales

CONSIDERACIONES GENERALES

El Estado de Chile se ha comprometido a respetar, proteger y garantizar los derechos de las personas, mediante la legislación interna y la ratificación de todas las convenciones y acuerdos internacionales relacionados con esta temática.

Los delitos sexuales se constituyen como unas de las peores formas de violencia, donde se desconoce la dignidad y el respeto a la calidad de sujetos de derechos de las personas, especialmente de niños, niñas y adolescentes. Los delitos sexuales pueden ocurrir en diversos espacios, y en el caso de los niños, niñas y adolescentes estos delitos se dan, por lo general, en la comunidad, escuela, en los servicios del Estado y, lo más grave, en el seno de la familia.

El deber de protección de las víctimas por parte del Estado se puede ver plasmado en la Constitución Política de la República y en la legislación vigente, entre las que se encuentran los diferentes tratados internacionales que Chile ha suscrito y ratificado. Es así, como el Estado está obligado a garantizar el efectivo goce del derecho a la integridad física y psicológica, particularmente en caso de niños, niñas y adolescentes, se suma a lo anterior lo señalado por la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por Chile. Cuando un particular vulnera este derecho, el Estado debe realizar todo lo que esté a su alcance para sancionar al agresor, proteger a la víctima de futuros ataques, y reparar el daño causado.

DELITOS SEXUALES

En términos generales entendemos por delitos sexuales aquellos delitos que atentan contra la integridad, libertad e indemnidad sexual de una persona. El atentar contra esta integridad sexual puede asumir variadas formas y condiciones, las cuales se encuentran establecidas principalmente en diversos artículos de nuestro Código Penal. A continuación con el objeto de ilustrar, se indica un listado delitos sexuales contemplados en nuestra legislación (Anexo 1)

- Violación (artículos 361 y 362)
- Estupro (artículo 363)
- Incesto (artículo 375)
- Corrupción de menores o Sodomía (artículo 365)
- Abuso Sexual (artículos 366 a 366 quáter)
- Abuso Sexual Agravado (artículo 365 bis)
- Producción de Material Pornográfico de Menor de Edad (artículo 366 quinqués)
- Comercialización de Material Pornográfico de Menor de Edad (artículo 374 bis)
- Adquisición y Almacenamiento de material pornográfico de Menor de Edad (artículo 374 bis)
- La explotación sexual de niñas, niños y adolescentes (artículo 367y 367 ter)
- Trata de Personas con fines de explotación sexual (artículo 411 ter y quáter)

Se trata de un catálogo amplio, de ahí la importancia de señalar que la investigación de su ocurrencia es materia de competencia y conocimiento del Ministerio Público de Chile. **En razón de ello, corresponde al Sistema (Salud o Servicio Médico Legal), ante la sospecha de un delito, realizar las denuncias y exámenes correspondientes, o sólo los exámenes si es que la víctima ingresó al sistema producto de una derivación de un proceso penal ya iniciado.**

PRIMERA RESPUESTA

La primera respuesta consiste en acciones entregadas por el equipo de salud a la víctima, destinadas a la **interrupción de la violencia sexual junto con establecer condiciones seguras y de protección de ésta**, con el fin de dar inicio a la recuperación de los efectos adversos de la agresión. La primera respuesta facilitará la persecución penal de los hechos y la sanción a los responsables, acciones que van más allá de la detección.

Es una intervención que integra elementos clínicos y forenses, de orientación social y psicológica, realizada en un tiempo acotado y breve, con el fin de informar, apoyar e iniciar un proceso que de término a la situación detectada, evite la reiteración del mismo y permita desarrollar acciones de protección e inicio de la recuperación de los efectos adversos. Asimismo, asegurar el bienestar de la víctima, es decir, garantizar la cobertura de sus necesidades básicas (de salud, de seguridad, emocionales, sociales y cognitivas).

¿Cuándo se activa la Primera Respuesta?:

- El/la integrante del equipo de salud detecta hallazgos (signos y síntomas) de violencia sexual al examinar a una persona casual o intencionado.
- En el curso de una atención de salud se produce el relato espontáneo, por parte del niño, niña o adolescente o su adulto responsable o acompañante, de una situación de violencia sexual que lo afecta.
- Se produce una revelación espontánea de una persona mayor de edad, de una situación de violencia sexual que la afectó.
- Un tercero, que puede ser integrante del equipo de salud, ha detectado una situación de violencia sexual y ha derivado la persona a otro profesional o técnico.

En este contexto, se requiere la participación de más de un profesional del equipo y puede ampliarse a la intervención de otros miembros de la comunidad o de otros sectores, si se evalúa como pertinente.

El equipo técnico debe tomar las decisiones pertinentes que faciliten movilizar, tanto los recursos personales, familiares, como aquellos disponibles en el ámbito sanitario, social, legal, u otro, de modo de generar mecanismos de protección a la víctima, detener la situación de violencia (si ello corresponde) y lograr un mejor estado psicosocial para la víctima.

Asimismo, especialmente en el caso de los niños, niñas y adolescentes, la primera respuesta supone evaluar si la familia se constituye en un soporte válido para la víctima y, si es posible, lograr el compromiso y/o participación de ésta y su familia para continuar con la intervención y con el proceso de denuncia. En el caso de personas mayores de edad, supone evaluar la decisión de la persona de continuar con la intervención y con el proceso de denuncia.

Consideraciones con la familia y adultos responsables en Primera Respuesta

Por tratarse de un delito, en caso que no exista denuncia previa, se deberá comunicar de forma clara y sencilla, la obligatoriedad por parte del Equipo de Salud de realizar denuncia cuando se trate de menores de edad (menores de 18 años). Deberá también informarse al adulto responsable, siempre y cuando éste/a no haya sido señalado como el/la agresor/a por la víctima. Si el equipo de salud tiene sospechas fundadas de que éste/a puede ser el agresor/a, deberá tomar medidas para garantizar la detención de la violencia sexual y la protección de las víctima/s.

Medidas de Urgencia

En las situaciones en que está comprometida la integridad física, psíquica y/o la vida de la víctima, las medidas de urgencia que se pueden adoptar como prioritarias son las siguientes:

- Efectuar hospitalización inmediata, si se evalúa necesario para el tratamiento de las lesiones o compensación psicológica.
- Efectuar denuncia.
- Solicitar la protección legal de la víctima.

En la situación en que el niño, niña o adolescente, deba ser llevado a otro lugar de atención de salud, este concurrirá acompañado/a por un funcionario(a) que se haga responsable de su traslado e integridad.

DENUNCIA

La denuncia es un acto jurídico que consiste en poner en conocimiento, **de un posible delito, a la autoridad correspondiente**. Puede interponerse la denuncia ante el funcionario de Carabineros o PDI que se encuentre más cercano al servicio de salud o destinado al recinto asistencial, o bien dentro de las dependencias del SML. Conforme a lo dispuesto en artículo 175 del Código Procesal Penal, están obligados a denunciar:

- Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares.
- En general, los profesionales en medicina, odontología, química, bioquímica, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud.
- Los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de "veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho". Cabe señalar, en torno a este punto, que quien omita realizar la denuncia -conforme lo dispone el artículo 177 del Código Procesal Penal- incurre en las sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal o en aquellas que señalen disposiciones especiales, si correspondiere.

La denuncia debe hacerse cuando existan elementos que sugieran la existencia de un delito. Es suficiente la sospecha de la ocurrencia de un delito sexual respecto de la víctima para llevar a cabo la denuncia, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida, de manera exclusiva, por el Ministerio Público.

MEDIDAS LEGALES DE PROTECCIÓN

Las medidas de protección se pueden adoptar respecto de todas las personas víctimas de delitos, sean estas personas mayores o niños, niñas o adolescentes.

Las medidas de protección son aquellas que tienen por objeto cautelar el efectivo goce de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, procurando la interrupción de la violencia sexual de forma inmediata, establecer condiciones seguras, protegidas y visibilizar a la víctima como sujeto de derecho. Estas medidas pueden provenir del Ministerio Público, Tribunales de Familia y Tribunales de Garantía o de Juicio Oral en lo Penal.

Junto con las medidas legales a adoptar, se debe contactar al adulto responsable del niño, niña o adolescente, quien se considerará "protector-cuidador" siempre que dé credibilidad al relato del niño, niña o adolescente o a la sospecha fundada del equipo de salud. En todo caso, cualquier profesional del equipo podrá siempre solicitar medidas de protección si así lo estima conveniente. Además, se debe activar las redes o recursos con los que cuenta la víctima para desarrollar una estrategia de intervención - protección, disminuyendo la victimización secundaria. Es necesario que los equipos de salud cuenten, en lo posible, con antecedentes del delito, conozcan los recursos disponibles a nivel local y regional, y cuenten con canales de comunicación y coordinación que hagan posible las intervenciones.

a) Medidas de protección decretadas por Tribunales de Familia

Consisten en aquellas medidas que son decretadas en un proceso por vulneración de derechos, como son las situaciones que constituyen violencia sexual.

Pueden ser solicitadas por cualquier profesional, presentando en el Tribunal de Familia los antecedentes que fundamenten la adopción de las mismas y que lo solicitado atienda al interés superior del niño. Es de especial importancia considerar que al presentar sugerencias al Tribunal, éstas deben basarse en el conocimiento de los recursos protectores disponibles para las víctimas dentro de su familia y su entorno (familia extensa y redes).

En este procedimiento especial, lo relevante es que se pueden decretar medidas cautelares, de forma previa a la sentencia definitiva que determine si hubo o no maltrato.

Estas medidas cautelares son, entre otras:

- Entrega inmediata del niño, niña o adolescente a sus padres o a quien lo tenga legalmente a su cuidado.
- El cuidado provisorio del niño, niña o adolescente, entregado a una persona adulta responsable, distinta de sus padres.
- El ingreso a programas de familias de acogida o, como última medida, centros residenciales, por el tiempo que sea estrictamente necesario.
- La hospitalización en establecimientos de salud en caso de ser necesario.

A estas medidas propias del procedimiento de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas, se pueden agregar las del procedimiento de violencia intrafamiliar (Ley 20.066) que sean aplicables:

- Prohibición de acercamiento del ofensor a la presunta víctima.
- Prohibición para el pretendido ofensor de estar presente en el hogar común.
- La duración de estas medidas tiene un plazo máximo de 90 días y podrán requerir del auxilio de Carabineros de Chile.
- La derivación a Tribunales de Familia no es sólo para generar medidas de protección inmediatas, sino también para garantizar atención reparatoria del maltrato o abuso sufrido por niños, niñas y adolescentes.

b) Medidas de protección autónomas decretadas por el Ministerio Público

Las medidas de protección autónomas puede decretarlas el Ministerio Público respecto de un hecho que tiene características de delito, sin necesidad de requerir autorización judicial, a petición de la víctima o de oficio, y se fundamentan en los antecedentes de riesgo que se refieren en la denuncia. Las medidas autónomas son decretadas por los fiscales del país, con el apoyo de las policías y la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT).

Algunas de ellas son:

- Ordenar patrullajes especiales en el domicilio de la víctima.
- Contacto telefónico prioritario.
- Dar a la víctima un teléfono directo a la comisaría.
- Entrega de botón de pánico.

c) Medidas de protección decretadas por los Tribunales de Garantía

Sin perjuicio de las medidas autónomas, previamente descritas, el Fiscal, la víctima o su representante pueden solicitar ante el Tribunal de Garantía, en casos de los delitos sexuales, medidas judiciales de protección específicas para víctimas de delitos de violencia intrafamiliar, conforme lo dispone el Art. 372 ter del Código Penal, entre las que se cuentan: la obligación del implicado de abandonar el hogar que compartiere con la víctima; la prohibición de acercarse al ofendido o su familia; la prohibición del presunto agresor de visitar el domicilio, lugar de trabajo o establecimiento educacional del ofendido, entre otras.

De igual forma, los Fiscales pueden solicitar al juez de garantía, una vez formalizada la investigación respecto del imputado, medidas tales como la citación, detención, prisión preventiva, arraigo nacional, sujeción a alguna institución de control o prohibición de acercamiento a la víctima.

EXÁMENES, ACTAS, EVIDENCIA Y CADENA DE CUSTODIA

El artículo 197 del Código Procesal Penal, establece la procedencia de exámenes y pruebas a la víctima o al imputado. Si la persona que ha de ser sujeto del examen, no consintiere en hacerlo, se deberá informar de forma inmediata esta circunstancia al Fiscal.

De manera específica el artículo 198 del Código Procesal Penal, en el caso de los delitos sexuales señala que "los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o priva-

dos, deberán practicar los **reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas** conducentes a acreditar el hecho punible y a identificar a los partícipes en su comisión, **debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes**." Además agrega que se levantará **acta** del reconocimiento y exámenes efectuados.

Conforme lo dispone el artículo 315 del Código Procesal Penal, el **informe** del médico debe dar cuenta de la identificación y descripción de la persona examinada, las acciones desarrolladas, sus resultados y las conclusiones a que arribó.

En relación a las **evidencias y muestras** que durante el examen se levanten, cabe señalar que se consideran objetos, documentos, armas o instrumentos, como asimismo huellas, rastros o señales de cualquier clase, que parezcan haber servido o haber estado destinados a cometer el delito y los efectos que de él provengan, de ahí su importancia en la investigación y posterior juicio oral. Dichas evidencias deben ser conservadas bajo un sistema de cadena de custodia.

La **cadena de custodia** es un procedimiento que tiene el propósito de garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad de los elementos materiales de prueba, desde el momento que son encontrados en el sitio del suceso o centro de atención, hasta que son incorporados como prueba en un tribunal, para así obtener por parte de los expertos, los resultados periciales correspondientes.

4. Reconocimiento, indicadores de sospecha y consecuencias de la agresión, que permitirán acreditar o no un determinado delito sexual en la niñez y adolescencia

La violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes es una vulneración grave de derechos, mucho más frecuente de lo que realmente se diagnostica. Los signos físicos en la violencia sexual, especialmente en niños, niñas y adolescentes, la mayoría de las veces no están presentes (85-95%).[24]

La existencia de escasos signos físicos hace todavía más importante que la toma de muestras sea de la calidad técnica esperada para cumplir con los estándares establecidos. Esta debe realizarse en todos los casos de reporte agudo y de sospecha de ITS.

Los profesionales y técnicos deben desarrollar la capacidad de reconocer y decodificar la demanda de ayuda detrás de síntomas inespecíficos, asumiendo que una atención médica profesional y eficiente puede ser la única oportunidad para iniciar el proceso que distancie a la víctima y en particular, al niño/niña o adolescente, de la agresión recurrente. Aunque el motivo de consulta sea banal en apariencia, las y los profesionales médicos y otros profesionales del equipo de salud pueden evaluar el daño potencial o los factores de riesgo presentes en el caso y decidir una acción preventiva.[25]

El proceso que involucra el delito de abuso sexual se inicia con una etapa de **"seducción"**, para luego instalar el abuso propiamente tal. Puede presentarse un **"síndrome de acomodación a la agresión"**, descrito inicialmente para las situaciones de agresión sexual intrafamiliar, sin embargo, también explica muchas de las agresiones sexuales vivenciadas durante la niñez y adolescencia en forma crónica por abusadores "conocidos" que no son miembros de la familia.[26]

24 Op. Cit. 14
25 Op. Cit 8
26 Summit, RC. (1983) The child sexual abuse accommodation syndrome. Child Abuse Negl. 7 (2):177-193.

El primer paso en el proceso de acomodación al abuso sexual es el **secreto**, que consiste en la situación puntual y concreta de que la agresión sexual ocurre solamente cuando la víctima está sola con el agresor y que no debe ser compartido con nadie, además de la intimidación que genera el abusador en relación a las consecuencias de que se cuente lo que está pasando. En este sentido, el abuso de poder que ejerce el agresor es fundamental para sostener el secreto.

Posteriormente, la víctima puede experimentar un desamparo respecto de las figuras parentales, ya que no le protegen del daño y dolor causado por el agresor, dado que la mayoría de las veces es un adulto de confianza.

La sensación de desamparo también se experimenta cuando los demás adultos están al tanto de la situación de agresión sexual y cuestionan la poca capacidad de autoprotección de la víctima, olvidando el mandato social asociado a la necesidad de que niños y niñas deben obedecer a los mayores, especialmente si es alguien de confianza "que quiere lo mejor para el niño". Así, la víctima no tiene otra opción que someterse pasivamente a la agresión sexual y mantener el secreto.

Esta situación de "acomodación" puede continuar hasta que la víctima es adolescente y desarrolla su autonomía, si se devela el secreto. Cuando el agresor establece este patrón abusivo adictivo, muchas veces la única opción sana para la víctima es aceptar la situación de abuso y sobrevivir a la experiencia, lo que produce el entrampamiento. Al mismo tiempo se produce una contradicción afectiva y cognitiva como mecanismo defensivo frente a este sentimiento.

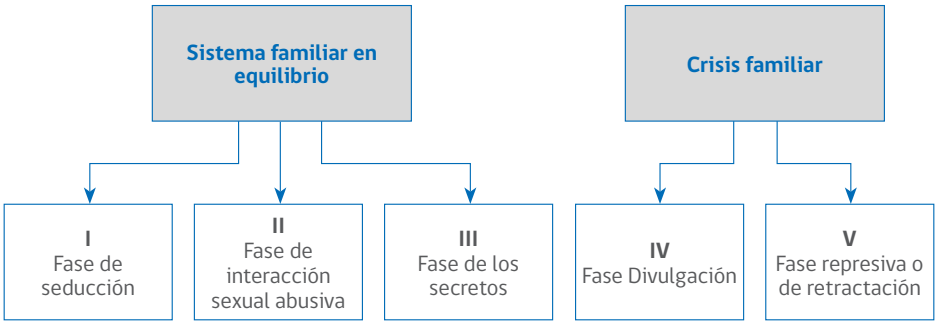
La víctima necesita poseer una sensación de control y poder sobre la situación abusiva, por lo que puede llegar a convencerse que ella es la que provoca la agresión sexual y trata de ser buena, no generando conflictos y aceptando las demandas del agresor. Los abusadores ofrecen explícita o implícitamente una "recompensa" a la aceptación de la situación abusiva y el secreto, haciendo sentir a las víctimas que si no dicen nada a la familia, ésta se mantendrá unida y feliz.

La **revelación** del abuso generalmente puede ocurrir en la niñez o, durante la adolescencia, cuando la víctima es capaz de pelear por su independencia y autonomía. El abusador pierde control y trata de retener a la víctima, imponiendo autoridad y límites parentales. La víctima presenta rabia e ira y devela la agresión sexual de manera impulsiva. El resto de los adultos y el agresor pueden actuar invalidando y descalificando a la víctima, asumiendo que está mintiendo.

Por último, la develación de la agresión sexual puede "provocar" la destrucción y conflicto en la familia, situación ante la cual la víctima puede sentir que no tiene otra opción que **retractarse**, manteniendo la contradicción y ambivalencia propias del proceso de abuso. Contar la verdad puede ser una mala elección; mentir retractándose es una buena decisión para mantener la homeostasis familiar.

Clásicamente, entonces, en el Abuso Sexual intrafamiliar se identifican 5 fases que han sido descrita por Jorge Barudi como el "Proceso familiar del incesto"[27]:

Figura N°2: Proceso Familiar del Incesto



Comprendiendo el proceso de acomodación a la agresión sexual, se puede entender y reconocer diversos factores que intervendrán en el impacto del abuso sexual sobre los niños, niñas y adolescentes, entre ellos:[28]

- La etapa de desarrollo de la víctima, ya que las características de cada etapa van a afectar de distinta manera el desarrollo esperable para su edad. Entre ellos encontramos, el desarrollo puberal (hormonal y físico), el nivel de pensamiento, los conocimientos previos en sexualidad, el nivel de desarrollo emocional y las estrategias de enfrentamiento de conflictos.
- La relación entre la víctima y el agresor sexual, ya que cuanto más cercana es la relación, mayor es la dificultad para entender y reaccionar frente a la agresión sexual.
- El tipo de abuso sexual, ya que el impacto en los niños, niñas y adolescentes va a ser diferente si el tipo de agresión sexual son tocaciones por un desconocido, violación o explotación sexual comercial.
- La frecuencia de la agresión sexual, ya que sabemos que la prolongación del abuso o su cronicidad genera mayores consecuencias negativas en las distintas áreas del desarrollo humano.
- El grado de intimidación, coerción o uso de fuerza en la agresión sexual.
- Existencia de redes de apoyo, ya sean familiares o institucionales que logren acoger y apoyar a la víctima de agresión sexual.

Esta dinámica traumatogénica otorga un marco conceptual que ordena y sistematiza las diversas consecuencias psicológicas que pueden presentar las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, es importante destacar que en muchas ocasiones las víctimas de agresiones sexuales no presentan sintomatología clínica inmediata, debido al proceso de acomodación descrito anteriormente.
Generalmente, cuando esto ocurre, se producen manifestaciones a largo plazo que son más graves como depresión, problemas conductuales, trastornos oposicionistas, fracaso escolar, conductas de riesgo, entre otras.

27 Citado en UNICEF El Maltrato Deja Huella, 2007.
28 Álvarez, K. (2003) Abuso sexual en la niñez y adolescencia. En C. Almonte, M. E. Montt y A. Correa (Eds.). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile. Capítulo 32.

Sospecha y detección

No existen comportamientos que caractericen completa y específicamente al niño, niña o adolescente que ha sido víctima de violencia sexual. Sin embargo, existen indicadores que deben alertar al equipo, y que se enumeran en el cuadro Nº1. La investigación de dichos comportamientos debe ser realizada por profesionales entrenados.[29]

Cuadro Nº1: Indicadores de sospecha de violencia sexual

Trastornos de conductas inespecíficos	Signos y síntomas inespecíficos
• Miedos excesivos, fobias • Temor a dormir solo, temores nocturnos • Fugas • Comportamiento agresivo • Intento de autoeliminación • Cualquier cambio brusco de conducta • Trastornos de la conducta alimentaria • Aislamiento • Sentimientos de culpa • Síntomas depresivos • Síntomas ansiosos • Comportamientos regresivos • Miedo "inexplicable" al embarazo • Inhibición o pudor excesivo	• Dolor abdominal • Enuresis • Disuria • Encopresis • Flujo vaginal • Supuración uretral • Dolor rectal

El criterio más importante para configurar una sospecha de agresión sexual contra un niño, niña o adolescente, **es el relato parcial o total entregado por éste a un tercero**. En términos generales, los niños, niñas o adolescentes no reportan agresiones sexuales cuando éstas no existen[30], sin embargo, este criterio de relato espontáneo se presenta de manera poco frecuente.[31]

Otros elementos que siempre merecen ser estudiados, pero que poseen menor especificidad respecto a la agresión sexual, son las manifestaciones conductuales y psicológicas, que varían según el período evolutivo del niño, niña o adolescente[32, 33]. Desde este punto de vista, en la etapa preescolar (0 a 6 años aproximadamente), Kendall, Tackett y colaboradores, indican que los síntomas más comunes son la ansiedad, pesadillas, inhibición, retraimiento, temores diversos, agresividad, descontrol y las conductas sexuales inapropiadas. Tackett señala que en este grupo etario existe evidencia relativa a la presencia de trastornos somáticos tales como la enuresis.[34]

En los escolares (7 a 12 años de edad aproximadamente), los síntomas más sobresalientes son el miedo, agresividad, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y conducta regresiva. De acuerdo a Echeburúa y Guerricaechevarría, en esta etapa son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza frente a la agresión. Finalmente, en los adolescentes, los síntomas más típicos son la depresión, retraimiento, conductas suicidas o autodestructivas, trastornos somáticos, realización de actos ilegales, fugas y el abuso de sustancias.[35]

29 Felzen, C., Child sexual abuse. Lancet 2004;364:462-70.
30 Ludwing, S., Abuso Sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch Pediatr Urug 2001, 72 (S): S45-S54, (2)
31 Kellogg, N. & the Comitte on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005; 116 (2): 506-12
32 Op. Cit 8
33 Op. Cit 25
34 Kendall, Tackett, Williams & Finkelhor, 1993, citado en SENAME, 2004
35 Op. Cit 28

En relación a las conductas sexualizadas, los comportamientos de tipo excitatorios (masturbación, curiosidad sexual exagerada o juegos inapropiados) corresponden a un patrón de respuesta menos frecuente que las manifestaciones de tipo inhibitorias[36]. Dado lo anterior, es importante recalcar el grado de sospecha que deben mantener los/las profesionales de la salud en la pesquisa del maltrato.[37]

Algunas de las conductas señaladas en el cuadro N°2 pueden condiserarse como indicadores de conductas sexualizadas, según la edad del niño, niña.

Cuadro N°2: Conductas sexualizadas según edad

Menores de 10 años	Mayores de 10 años
• Declaraciones que indican conocimiento sexual precoz, que usualmente ocurren de manera inadvertida o espontánea • Dibujos sexualmente explícitos • Interacción sexualizada con otras personas: agresiones sexuales a un niño o niña menor, y/o actividad sexual con pares • Actividad sexual con animales o juguetes • Masturbación compulsiva: – Hasta hacerse daño – Numerosas veces al día – No puede detenerse – Inserta objetos en la vagina o en el ano – Hace sonidos y gime mientras se masturba	• Promiscuidad sexual • Explotación sexual comercial • Indicadores gráficos (dibujos)

5. Delitos sexuales durante la adultez

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES

La violencia sexual es una de las formas más extremas de violencia de género, que ocurre en nuestra sociedad y afecta principalmente a mujeres a lo largo de todo el ciclo de vida. De este modo, es relevante conocer y visibilizar que la violencia sexual posee un fuerte componente de género a la base, que se expresa en la asimetría de poder y desigualdad entre hombres y mujeres, en la cosificación del cuerpo femenino, entre otros apectos que se encuentra arraigados en los patrones culturales de la sociedad y que, a su vez, determinan las relaciones sociales entre hombres y mujeres. De este modo, que el fenómeno de la violencia sexual se encuentre instalado desde las estructuras socioculturales demanda un gran esfuerzo tanto hacia el Estado, como a la sociedad, por desplegar acciones tendientes a romper con estas estructuras que validan la violencia (en todas sus esferas: sexual, psicológica, física, económica) de hombres sobre mujeres.

Puede ocurrir en distintos entornos, incluida la familia, el lugar de trabajo, la calle o la comunidad. Tiene consecuencias negativas para la salud mental, física, sexual y reproductiva de la mujer (embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y por el VIH, disfunciones sexuales, infertilidad, enfermedades ginecológicas). Los efectos psicológicos pueden ser devastadores, alterar radicalmente la vida de la mujer y afectar a varias generaciones. Las mujeres con discapacidad física y/o cognitiva corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual.

36 Op. Cit 27
37 Op. Cit 25

La Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013) revela que un 6,3% de las mujeres entrevistadas (15 - 65 años) declaró haber sufrido al menos un episodio de violencia sexual de parte de su pareja o ex-pareja durante su vida, y un 1,8% haber sufrido al menos una situación de violencia sexual durante los últimos doce meses. Asimismo, informa que en el tramo de 36 a 45 años es donde existe el mayor porcentaje de mujeres que declara haber sufrido violencia sexual. Estos datos para Chile probablemente acusan un subregistro, como lo señala la experiencia internacional .

Si bien la violencia de género es reconocida nacional e internacionalmente desde hace más de dos décadas, y existen avances en la legislación destinada a penalizarla, así como en políticas y programas en el sector salud, hasta la fecha no se aprecia una reducción de su prevalencia. Es decir, se requiere evaluar dichas políticas y programas y a ello está orientado el "Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general" presentado a la 69ª Asamblea Mundial de la OMS en mayo de 2016.

La experiencia internacional aconseja desarrollar múltiples modelos de atención para las sobrevivientes de violencia sexual, en los diferentes niveles del sistema de salud, siendo de primera importancia la atención oportuna, integral y sensible a las cuestiones de género, que aborde las consecuencias de la violencia tanto para la salud física como mental y que las ayude a recuperarse. Ello supone que el personal de salud que entra en contacto con mujeres que han vivido violencia sexual esté capacitado para responder de manera adecuada y segura, incluida la atención en casos de crisis para prevenir mayor daño.

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES

Aunque les afecta con mucha menor frecuencia que a la población de mujeres, los hombres también son víctimas de violencia sexual. Si bien no hay estadística que lo respalde, existe la percepción del aumento de los reportes respecto a adolescentes y hombres jóvenes.

Al igual que las mujeres, los hombres sufren de consecuencias físicas y psicosociales cuando son víctimas de violencia sexual. En este sentido, los hombres suelen tener mayores barreras de acceso a los servicios de salud y a justicia, muchas de éstas impuestas por las estructuras psicosociales que ejercen presión sobre hombres, jóvenes y niños, lo cual se puede expresar por ejemplo, en la renuncia o bien negación a aceptar que fueron víctima de un ataque sexual, o bien por temor a la burla o discriminación en los servicios públicos.

Otra población en riesgo de experimentar violencia sexual la constituye los hombres en recintos carcelarios, situación cuyo acercamiento requiere una alta especificidad. En definitiva, la violencia sexual hacia hombres, jóvenes y niños es un fenómeno que requiere de mayor investigación y análisis que permita, a su vez, mejorar la atención y procesos de restitución de derechos a este grupo de población.

DELITOS SEXUALES EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Según información del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), existen diversas formas de maltrato al adulto mayor, incluyendo el abuso sexual, definido como la realización de actos sexuales con una persona adulta mayor sin su consentimiento, empleando fuerza, amenaza o aprovechándose de que existe un deterioro cognitivo que lo incapacita para dar dicho consentimiento.

Generalmente este problema social es vivido en silencio. Si no se hace una denuncia, persiste en las víctimas el ciclo de violencia y los agresores quedan en impunidad.

Principales motivos por los que los adultos mayores no buscan ayuda:

- Por deseo de proteger al agresor de las consecuencias de sus actos.
- No lo consideran necesario.
- Por amenaza de institucionalización.
- Por vergüenza, miedo y deshonra.
- Por una percepción errónea que hace visualizar como normal el maltrato recibido.
- Por déficit cognitivos y sensoriales (demencia).
- Por encontrarse en situación de dependencia.
- Por la pérdida de su autonomía.
- Por desinformación.
- Por soledad, aislamiento y falta de apoyo de redes familiares y amigos[38].

TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN ADULTOS MAYORES

Un estudio realizado en Virginia-EEUU, durante 5 años (1996-2001) en el Servicio de Protección al Adulto (Adult Protective Service), demostró que la gran mayoría de las víctimas de violencia sexual fueron mujeres (95%); afectó al 52% de adultos mayores entre los 60 y 79 años de edad y el 48% eran mayores de 80 años.

Una revisión de la literatura estudió varios reportes de violencia en adultos mayores vulnerables describiendo el delito sexual en ambos sexos (hombre y mujeres). El tipo más común de abuso sexual fue en un 73 % besos y caricias de carácter sexual, un 43% interés sexual en el cuerpo del adulto mayor, en un 7% contacto oro-genital; penetración digital (ano o vagina) 5%, y violación vaginal 5%[39]. Esta revisión también indicó que pueden ocurrir varios tipos de violencia en una persona y que las mujeres mayores eran más propensas a sufrirlos[40].

CAMBIOS FISICOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

Ocurre adelgazamiento de la epidermis, con cambios en el tejido conectivo que disminuyen la resistencia y elasticidad de la piel, los vasos sanguíneos de la dermis se vuelven más frágiles, las glándulas sebáceas disminuyen su productividad haciendo que la piel se torne menos húmeda, la grasa de la capa subcutánea se adelgaza disminuyendo su amortiguación e incrementando el riesgo de lesiones, afectando la capacidad de conservar la temperatura corporal.

Los huesos son más delgados y menos densos, por lo tanto más susceptibles a fracturas. Las fracturas más comunes en mayores de 75 años son de la cadera y en menores de 75 de las muñecas, aunque también se encuentran fracturas espontáneas generalmente en columna y en cadera debido a procesos patológicos.

38Servicio Nacional del Adulto Mayor. Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor. Mayo 2012.Chile
39 Pamela B. Teaster and Karen A. Roberto. "Sexual Abuse of Older Adults: APS Cases and Outcomes". The Gerontologist 2004, Vol. 44, No. 6, 788-796.
40 Wenche Malmedal, Maria Helen Iversen, and Astrid Kilvik, "Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review," Nursing Research and Practice, vol. 2015, Article ID 902515, 7 pages, 2015. doi:10.1155/2015/902515

La disminución en los niveles hormonales como resultado de la menopausia, reduce la lubricación de la vagina y sus paredes se tornan más finas y frágiles, por esta razón, las mujeres adultas mayores tienen un mayor riesgo de desgarros vaginales y de lesiones en actos de penetración vaginal[41].

MARCADORES FORENSES MÁS COMUNES EN CASOS DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

- **Abrasiones en piel y mucosas:** Las abrasiones retienen el patrón del agente causante mejor que cualquier otro tipo de lesión. La documentación cuidadosa por parte del personal de salud es importante para la identificación de la modalidad de la lesión.
- **Laceraciones en piel y mucosas.**
- **Desgarros en la piel**: Son lesiones comunes en adultos mayores produciendo un colgajo. Suelen sanar sin dejar cicatriz, generalmente se observan en brazos y piernas debido a caídas. Debe sospecharse de desgarros en la piel en lugares distintos a brazos y las piernas, desgarros múltiples o abrasiones[42].
- **Desgarros vaginales**: Para la exploración se debe usar en el examen pélvico el espéculo de Pedersen que es más largo y más delgado que el espéculo de Graves, teniendo especial cuidado al evaluar la lesión intravaginal. En algunos casos de mujeres mayores, se deberá solamente insertar los hisopos evitando el trauma de la inserción del espéculo. Al igual que en niñas premenárquicas, los desgarros externos en el introito vaginal, deben dar la sospecha de lesiones intravaginales[43].
- **Contusiones o hematomas**: El párpado, cuello y el escroto son más susceptibles a la aparición de contusiones. Se resuelven más lentamente que en personas jóvenes, y pueden durar meses a diferencia del promedio en personas jóvenes (2 semanas). Los lugares más comunes de lesiones no accidentales suelen ser cara, cuello, tórax, abdomen y glúteos. Sin embargo, las causas de cualquier caída de un adulto mayor debe ser avaluada y los resultados de la caída, fracturas o hematomas, pueden ser indicadores forenses útiles para la determinación de abuso o maltrato a un adulto mayor.
- **Fracturas o compresión ósea**: Las fracturas en espiral de los huesos largos sin antecedentes de lesión grave son un signo diagnóstico de maltrato debido al componente rotacional[44].

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN ADULTOS MAYORES

- El impacto emocional en el adulto mayor, puede observarse tiempo después del examen, cuando están solos, días, semanas o meses después de la agresión.
- Son susceptibles a reacciones traumáticas de vulnerabilidad, disminución de la resistencia y mortalidad.

41 U.S. Department of Justice Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime. Sexual Assault Nurse Examiner SANE; Development and Operation Guide; NCJ 170609
42 National Research Council. (2003). Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Richard J. Bonnie and Robert B. Wallace, Editors. Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
43 U.S. Department of Justice Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime. Sexual Assault Nurse Examiner SANE; Development and Operation Guide; NCJ 170609
44 National Research Council. (2003). Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Richard J. Bonnie and Robert B. Wallace, Editors. Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

- Los agresores pueden ser sus cuidadores y llevar a la víctima al examen.
- Los adultos mayores físicamente son más frágiles que los adultos más jóvenes.
- La discapacidad auditiva y otras condiciones físicas existentes, junto con la reacción a la agresión, pueden disminuir la comunicación efectiva. Dado que los adultos mayores procesan la información de forma más lenta, los profesionales deberán hablar lento y claro proporcionando el tiempo necesario para el procesamiento de las respuestas[45].

En caso que a juicio clínico somero el facultativo sospeche que la víctima adulto mayor no cuenta con todas sus facultades para discernir de los hechos, deberá consultar si el paciente ha sido declarado interdicto por resolución judicial, por evaluación médica o del COMPIN, caso en el que las decisiones serán adoptadas por el representante legal designado en dicho acto, siempre que no exista sospecha que éste sea el agresor.

En cualquier caso, los miembros del equipo de salud podrán presentar la denuncia por violencia intrafamiliar ante los Tribunales de Familia y/o Ministerio Público.

45 U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women; A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents Second Edition; April 2013 NCJ 228119.

IV. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN UNIDAD CLÍNICA FORENSE

Todas las personas que realizan atención en salud tienen el imperativo ético y sanitario de ofrecer una atención de calidad, que respete la dignidad y las necesidades de las víctimas (Cuadro Nº3), que permita disminuir las secuelas tanto en el ámbito físico y mental, brindar protección, contribuir a poner fin y evitar la recurrencia de la violencia sexual.

Cuadro Nº3: Fundamentaciones de los derechos de las víctimas

Conforme a lo establecido por las Naciones Unidas sobre los derechos de las víctimas se debe garantizar*:

- Acceso a la justicia y trato justo
- Resarcimiento
- Indemnización
- Asistencia

Además se deberá facilitar la adecuación de los procedimientos judiciales y administrativos de acuerdo a las necesidades de las víctimas:

a) **Estar informado o informada**: respecto de su papel y del alcance, el desarrollo cronológico y la marcha de las actuaciones, así como de la decisión de sus causas, especialmente cuando se trate de delitos graves y cuando hayan solicitado esa información

b) **Inclusión de sus opiniones y preocupaciones**: las que deberán ser presentadas y examinadas en etapas apropiadas de las actuaciones siempre que estén en juego sus intereses, sin perjuicio del acusado y de acuerdo con el sistema nacional de justicia penal correspondiente

c) **Recibir asistencia apropiada** durante todo el proceso judicial

d) **Protección de su intimidad y seguridad**, así como la de sus familiares y la de los testigos en su favor, contra todo acto de intimidación y represalia

e) **Recibir trato oportuno**: Evitando demoras innecesarias en la resolución de las causas y en la ejecución de los mandamientos o decretos que concedan indemnizaciones a las víctimas

Expresado por las propias víctimas sus principales necesidades y demandas respecto de las instituciones**:

- Requieren ser tratadas con dignidad y recibir credibilidad y confirmación de que no son culpables; sentirse seguras y apoyadas, no sentirse víctimas, sentirse en control y tomar decisiones informadas.
- Como temas especiales surge la necesidad de información, representación jurídica y terapia psicológica.

* "Declaración de las Naciones Unidas sobre los principios básicos de justicia para las víctimas del crimen y de abuso de poder". Resolución Nº 40/34 de la Asamblea General de naciones Unidas, 1985.

** "Víctimas de delito en Chile, diagnóstico nacional 2011", Ministerio de Interior.

Se considera que sufren violencia sexual aguda, aquellas personas que recurren o son trasladadas para una atención de urgencia, porque han vivido un episodio reciente de violencia (menos de 72 horas) con daños físicos y/o psicológicos que requieren ser atendidos de inmediato o, porque sin presentar mayores daños detectables, necesitan la certificación de la agresión. Por ello, es posible que lleguen las víctimas de agresión sexual aguda acompañadas por desconocidos o por personal policial que las socorren.

Por otra parte, la violencia sexual crónica es la que generalmente ocurre en el contexto familiar o cercano, generalmente se ejerce sin violencia física y suele ser detectada en atención primaria de salud, por lo que es menos probable que las víctimas requieran atención de urgencia.

Si bien el objetivo principal de la atención es siempre, y en primer lugar, reconocer, diagnosticar y tratar adecuadamente los síntomas, las lesiones, daños o patologías que presenta la víctima, esta acción debe ser realizada considerando la integridad de la persona, abordando también los aspectos de su salud mental y/o psicosocial.

En este sentido, los objetivos de la atención clínica también son establecer contacto psicológico con la víctima para apoyarla y fortalecerla, evaluar las dimensiones del problema y del riesgo de nuevos episodios de violencia sexual y vincularla a recursos de ayuda.

Es necesario considerar que la persona que requiere atención por violencia sexual puede pertenecer a uno de **los pueblos originarios del país o a una cultura distinta a la predominante, razón por la que es necesario respetar sus valores y creencias –respecto a la sexualidad– y entregarle la información de la forma más adecuada y comprensible posible**, lo que no significa entregar menos o distinta información para la toma de decisiones. En Servicios de Urgencia responsables de la atención de una población en que esto es frecuente, la atención debe considerar estos aspectos particulares en la formación y entrenamiento del equipo de salud, la organización de la atención y en el material de apoyo utilizado. Es particularmente importante considerar el trabajo conjunto con las organizaciones propias de estas comunidades y la intermediación cultural[46].

Un establecimiento que presta la atención requerida por las víctimas de violencia sexual, cumpliendo con los requisitos y formas de atención de la presente Normativa, podrá aumentar la efectividad de sus intervenciones dirigidas a personas que han sufrido violencia sexual y además, podrá ser reconocido por las organizaciones sociales, Ministerio Público y ONGs por su contribución a la respuesta social frente a un problema tan relevante.

1. ACOGIDA

Toda persona que tenga contacto con víctimas de agresión sexual, sea profesional, técnico, auxiliar o administrativo, debe tener un trato digno, respetuoso y sensible con las víctimas, lo que implica en primer lugar tener una postura definida de rechazo a toda forma de violencia sexual, no culpabilizando a la víctima de lo ocurrido, cualquiera sea la circunstancia en que el hecho haya sucedido. Es necesario que quienes atienden a las víctimas tengan conciencia de que no hay nada que pueda hacer una persona que la haga merecedora de una agresión sexual de ningún tipo y que, por lo tanto, **las víctimas nunca son culpables de los sucedido**. Deben expresar comprensión por la magnitud y trascendencia del daño para la persona que es víctima de violencia sexual.

46 Citado en Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de personas víctimas de violencia sexual, Minsal, 2004

En el caso de mujeres adultas, o de personas adultas mayores, es frecuente que la persona llegue a solicitar ayuda sobrepasada por las emociones y asustada por la posibilidad de ser nuevamente agredida. Llegar a solicitar atención de salud ha sido un paso crucial, tratándose habitualmente de una situación de crisis en que la persona está especialmente vulnerable, lo que hace aún más relevante cómo se realiza la intervención por el impacto que ésta tendrá.

Es particularmente difícil para los hombres revelar que fueron atacados sexualmente. Nuestra sociedad nos condiciona a creer que los hombres deben estar siempre contenido en sus emociones y con control de su entorno. Se les enseña a definirse a sí mismos como hombres por el grado de control que puedan alcanzar. Como consecuencia, la mayoría de hombres no cree que podría ser una "víctima", y menos en el terreno sexual. Cuando esto ocurre, a menudo provoca un fuerte choque emocional, afectando del mismo modo que a víctimas mujeres.

Una persona que ha sufrido violencia sexual está afectada por una experiencia traumática. Ha sentido impotencia, temor y angustia, y dado que la sexualidad es un ámbito de la vida en que se desarrollan relaciones afectivas, donde se obtiene gratificación y placer, se acompaña, adicionalmente, de un sentimiento de especial vulnerabilidad e injusticia. Los efectos inmediatos de la violencia sexual incluyen angustia, rabia, hostilidad, vergüenza y culpa.[47]

En el caso que las víctimas sean niños, niñas o adolescentes, la forma de aproximarse será en función de la edad y etapa del desarrollo, capacidades cognitivas y estado emocional (ver Anexo Nº2). El/la profesional de salud debe prepararse y entregar confianza para hablar en un momento en que él o ella esté listo emocionalmente. Los niños, niñas o adolescentes no deben ser forzados o interrogados hasta el punto en que se sientan incómodos o avergonzados. Para muchos de ellos, este recuerdo puede ser terapéutico, por la sensación de liberación que sintieron con el relato, sin tener que mantener un secreto impuesto. Sin embargo, para otros puede ser victimizante.[48]

2. PRIMERA RESPUESTA

La primera respuesta se constituye en un primer movimiento fundamental que puede marcar el proceso de cambio. Así, en esta acción quien otorga la atención profesional necesita contar con información específica sobre:

- La condición de salud de la víctima al momento de la detección y evaluación clínica forense.
- En caso que la víctima sea un niño, niña o adolescente indagar con la familia o adultos responsables información respecto de la problemática detectada.
- Conocimiento de la red de recursos institucionales y comunitarios para facilitar la coordinación, la derivación asistida o el asesoramiento.
- Conocimiento del rol, responsabilidades y límites respecto de la intervención en Primera Respuesta, así como, de la posibilidad de trabajo interdisciplinario para analizar la situación y diseñar una estrategia de intervención adecuada.

Este contacto inicial debe permitir evaluar las dimensiones del problema y el riesgo de nuevos episodios, especialmente cuando la situación de agresión sexual se ha dado en un contexto de violencia en la pareja o abuso sexual intrafamiliar o por un conocido.

47 Op. Cit 46
48 Martin A. Finkel & Randell A. Alexander. Conducting the Medical History. Journal of Child Sexual Abuse, 20:486-504, 2011.

Se debe informar a la persona o al adulto responsable sobre la condición de salud de la víctima, analizar con ella las posibilidades concretas de que el/a agresor/a se le acerque y de las medidas de protección existentes a su alcance, como por ejemplo: lugar alternativo de residencia, reforzamiento de las medidas de seguridad domiciliarias, acompañantes, denuncia, otros. [49]

Las acciones que pueden realizar los equipos de urgencia son muy importantes. Una acogida y atención apropiada de los funcionarios de salud es esencial para la protección inmediata de un niño, niña o adolescente, para que el adulto responsable tome decisiones, para registrar la información y disponer las pruebas necesarias para la justicia, cuando se realiza una denuncia.

3. EXPLORACIÓN CLÍNICO FORENSE

Es muy importante que la persona se sienta protegida desde que ingresa a la sala de examen. Es necesario crear una atmósfera de confianza y respeto en que la persona se sienta escuchada, comprendida y respetada, sabiendo que lograrlo requiere un tiempo mayor que en el caso de otros motivos de consulta. Los profesionales y técnicos a cargo de la recepción y atención deben mostrar actitudes verbales y no verbales acogedoras.

Debe explicarse a la víctima en qué consiste el examen a realizar, con las palabras adecuadas para su comprensión, de acuerdo a su edad y nivel de madurez. Según el caso, también se debe informar al representante legal o cuidador del niño, niña o adolescente, el tipo de examen al cual será sometido y su importancia médico legal.

Es necesario siempre tener presente que este examen se realizará a una persona que ha pasado por una o varias experiencias traumáticas en el ámbito de su sexualidad, por lo que se requiere en todo momento estar atento a las emociones de las víctimas y poner al centro sus necesidades y derechos.

El mensaje que debe estar presente en todo momento es: **"tú/usted no es responsable de lo que ha ocurrido y sé que esto puede ser incómodo o desagradable para usted. Hágame saber si desea que me detenga o si necesita un poco más de tiempo".** Sin embargo, también es necesario señalar a la persona que el examen es muy importante para evaluar en primer término su estado de salud, para orientar el tipo de tratamiento que requiere y para la recolección de muestras de carácter forense.

La aceptación del **examen forense y la autorización para recoger pruebas biológicas** debe ser siempre voluntaria y constar por escrito. En caso de niños, niñas y personas con discapacidad mental, debe firmar el Consentimiento Informado la persona responsable de la víctima (Anexo Nº3b), junto con el consentimiento propio para la evaluación y tratamiento médico. En caso de adolescentes mayores de 14 años y menores de 18, éstos deben firmar un asentimiento (Anexo Nº3c), además del consentimiento firmado por la persona responsable de la víctima. La víctima mayor de 18 años, expresará su consentimiento por sí. Siempre que el niño, niña o adolescente concurra solo, sin compañía de un adulto responsable, o se sospechare que éste se encuentra implicado en el delito, se deberá solicitar la autorización del Fiscal para practicarlos. En todo caso no podrán realizarse contra la voluntad de los niños, niñas o adolescentes.

49 Op. Cit 8

El rechazo del examen por parte de la persona responsable o la negativa de la víctima a ser examinada, se debe informar a la Fiscalía, en lo posible consignando el motivo. El examen es **siempre** voluntario[50] (esta materia se desarrollará en el capítulo 5: Informe Pericial).

Los pasos a considerar antes de proceder a efectuar la exploración son:

- Identificarse y explicar quién será la persona que la atenderá o acompañará hasta que llegue el/la perito/médico, independiente de su sexo, siempre debe estar acompañado por otra persona, idealmente del mismo sexo de la víctima.
- Favorecer el acompañamiento por la persona que prefiera la víctima durante el examen y, en el caso de los niños, niñas y adolescentes asegurarse que sea un adulto/a protector/a.
- Si la víctima ha llegado sola/o, ofrecerle llamar a un familiar o conocido.
- Explicar detalladamente qué se va a hacer, en qué lugar y por quién: preguntas, exámenes, procedimientos para la toma de muestras, etc.
- Se informará que, una vez finalizado el procedimiento, se le hará entrega de una copia del acta de registro de la exploración realizada y de la descripción de las muestras recogidas.

En el caso de los profesionales del Servicio Médico Legal, éstos siempre realizan el examen médico forense por orden de un Tribunal o Fiscalía una vez que la víctima o adulto responsable ya ha realizado la denuncia. En el caso de la atención en la Unidad Clínico Forense de los Hospitales, debe canalizarse la denuncia a la Fiscalía, en menores de 18 años o cuando la víctima mayor de edad lo autorice.

En los casos en que la víctima esté inconsciente y no pueda dar su consentimiento, ante la eventual pérdida de evidencias por los procedimientos y tratamientos a los que deberá ser sometido/a y el tiempo que pudiera transcurrir antes de recuperarse, se deberán obtener las pruebas pertinentes asociándolas al informe pericial.

Ante el requerimiento de practicar una evaluación médica forense, prima el diagnóstico y tratamiento de las lesiones agudas, es decir, estabilizar a la víctima. Además, deben tomarse las medidas necesarias para la obtención de muestras forenses, la identificación del riesgo de infecciones de transmisión sexual y su profilaxis, y la prevención de un posible embarazo.

Idealmente los centros de atención deberían contar con profesionales que brinden apoyo y orientación a la víctima, familiares y/o adulto responsable. En caso que no se cuente con una persona especialmente capacitada para estos fines, el médico/a que realiza la pericia forense, debe contar con habilidades que le permitan realizar una contención de la víctima, ya que es muy probable, especialmente en víctimas que han sufrido vulneraciones recientes, que presenten desbordes emocionales en el contexto del examen forense.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que la exploración física y el registro de evidencia deben ser realizados de manera inmediata en caso que existan lesiones agudas o si la perpetración de la agresión ocurrió dentro de las 72 horas previas. De no ser así, se sugiere postergar el examen a la instancia más próxima acordada, en la cual se cuente con un equipo entrenado en estos procedimientos.[51]

50 Guía Técnica Pericial sobre agresiones sexuales. SML, 2010.
51 Op. Cit 30

a) Anamnesis (referirse Anexo 3a Formulario de Atención a Víctimas de Violencia Sexual)

Debe registrarse claramente:

- Nombre del médico y de la enfermero/a, matrón/a o TENS presente.
- Precisar fecha, hora y lugar de atención.
- Quién o quiénes acompañan al niño, niña o adolescente (padres, cuidador, amigos, policía), cedula de identidad y vínculo con la víctima, su domicilio y teléfono de contacto
- Nombre de la víctima
- Cédula de Identidad (eventualmente huellas deca-dactilares)
- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Nivel educacional
- Actividad
- Domicilio
- Relato **abreviado** de las características de la violencia, agresión o abuso que sufrió la víctima, o del adulto responsable y/o acompañante, sin entrar a calificarla jurídicamente; día y hora en que ocurrió, consignando circunstancias relevantes:
    - Cuando la víctima hace el relato, especialmente si se trata de niñas, niños y adolescentes nunca preguntar: ¿Por qué no lo dijiste antes o la primera vez que ocurrió? Sabemos que no lo hacen porque no pueden, están amenazados, sientan temor, vergüenza, entre otros.
    - Si no ha entendido el relato, el examinador puede decir: "me podría explicar un poco más"; o repetir textualmente lo que la víctima dijo y preguntar: "entendí bien o falta algo de lo que me dijiste?".
- Relación con el o los agresores (familiar, tipo de parentesco, etc.).
- Antecedentes médico-quirúrgicos, ginecológicos, genitourinarios importantes según corresponda (edad de menarquia, métodos anticonceptivos, paridad, fecha de última regla, último coito consentido, embarazo actual, violencia sexual anterior).

La anamnesis no debe basarse simplemente en datos proporcionados por la policía o fiscalía, ya que la responsabilidad del médico es obtener la información de la víctima, en forma clara para realizar un buen peritaje y no realizar una entrevista investigativa. Existe la posibilidad que se entregue al médico información adicional o diferente a la que se obtuvo previamente. Es muy importante registrar la información entregada por la víctima en forma textual.

El médico tendrá que evaluar todas las fuentes de información para la formulación de un diagnóstico, en este caso una conclusión de un peritaje. Siempre que sea posible, debe basarse fundamentalmente en la información obtenida directamente de la víctima, el examen físico y pruebas de laboratorio. Se puede complementar con la información que entrega también el adulto responsable y/o acompañante.

Cuando la consulta es por sospecha de delito sexual por un relato entregado a un adulto, es importante consignar cómo y a quién se le relató el hecho, y determinar la urgencia de realizar el examen médico forense en ese momento, preguntando "¿Cuándo fue la última vez que algo ocurrió?". En el caso de los niños, niñas y adolescentes, la mayoría lo dan a conocer cuando se sienten seguros y la develación ocurre generalmente después de un tiempo considerable de haber ocurrido el contacto. Esto explica por qué la mayoría de los niños, niñas y adolescentes que se presentan para un examen médico no evidencian lesiones agudas.[52]

Si la víctima expresa malestar físico asociado con el contacto genital o anal (particularmente en niños, niñas o adolescentes), el médico debe preguntar si el malestar se produjo justo cuando él o ella estaba siendo agredido, después de que el contacto se detuvo, o ambos. Especial importancia cobra la disuria que puede reflejar trauma agudo que afecta a los tejidos que rodean la uretra. La mayoría de estas lesiones son superficiales y sanan completamente. Una historia de disuria, obtenida apropiadamente, puede orientar hacia la ocurrencia de un contacto sexual.[53].

Mensajes simples pueden ayudar a la víctima a sentirse cómoda, el médico debe expresarle que está preocupado por su bienestar general. Es conveniente decir que el examen será de la cabeza a los pies, ya que se le da un mensaje que todas las partes de su cuerpo son importantes. En el curso de la obtención de la historia clínica se debe preguntar al paciente si tiene alguna preocupación o inquietud acerca de su cuerpo.

Los padres o cuidadores del niño, niña o adolescente (cuando no son agresores), pueden entregar información relevante para determinar lo que éste puede haber experimentado. Una evaluación médica completa incluye no sólo la historia clínica obtenida del niño de forma independiente, sino que además debe incluir:

1. Las circunstancias que llevaron al cuidador/a para sospechar.
2. Observaciones de los padres/cuidadores respecto a las eventuales agresiones.
3. Completar la historia clínica del niño o niña.
4. Revisión detallada de los sistemas con un enfoque específico en sistemas gastrointestinal, urinario y genital.
5. Antecedentes generales (familia directa, vivienda, escolaridad, etc.)

El propósito de realizar una revisión detallada de los sistemas genito- urinario (GU) y gastrointestinal (GI) es el de identificar las condiciones preexistentes que podrían imitar signos y síntomas que pudieran asociarse al abuso sexual. El siguiente cuadro Nº4 incorpora elementos que deben ser incluidos en la revisión.

52 Martin A. Finkel & Randell A. Alexander. Conducting the Medical History. Journal of Child Sexual Abuse, 20:486-504, 2011.
53 De Lago, C., Deblinger, E. D., Schroeder, C., Finkel, M. A. (2008). Girls who dis- close sexual abuse: Urogenital symptoms and signs following sexual contact. Pediatrics, 122(8), 221-226.

Cuadro Nº4: Revisión de Sistemas genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI)

Genitourinario (GU)	Gastrointestinal (GI)
• Historia de cambios en los hábitos urinarios. • Historia de molestias GU y cómo fueron tratadas. • Historia de incontinencia urinaria diurna y nocturna. • Historia de infecciones del tracto urinario. • Historia de disuria o hematuria. • Uso de burbujas de baño y si causaron alguna molestia. • Historia del flujo vaginal, mal olor o sangrado genital. • Conductas de autoestimulación excesivas. • Historia de infecciones de transmisión sexual. • Lesiones accidentales de los genitales. • Antecedente de examen genital por razones distintas a la atención de salud de rutina.	• Edad de control de esfínteres y dificultades asociadas. • Historia de estreñimiento, diarrea o vómitos. • Uso de supositorios, enemas o medicamentos para problemas intestinales. • Historia de sangrado rectal, fisuras o hemorroides. • Antecedente de un examen rectal por cualquier motivo que no sea de control de salud de rutina. • Historia de incontinencia fecal.

Cuando se trata de un niño, niña o adolescente, es importante separarle del cuidador que lo acompaña al tomar la historia clínica. Puede haber ocasiones en las que la víctima no esté dispuesta a separarse del cuidador, en ese caso no hay que impedir su permanencia.

En general, los niños, niñas y adolescentes, se sienten más cómodos hablando sin el cuidador en la habitación, a excepción de las víctimas muy pequeñas. Si el cuidador estuviese presente durante la entrevista clínica, antes del procedimiento, el médico debe advertir que no debe manifestarse de ninguna forma (verbal o no verbal) con el relato del menor, ya que los niños son propensos a desistirse de develar la información si ven que la madre/padre/cuidador se enoja o llora con su relato[54].

La víctima puede ser una mujer que cursa un embarazo, el cual puede ser resultado de una agresión sexual, violación marital o negación al uso de anticonceptivos[55]. Si bien, en la mayor parte de la violencia física los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos al abdomen, los senos y los genitales[56]. Esta situación debe ser considerada, en forma específica, por el posible daño fetal, por las contraindicaciones para algunos fármacos y por los aspectos psicológicos y emocionales involucrados.

54 Martin A. Finkel & Randell A. Alexander. Conducting the Medical History. Journal of Child Sexual Abuse, 20:486-504, 2011.
55 Heise, L. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 27:1993
56 Bewley,C. Coping with domestic violence during pregnancy. Nursing Standard,8:1994

b) Examen Físico

El examen clínico forense es voluntario, por lo que debe solicitarse explícitamente la autorización o asentimiento del paciente de forma escrita. El objetivo principal del examen es realizar un diagnóstico clínico para indicar el tratamiento más adecuado y realizar un peritaje médico legal que registre los hallazgos forenses e incluya la toma de muestras pertinentes. Sin perjuicio de aquello, las/os pacientes que rechacen el examen físico igualmente deben recibir profilaxis, si el relato es sospechoso de agresión sexual reciente.

Es necesario respetar el pudor de la persona, realizando el examen en condiciones de privacidad suficiente y siempre con la presencia de otra persona del servicio de urgencia, profesional o técnico. Se debe incorporar a un acompañante de la víctima, si ésta así lo solicita.

A continuación se describen los aspectos específicos a considerar en el examen para cumplir con el otro objetivo de la exploración, que consiste en registrar información útil para defender los derechos de las víctimas y la identificación de el/la/los agresor/a/es. Estas orientaciones se deben seguir rigurosamente en la atención de toda persona cuyo motivo de consulta es una agresión sexual reciente, en cuyo caso, es muy importante guardar la ropa con la que acude la víctima. También debe efectuarse este tipo de examen cuando, a pesar de no ser ese el motivo de consulta, se ha detectado en la entrevista o en una primera aproximación, que se trata de una agresión sexual ocurrida recientemente.

En los casos de agresiones sexuales crónicas, consulta tardía (más de cuatro días después de la agresión, generalmente semanas) o exista una sospecha fundada de que un niño, niña o adolescente ha sido víctima de violencia sexual, lo esperable es que el examen físico sea normal. Esto, igualmente obliga a realizar la denuncia en ese momento en caso de menores de 18 años, no así en adultos. También debe implicar la necesaria derivación de la víctima para un estudio social acucioso. Se insiste en la concordancia que debe existir entre el relato de agresión antigua y la ausencia de lesiones al examen.

Examen físico general

Se debe describir, en forma pormenorizada, todas las lesiones, desde la región cefálica hacia caudal (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc.). Estas lesiones deben ser fijadas en el esquema de figura humana y fotográficamente (Ver Anexo 3a).

Además, deberán consignarse signos clínicos de patologías médicas pesquisadas, como asimismo la apreciación clínica acerca del estado emocional de la persona afectada desde la perspectiva del médico general, describiendo si fija mirada, mirada lejana, actitud pasiva, estado de angustia, llanto, calma, pánico, etc.

En caso que la persona presentase un estado de crisis emocional que no le permita ser examinado/a, deberá solicitar apoyo psicológico (URAVIT u otro). Si aún así no es posible la exploración, debe suspenderse el examen pericial, debiendo informar esta situación a la Fiscalía. En caso que exista riesgo vital se debe priorizar la estabilización del paciente y diferir la realización del examen forense.

Examen segmentario

Se debe realizar un examen físico de cefálico a caudal, registrar lesiones en el esquema de figura humana correspondiente integrada en el Formulario Informe de Atención de Víctimas de Violencia Sexual (Anexo 3) y fijar fotográficamente.

Cara y Cráneo: Describir la presencia de hematomas, excoriaciones, quemaduras y lesiones cortantes a nivel de piel y/o mucosas. Especial atención requiere la observación de lesiones a nivel bucal, como petequias en paladar duro y/o blando, lesiones en frenillos labiales o fracturas dentales. Según relato y antecedentes, se deberán tomar muestras de cavidad oral en busca de semen del agresor (muestra para ADN), en la zona retromolar, mucogingival y zonas interdentales, preferiblemente de molares o, en su defecto, premolares, y en la cara anterior y posterior de incisivos. Para toma de muestra refiérase a "Recolección de muestras". Fijar lesiones en dibujo de figura humana y fotográficamente.

Tórax: realizar examen de mamas, consignando el grado de desarrollo según etapas de Tanner. En caso que se pesquisen lesiones deberán describirse y ubicar en los cuadrantes anatómicos. Buscar residuos de sangre, saliva o semen para la toma de muestra correspondiente para ADN (remitirse a "Toma de muestras"). Fijar lesiones en dibujo de figura humana y fotográficamente.

Abdomen: Inspección: descripción de lesiones traumáticas indicando la región anatómica. Se describirán hallazgos de patologías médicas o quirúrgicas como tumores, cicatrices, etc. Buscar residuos de sangre, saliva o semen para la toma de muestra correspondiente para ADN (remitirse a "Toma de muestras"). Fijar lesiones en dibujo de figura humana y fotográficamente.
Palpación: describir órganos y lesiones (estómago, vesícula, útero, etc.) En caso de sospecha de embarazo, debe ser descartado con BHCG en orina o a través de ultrasonografía, de estimarse necesario.

Extremidades superiores e inferiores: buscar lesiones de defensa, cicatrices de autoagresiones u otras. Fijar lesiones en dibujo de figura humana y fotográficamente.

Examen Ginecológico

En general se realiza con la víctima en posición ginecológica (Figura Nº3). En las niñas pequeñas o con necesidades especiales se puede usar la posición "de mariposa" con la madre o adulto protector (Figura Nº4). En las niñas prepuberales es de gran utilidad examinar en posición genupectoral, la cual permite visualizar de mejor manera el borde posterior del himen (Figura Nº5) [57].

Figura Nº3: Posición ginecológica

57 Berkoff M. et col. Has dis prepubertal girl been sexualy abused? . Jama 2008:300 (23:2779-2792).

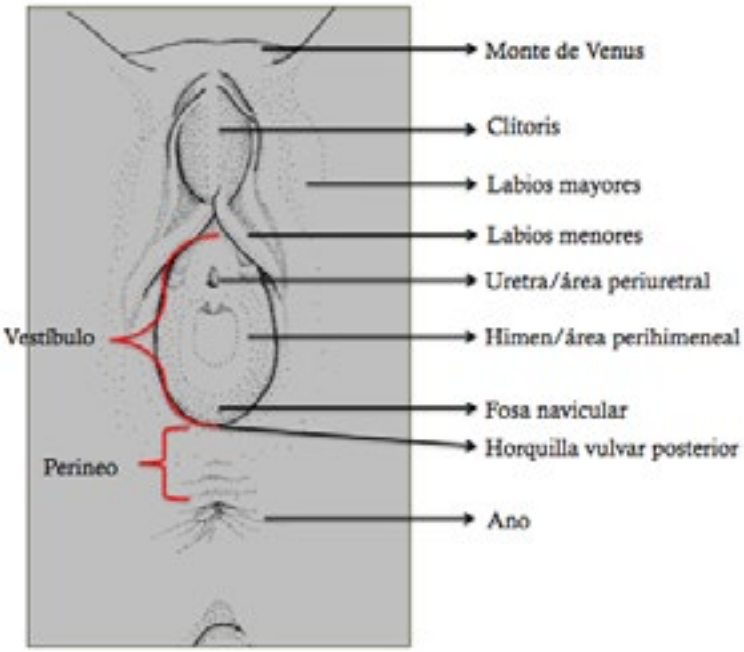
Figuna Nº4: Posición en mariposa

Figura Nº5: Posición genupectoral

Genitales Externos

Inspección de la región vulvar: consignar grado de desarrollo del vello pubiano según estadio de Tanner. Se deben identificar y observar detenidamente los siguientes reparos anatómicos (Figura Nº6): clítoris, labios mayores y menores, meato uretral, vestíbulo, himen, orificio himeneal, fosa navicular, horquilla posterior y periné.

Figura Nº6: Genitales femeninos



Las técnicas que permiten lograr una mejor visualización de los reparos anatómicos de genitales externos son (Figura Nº7):

1. Separación de labios mayores
2. Tracción de los labios mayores
3. Separación de glúteos en posición genupectoral

Figura Nº7: Posiciones para examinar himen

a) Separación de labios b) Tracción de labios c) Posición genupectoral

Se debe determinar y registrar en el esquema correspondiente (Anexo 3) la presencia de erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas cortantes, desgarros recientes (laceraciones) o antiguos (transecciones).

Descripción del himen o sus restos (carúnculas): consignar su forma, las características de sus bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes y ubicarlos según los punteros del reloj, siempre señalando la posición en que la víctima fue examinada (Figura Nº8).

Figura Nº8: Imagen de punteros de reloj

Es importante considerar que el himen es relevante en el examen ginecológico médico legal y se debe describir si se encuentra intacto, o bien si presenta lesiones recientes o antiguas ya cicatrizadas.

En algunos desgarros himeneales, sus bordes no cicatrizan juntándose, sino en forma separada, en otros la cicatrización puede ser parcial o incluso ad-integrum. En aquellas pacientes que presentan himen elástico, sus bordes se distienden ampliamente y permiten la penetración sin dañarse, lo que es relativamente frecuente.

En un estudio de 2.384 niñas y adolescentes examinadas por agresión sexual, se encontró que un **96% tenía hallazgos normales o inespecíficos al examen físico**[58]. Otro estudio que examinó 36 adolescentes con antecedente de violación y resultado de embarazo, encontró que sólo 2 tenían hallazgos físicos de penetración[59]. **Por tanto, es importante insistir que los hallazgos deben ser descriptivos y que la ausencia de lesiones en el himen no descarta el antecedente de penetración.**

Los hallazgos diagnósticos de trauma o contacto sexual respaldan un relato de violencia sexual, en caso que existan y, con alta probabilidad sugieren violencia sexual, incluso en ausencia de relato. Excepto si la víctima y/o cuidador entrega una descripción clara, oportuna y plausible de un daño accidental.

Estos hallazgos incluyen, **en los casos de trauma agudo, laceraciones** (desgarros) en labios, pene, escroto, periné o región perianal. También pueden ocurrir laceraciones de la horquilla posterior que no comprometan al himen (diagnóstico diferencial con dehiscencia de sinequia vulvar o falla en la fusión de la línea media). Se puede observar laceración reciente parcial o completa del himen, equimosis del himen (en ausencia de proceso infeccioso o coagulopatía conocida) y laceraciones perianales que se extiendan en forma profunda hacia el esfínter anal externo.

En los casos de trauma antiguo, se pueden observar lesiones residuales, producto de la cicatrización, que muchas veces son inespecíficas y pueden tener un aspecto normal: La hendidura completa del himen posterior cicatrizada o **transección** es indicador de trauma o contacto sexual antiguo, al igual que la ausencia de un segmento de tejido himeneal en la zona posterior que se extienda hasta la base del himen, la hendidura profunda (más del 50% del ancho del himen) corresponde a una lesión indeterminada y la hendidura superficial (menos del 50%) se considera normal, aunque puede ser resultado de trauma.

Los sitios anatómicos que en orden de frecuencia se encuentran lesiones agudas en adolescentes: horquilla posterior y fosa navicular, labios mayores y menores, himen, otros (vestíbulo, área periuretral, periné, vagina, cervix). En prepúberes con antecedente de agresión aguda, el 77% no presenta lesiones. Dentro del grupo con lesiones, los sitios anatómicos más frecuentes son: ano (27%), horquilla posterior (19%), himen 16%, labios menores (16%) y periné (9%). En agresiones no agudas menos del 5% de los exámenes registran hallazgos[60].

Se deberán tomar fotografías o bien un video (si se dispone de videocolposcopio), para realizar la vulvoscopía y examen del himen, con el fin de obtener prueba pericial. Además se deberán tomar las muestras para ADN e ITS (ver "Toma de muestra").

58 Heger A, Ticson L, Velasquez O et al. Children referred possible sexual abuse: medical finding in 2.384 children. Child Abuse Neglent 2002; 26:645-659.
59 Kellogg N, Menard S et al. Genital Anatomy in Pregnant Adolescents: "Normal" does not mean "Nothing Happened". Pediatrics 2004; 113: 67-69.
60 Chadwick Center for Children and Family - Rady Childrens Hospital, San Diego.

Genitales Internos

En la mujer con relato de violación reciente, quedará a criterio del médico perito realizar el examen vaginal mediante especuloscopía, observando sus paredes y describiendo eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, hematomas, desgarros, etc). Se deberán describir las características del cérvix, en lo posible mediante colposcopía y fijar las lesiones en esquema y fotografía.

Es importante considerar que la especuloscopía vaginal en las niñas prepuberales y adolescentes sólo está indicada en casos muy especiales y bajo anestesia, cuando existe sospecha de desgarros que deben ser suturados quirúrgicamente.

En este momento, se deberá tomar muestra de contenido vaginal mediante tórula estéril, para ser enviado a la brevedad al Laboratorio de la institución o al Servicio Médico Legal (según disponga el Fiscal), con el fin de evaluar la presencia de espermios en víctimas adolescentes y adultas. Una región importante a considerar es el lago seminal que se forma en el fondo del saco posterior de la vagina, donde es posible pesquisar semen o espermios hasta 5 a 7 días después de un contacto sexual. En víctimas prepuberales, si el relato lo sugiere, se puede tomar muestra vulvar.

En caso de sospecha de embarazo se puede realizar un test de gonadotrofina en orina o si es necesario clínicamente se podría realizar una ultrasonografía abdominal o vía transvaginal. Si no se dispone del equipo y de ser pertinente, mediante palpación, se medirá la altura uterina, se buscarán latidos cardiofetales y se determinarán las características fetales (presentación, movilidad, vitalidad).

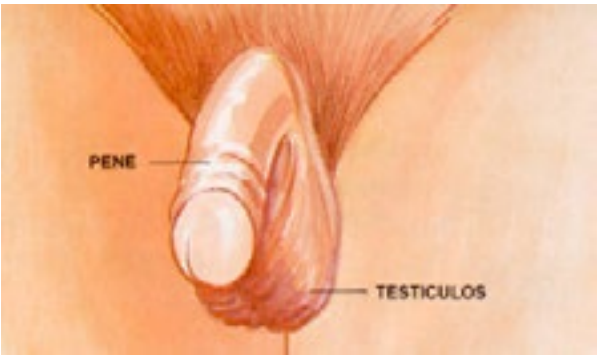
Examen Genitourológico en Hombre

Deberán describirse anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos (Figura Nº9), consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, etc.)

En caso de visualizar lesiones papulares o ulcerativas se deberá sospechar infecciones de transmisión sexual, como sífilis o condilomas acuminados. En presencia de vesículas con halo rojo y muy dolorosas, se debe sospechar herpes genital. En presencia de pápula con zona hundida (umbilicada) plantear molusco contagioso.

De la misma forma, si fuese posible técnicamente, realizar grabación en video o fotografía (peneoscopía) con el colposcopio (fijar las lesiones en esquema y fotografía).

Figura Nº9: Genitales masculinos



Examen Proctológico en ambos sexos

Se deberá realizar una inspección cuidadosa en posición genupectoral (Figura Nº10), en lo posible con uso de colposcopio, buscando: erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Ubicar los hallazgos según los punteros del reloj (Figura Nº11). Se consignará clínicamente la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con salida de gases y materias fecales.

En esta parte del examen, se debe tomar muestra del contenido ano-rectal, con tórula estéril humedecida con suero fisiológico para búsqueda de semen y espermios, en caso de que la denuncia sea precoz, 24 a 48 horas (ver "Toma de muestra").

Si existiera sospecha de lesión rectal (historia de dolor o sangrado rectal, lesión anal externa, historia de penetración rectal usando un objeto) se puede utilizar anoscopio en adolescentes o adultos. En niños prepuberales debe ser referido a especialista. La anoscopía facilita el examen de la mucosa rectal proximal al canal anal, identifica lesiones rectales y cuerpos extraños, además permite recolectar muestras[65].

En presencia de lesiones papulares y ulcerativas solicitar examen de VDRL. Si hubiera tumoración papilomatosa, pensar en condiloma acuminado[61].

Figura Nº10: Posición genupectoral

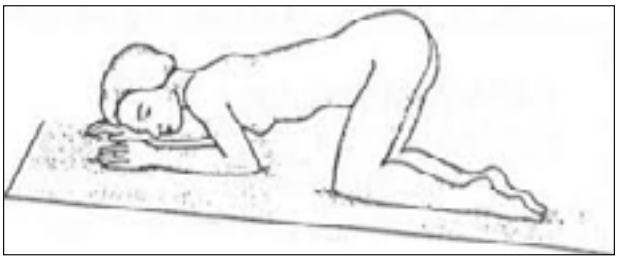
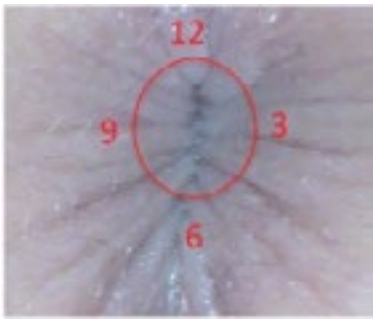


Figura Nº11: Esfínter anal



Es necesario estar familiarizado con los hallazgos que se consideran de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Al respecto, el Comité de Maltrato Infantil y Abuso Sexual de la Academia Americana de Pediatría convocó a un Comité de Expertos que funciona en forma permanente y emite guías

61 Op. Cit 47

para la interpretación de hallazgos físicos y de laboratorio cuando se sospecha de delito sexual en niñas, niños y adolescentes. Las últimas evaluaciones fueron en los años 2007[62] y 2015.
El siguiente Cuadro Nº5 muestra los hallazgos de la última publicación.

Cuadro Nº5: Interpretación de hallazgos físicos y de laboratorio en niños, niñas y adolescentes con sospecha de abuso sexual

VARIANTES NORMALES: En general, la presencia de estos hallazgos no confirman ni descartan una manifestación de violencia sexual:
• Bandas periuretrales o vestibular
• Estrías o columnas intravaginales
• Protuberancias del himen
• Escotaduras en el himen
• Residuos septales o carúnculas himeneales
• Línea vestibular (zona avascular media)
• Pólipo himeneal
• Variables congénitas del himen: himen semilunar, anular, redundante (labiado), septado, cribiforme, microperforado, imperforado
• Diástasis del ano (area triangular de piel lisa, rosada y brillante hacia las 6 o 12 según punteros del reloj)
• Cicatrices en la piel perianal
• Hiperpigmentación de la piel de los labios menores o tejidos perianales
• Dilatación de orificio uretral a la tracción de labios
• Cualquier hendidura del himen (independiente de la profundidad) sobre las horas 3 y 9
• Hendiduras superficiales del himen bajo las horas 3 y 9

62 Adams et al. Update Guidelines for the Medical Assessment and care of children who may have been sexually abused. J Pediat Adolesc Gynecol 2007; 20: 163-172.

HALLAZGOS COMUNMENTE CAUSADOS POR CONDICIONES MÉDICAS DISTINTAS A TRAUMA O CONTACTO SEXUAL

- Himen engrosado (puede deberse al efecto de estrógenos, inflamación de etiología inespecífica o trauma). Debe realizarse seguimiento
- Eritema (enrojecimiento) del vestíbulo, pene, escroto o tejidos perianales (puede deberse a agentes irritantes, infección o trauma)
- Aumento de la vascularización ("dilatación de vasos sanguíneos") del vestíbulo y del himen (puede deberse a agentes irritantes locales o a un patrón normal en estados no estrogenizados)
- Adherencias de labios menores o sinequia vulvar
- Flujo vaginal (existen muchas causas infecciosas o no infecciosas; se requiere tomar exámenes para confirmar si se trata de ITS u otras infecciones)
- Friabilidad de la horquilla o comisura posterior (puede ser causada por inflamación, infección o por la tracción del examinador en los labios mayores)
- Fisuras anales (por lo general se deben a estreñimiento o irritación perineal)
- Congestión venosa en la zona perianal (por lo general se debe a la posición del paciente y también se ve en casos de estreñimiento)
- Dilatación anal en niñas y niños con condiciones predisponentes como síntomas actuales o historia de constipación y/o encopresis, o niñas y niños sedados, bajo antestesia o con deterioro del tono neuromuscular por otras razones como post mórtem
- Molusco contagioso

Condiciones médicas erróneamente interpretadas como causas por violencia sexual:

- Prolapso uretral
- Liquen escleroso y atrófico
- Úlcera(s) vulvar(es)
- Eritema, inflamación y fisura del tejido perianal o vulvar debido a la infección bacteriana, micótica, viral, parásita u otras infecciones que no son ITS
- Falla de fusión de línea media o surco perineal
- Prolapso rectal
- Visualización de línea pectinea en unión de la mucosa anorectal
- Dilatación parcial del esfínter externo del ano, con el esfínter interno cerrado dando la apariencia de pliegues profundos en la piel perianal
- Decoloración rojo/púrpura en genitales (incluido himen) por livideces post mortem, confirmadas por histología

HALLAZGOS INDETERMINADOS: No se ha establecido consenso entre los expertos en la interpretación. Estos resultados pueden apoyar una manifestación clara de violencia sexual hacia paciente. Sin embargo, se deben interpretar con cautela si el paciente no entrega un relato en este sentido. En algunos casos se debe sugerir evaluación por comité de maltrato del centro hospitalario y realizar seguimiento clínico en caso que no se sospeche certeramente algún delito de connotación sexual, siendo posible que se necesiten más estudios o evaluaciones adicionales para determinar el significado de estos hallazgos.

- Hendidura profunda en borde posterior/inferior de himen (entre las 3:00 y 9:00 horas según punteros del reloj) en contraste con transección (desgarro que llega a la base del himen)
- Hendiduras profundas o completas en el himen a las 3:00 o 9:00 horas según punteros del reloj
- Dilatación anal completa con relajación de los esfínteres internos y externos del ano, en ausencia de otros factores que puede influir como: constipación crónica, sedación, anestesia, condiciones neuromusculares

LESIONES CON ETIOLOGÍA CONFIRMADA: Especificidad indeterminada para infección de transmisión sexual.

- Condiloma acuminado genital o anal, en ausencia de otros indicadores de violencia sexual.
- Condilomas que aparecen por primera vez en niños, niñas mayores de 5 años de edad es más probable que se deba a transmisión sexual
- Herpes genital tipo 1 o 2 en el área genital o anal, en ausencia de otros indicadores de violencia sexual, confirmado por cultivo o PCR

HALLAZGOS DIAGNÓSTICO DE TRAUMA O CONTACTO SEXUAL: Estos hallazgos respaldan un relato de violencia sexual, en caso que exista. Con alta probabilidad sugieren violencia sexual, incluso en ausencia de relato. Excepto si el paciente y/o cuidador entrega una descripción clara, oportuna y plausible de un daño accidental.

a) Trauma agudo de los tejidos genital/anal externos que puede ser accidental o provocado

- Laceraciones agudas o contusiones extensas en labios, pene, escroto, periné o región perianal
- Laceración de la horquilla posterior que no compromete al himen. Realizar diagnóstico diferencial con dehiscencia de sinequia vulvar o falla en la fusión de la línea media

b) Lesiones residuales (cicatrizadas) de los tejidos genitales y anales (externos)

- Cicatriz perianal (rara, es posible que se deban a condiciones médicas como enfermedad de Crohn, accidentes o procedimientos médicos previos)
- Cicatriz de la horquilla o fosa navicular (áreas pálidas en la línea media también pueden deberse a línea vestibular o sinequia labial)

c) Lesiones indicadoras de trauma agudo o residual de los tejidos genitales/anales

- Esquimosis, petequias o abrasiones del himen
- Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad (parcial o total)
- Laceración vaginal
- Laceración perianal con exposición de tejidos subdérmicos
- Transección del himen (desgarro o hendidura completa, antiguo o cicatrizado). Generalmente entre las 4:00 y 8:00 horas según punteros del reloj, se observa lesión en "V" con vértice en la base del himen, prácticamente no se observa tejido himeneal en ese lugar
- Segmento faltante de tejido himeneal. Zona de la mitad posterior (inferior) del himen, más ancho que una hendidura o transección, con ausencia de tejido himeneal que se extienda a la base del himen

d) Presencia de infecciones que confirma el contacto de la mucosa con secreciones corporales infectadas, en que la naturaleza del contacto es probablemente sexual

- Resultado de examen positivo para gonorrea en zona genital, anal, faríngea en niño/a fuera del periodo neonatal
- Diagnóstico confirmado para sífilis, si se ha descartado una transmisión perinatal
- Infección por Trichomona vaginalis
- Resultado de examen positivo para chlamydia en zona genital o anal, si el paciente tiene más de 3 años y la muestra fue procesada por cultivo o algún método comparable aprobado por ISP (PCR)
- Serología positiva para VIH, si se ha descartado la transmisión perinatal, o por productos sanguíneos y contaminación por agujas

e) Diagnóstico de contacto sexual

- Embarazo
- Identificación de espermios en muestras tomadas directamente del cuerpo de la víctima

4. RECOLECCIÓN DE MUESTRAS [23, 63, 64, 65]

La recolección de muestras, tanto biológicas como no corporales, es el punto de partida de la prueba pericial para casos de agresión sexual aguda. El médico forense debe tener claro la importancia de este hecho, para evitar que las muestras se pierdan, se degraden o se contaminen, invalidando cualquier investigación posterior y afectando a la administración de justicia en particular y a la sociedad en general, de información que permita esclarecer este tipo de hechos.

Es de suma importancia conocer a cabalidad el procedimiento de cadena custodia (ver anexo), el cual valida la muestra obtenida como prueba válida en el peritaje ordenado por el o la Fiscal.

En caso que la víctima fuere mayor de edad y decidiera no denunciar en el momento, se deben tomar las muestras de todas formas y guardar en un lugar previamente determinado, bajo medidas de seguridad hasta por 1 año, período durante el cual la víctima puede realizar la denuncia y la Fiscalía solicitar las muestras.

La recolección de muestras puede permitir establecer la vinculación del agresor con la víctima, la vinculación de la víctima y/o del agresor con el sitio del suceso y la identificación del agresor mediante la recuperación de ADN. La anamnesis es vital para guiar al médico en la búsqueda de posibles pruebas en la ropa y en el cuerpo de la víctima. La historia también revela detalles sobre los elementos relacionados con el delito, como toallas higiénicas, lubricantes, condones, etc., que estaban en el sitio del suceso.

Material biológico dejado por el agresor (semen, saliva, sangre y pelo o vello) puede ser detectado en el cuerpo de la víctima, ropa de vestir, ropa de cama y en otros lugares, según el relato de la agresión. También pueden encontrarse en el lecho subungueal de la víctima células de la piel del agresor, si lo ha rasguñado. Las muestras que pueden ser recopiladas por el perito incluyen: ropa de vestir, materiales extraños en el cuerpo, cabello, vello púbico, hisopados y frotis orales y genitoanales (doble hisopo en múltiparas), hisopados del cuerpo, muestras de lechos subungueales y muestra de sangre o saliva para análisis de ADN.

Para los exámenes de ADN, el legislador ha señalado que los exámenes y pruebas biológicas destinados a la determinación de huellas genéticas sólo podrán ser efectuados por profesionales y técnicos que se desempeñen en el Servicio Médico Legal o en aquellas instituciones públicas o privadas que se encontrasen habilitadas para tal efecto ante dicho Servicio.

Cabe indicar que contar con la huella genética de la víctima cobra gran importancia en la realización de los peritajes de ADN, ya sean estos comparativos con imputados conocidos, o bien para búsquedas masivas en la base de datos de ADN (CODIS) que dispone el SML, y por lo tanto es recomendable que dicha toma de muestras se efectúe en el mismo momento del peritaje sexológico.

63 California Medical Protocol for Examination of Sexual Assault and Child Sexual Abuse Victims. California Office of Emergency Services.
64 Documento Procesos de Trabajo Servicios de Salud - Fiscalías Regionales, Región Metropolitana. Santiago, 2005.
65 Manual de Procesos Consolidado. Materia: Cadena de Custodia. Elaborado por el Ministerio Público, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Ministerio de Salud, Servicio Médico Legal. Marzo, 2005.

El/la profesional de la salud o perito podrá requerir los siguientes exámenes de laboratorio:

Muestras para estudio de ADN:

- Contenido vaginal, vulvar y perivulvar para búsqueda de semen y espermios
- Contenido rectal para búsqueda de semen y espermios. Eventualmente, en caso de víctimas adolescentes y adultas, se puede realizar la anoscopía
- Contenido bucal para búsqueda de semen y espermios en zona retromolar, mucogingival y zonas interdentales
- Estudio de manchas en ropas (búsqueda de semen, espermios, sangre)
- Muestra de posible saliva o semen del agresor en el examen extragenital de la víctima (peribucal, cuello, mamas, abdomen, lesiones por succión, marcas de mordeduras, etc.)
- Muestras de lecho subungueal
- Recolección de pelos o vellos púbico, sobre todo en caso de menores de edad
- Muestras de manchas de sangre de víctima en tarjeta FTA Gene Card

- **Muestra para estudio de ITS:** Referirse a lo indicado en sección ITS.

Los siguientes exámenes, si bien no son concluyentes en la determinación del delito de agresión sexual, si pueden constituir pruebas en la presentación de denuncia por lesiones graves. Deben ser tomadas con el consentimiento de la víctima por escrito.

- Muestra de sangre para análisis de VIH/SIDA
- Muestra de sangre para análisis de alcohol (alcoholemia)
- Muestra de sangre y orina para la búsqueda de abuso de drogas (cocaína, marihuana, opiáceos, tranquilizantes, ansiolíticos, heroína, etc.)
- Muestras (sangre u orina) para determinación de embarazo, que debe ser repetido a los 10 días de realizada la primera prueba.

La captura de imágenes también constituyen pruebas y deben hacerse previo consentimiento escrito de la víctima.

- Fotografías de lesiones en la piel y genitales, incluyendo las imágenes obtenidas durante la colposcopía
- Imágenes grabadas por el videocolposcopio

Los médicos que brindan atención a pacientes víctimas de agresiones sexuales deben estar en conocimiento de las múltiples pruebas que puedan estar presentes en estos casos, para reconocer, recolectar y preservar las muestras para su posterior análisis. Este conocimiento también permite al médico explicar al paciente qué pruebas se tomarán y por qué son importantes.

A. GUÍA PARA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y NO BIOLÓGICAS[66]

1. Ropa

Recoger la ropa interior de la víctima que haya sido usada durante la agresión o inmediantamente después.

66 Modificado CALIFORNIA MEDICAL PROTOCOL FOR EXAMINATION OF SEXUAL ASSAULT AND CHILD SEXUAL ABUSE VICTIMS. California Office of Emergency Services.

Proporcionar una muda de ropa

- En víctimas con historia de agresión sexual no aguda (más de 72 horas), recoger en lo posible la ropa interior que vista la víctima si no se ha lavado hasta 5 días después del hecho.

Tipos de pruebas en la ropa: La ropa que se usaba en el momento de la agresión sexual, puede contener pruebas útiles

- Rasgaduras, roturas u otros daños sufridos como consecuencia de la agresión
- Manchas biológicas, como sangre, semen, espermios o saliva del sospechoso
- Vello púbico, pelo de la cabeza, pelo facial, sobre todo en menores de edad
- Cuerpos extraños tales como fibras, hierba, tierra y otros elementos sospechosos del sitio del suceso

Si la víctima se cambió de ropa después de la agresión, la ropa interior también puede aportar evidencia valiosa:

- Semen y espermios que pueden drenar de la vagina hacia la ropa interior
- Pelos y materiales extraños pueden transferirse desde el cuerpo del paciente a la ropa

Cuadro Nº6 : Técnicas de recolección de muestras no corporales

Pida a la víctima que se pare sobre dos pliegos de papel tipo volantín blanco, primero debe quitarse los zapatos y luego desnudarse. El propósito de la lámina inferior es proteger a la hoja superior de la suciedad y los residuos presentes en el suelo de la sala de examen. El propósito de la hoja superior es recoger la evidencia suelta que pueda caer mientras se desnuda la víctima. La hoja inferior debe ser desechada. Siempre usar guantes y mascarilla para manipular la ropa.	
Zapatos	Los zapatos pueden ser recogidos y embalados por separado, si lo solicita el organismo investigador o si lo indica la historia del delito. Por ejemplo, los zapatos deben ser recogidos si tienen muestras de sangre o residuos del sitio del suceso.
Prendas plegables. Ropa de la víctima al momento de la agresión, particularmente la ropa interior	Doble cada prenda a medida que se va sacando, para evitar que las manchas de fluidos corporales o materiales extraños se pierdan o transfieran de una prenda de vestir a otra. Evite plegar la ropa en el lugar de posibles manchas de fluidos corporales.
Contenedores para la ropa	Empaque cada artículo de ropa en una bolsa de papel individual tamaño oficio. En caso que la prenda sea muy grande deberá embalar directamente en papel kraft. No utilice bolsas de plástico. El plástico retiene la humedad y puede deteriorar las pruebas biológicas.
Pelos, fibras, residuos u otro elemento de interés criminalístico	Recoger la hoja superior del papel volantín que pueda contener pelos, fibras, hierbas y desechos, que caen al desnudarse la víctima. Luego de recoger la ropa, se dobla esta hoja superior y se coloca dentro de un sobre de papel tamaño oficio. Etiquetar y sellar a fin de que su contenido no caiga.
Ropa mojada	Se debe secar la ropa antes de su embalaje. Si el secado no es posible, la ropa húmeda se puede poner en bolsas de papel resistente o en pliego de papel kraft doblado. Cada prenda debe ir en bolsa individual. Después de colocar el elemento en una bolsa de papel, marcar claramente que la bolsa contiene un elemento húmedo. Registre esta observación en la Cadena de Custodia.

Dar especial atención a los elementos que están cerca de las estructuras genitales de acuerdo a la historia de la agresión. Si, por ejemplo, la eyaculación se produjo en el pecho de la víctima, el semen se puede encontrar en una camisa que llevaba durante o inmediatamente después de la agresión.

Coloque todas las bolsas de papel (excepto las que contienen evidencia húmeda) en una bolsa de papel más grande que pueda ser sellada con un Formulario de Cadena de Custodia. Se pueden usar varias bolsas grandes de ser necesario, según destino de la evidencia y dependiendo de las estampillas con NUE de cada Formulario.

2. Muestras biológicas o corporales, vaginales, anales, perianales, perivulvares y bucales para búsqueda de ADN del agresor en el cuerpo de la víctima

El ADN del agresor puede encontrarse en el semen, saliva, sangre y células descamadas de la piel (en el lecho subungueal de la víctima).

Siempre se deben recoger las muestras de lecho subungueal y canal anal. En niñas, vulva y vestíbulo; en niños, pene y escroto.

Según el relato de la víctima, se recomienda tomar muestras con una tórula humedecida, en los lugares de contacto con la saliva del agresor: peribucal, cuello, lesiones por succión, marcas de mordeduras, mamas, abdomen, etc. Para identificar ADN del semen, según el relato de eyaculación, tomar muestras de: cara, abdomen, manos, genitales externos, piernas, ano y otros.

Las muestras de contenidos vaginales, rectales, perianales, perivulvares y bucales, deben tomarse con tórulas estériles de algodón hidrófilo humedecido, las que se introducen por separado en tubos (sin contenido). La tórula debe secarse a temperatura ambiente antes de introducirla al tubo. Se deben mantener entre 4°C y 8°C hasta ser enviadas al laboratorio.

Cuadro N°7: a. Técnicas de recolección de muestras corporales

Lecho subungueal	Colocar un trozo papel tipo volantín abierto debajo de la mano de la víctima mientras se toma la muestra. Usar palillos tipo mondadientes (uno para cada mano) para realizar un raspado bajo las uñas de los 10 dedos de la víctima. Colocar los palillos envueltos en forma separada, identificando mano derecha o izquierda, en un trozo de papel volantín blanco (empaque de pequeña evidencian o bindle) para evitar que se pierda muestra.
Hisopado en zonas con posible presencia de saliva (por succión o huellas de mordida)	Utilice 2 tórulas humedecidas con suero fisiológico y frote girándolos en las zonas posiblemente afectadas. Dejar secar y guardar en tubo.
Contenido bucal	Se realiza un barrido con la tórula en la zona retromolar, mucogingival y zonas interdentales preferiblemente de molares o en su defecto premolares y luego se pasa la tórula por delante y por detrás de los incisivos superiores. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar
Recolección de vello púbico	Cuide de colocar un trozo de papel volantín bajo nalgas, antes de tomar la muestra. Peine el vello púbico hacia abajo con peine ad hoc. Doble el papel y guardar en sobre junto con el peine.

Contenido perivulvar	Se realiza un barrido amplio con dos tórulas humedecidas en suero fisiológico en el vestíbulo o espacio perihimeneal. Incluya periné. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar No tocar el himen ni tomar muestra vaginal en niñas prepuberales.
Contenido vaginal	Se introduce la tórula (2 en caso de mútíparas) en la vagina hasta el fondo de saco posterior donde se gira por algunos segundos. Tomar en mujeres con vida sexual activa.
Contenido intracervical	Colocar cuidadosamente espéculo en la vagina y usar una tórula humedecida con suero fisiológico girándola dos veces. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar *NOTA = evaluar caso a caso considerando que los espermios permanecen más tiempo en el cuello uterino.
Contenido pene, glande, surco balano prepucial y prepucio	Recolectar con dos tórulas humedecidas con suero fisiológico. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar No realizar frotis del meato uretral.
Contenido rectal	El mismo procedimiento para hombres y mujeres. Limpie el área perianal con 3 gasas humedecidas con agua para evitar contaminación de contenido vaginal (en dirección ano hacia vulva). Luego se introduce una tórula humedecida en suero fisiológico 2 a 3 cm en el recto y se gira por algunos segundos. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar

b. Toma de muestra de sangre basal para ITS.

Ver capítulo correspondiente.

3. Alcoholemia

La determinación de los niveles de alcohol en sangre, requiere que las muestras sean recolectadas en condiciones que aseguren la calidad y eviten contaminaciones.

- La extracción de la sangre venosa se realizará con jeringa desechable.
- La desinfección de la piel se efectuará con solución acuosa de povidona yodada o jabón de triclosan 1%, nunca se usará un desinfectante cuyo solvente sea alcohol.
- Los frascos para muestras de alcoholemia son tubos de policarbonato al vacío de 3 ml, que contienen anticoagulante y preservante, rotulados con el logo del SML. El SML distribuye los frascos a los centros asistenciales y los repone de acuerdo a las cantidades de muestras entregadas. Se deberá indicar un responsable de cada centro asistencial, según RES EX. 8833, a cargo de nómina, envío de muestras, traslado y almacenamiento de frascos vacíos.

Se deben sellar los frascos en presencia del donante con sellos inviolables. Los centros asistenciales habilitados por el SML que tomen este tipo de muestras, deberán tener unas cajas de seguridad; el envío deberá ajustarse a lo que indica la RES EX. 8833 del SML. Se procurará evitar que la muestra reciba calor.

En caso que la víctima se niegue a que le tomen la alcoholemia deberá informarse de la situación al fiscal de turno. Si existiera una orden judicial para que se practique este examen y el/la paciente impide la toma de muestra, se debe llenar el formulario de alcoholemia de igual forma, dejando consignada esta situación en él y en el informe pericial.

4. Examen Toxicológico

Dependiendo del relato de la víctima o contexto, tomar o no las muestras que sean necesarias.

a. Orina:

Se requiere una cantidad mínima de 30 - 50 ml de orina recolectada en envase plástico de tapa rosca con capacidad de hasta 100 ml, con cierre hermético, similar al utilizado en examen de orina completa, preparado con 0.5 gr de preservante Fluoruro de Sodio de alta pureza. El frasco se debe sellar con sello parafilm o cinta adhesiva para evitar derrames.

La muestra de orina se debe almacenar de 2 a 8ºC; si la muestra no se puede analizar dentro de las 24 horas, se debe congelar a -18ºC.

b. Contenido gástrico:

Se debe obtener la mayor cantidad posible de vómitos o lavado gástrico. Se debe recolectar en envase plástico de tapa rosca con capacidad de hasta 100 ml, con cierre hermético, similar al utilizado en examen de orina completa, sin preservantes. El frasco se debe sellar con sello parafilm o cinta adhesiva para evitar derrames.

La muestra de contenido gástrico se debe almacenar de 2 a 8ºC; si la muestra no se puede analizar dentro de las 24 horas, se debe congelar a -18ºC.

c. Sangre:

Se requieren 10 a 15 ml de sangre total, en un tubo plástico tipo Falcon de 15 ml, tapa rosca preparado con 0.5 gr de Fluoruro de Sodio de alta pureza. El frasco se debe sellar con sello parafilm o cinta adhesiva para evitar derrames.

La muestra de sangre se debe almacenar de 2 a 8ºC; si la muestra no se puede analizar dentro de las 24 horas, se debe congelar el plasma a -18ºC, con la precaución de guardar la muestra original a temperatura de refrigeración.

5. Sangre para examen de ADN de la víctima

Es importante obtener muestra de la víctima para contrastar con ADN en las muestras recolectadas. Se puede tomar en sangre de la víctima o de hisopado bucal.

En sangre, se requiere 1 ml de sangre colectada con EDTA en tubo Eppendorf o similar. Se recomienda acorde a lo establecido el la ley 19.970 usar la muestra de sangre con soporte FTA Gene Card (papel filtro tratado químicamente con reactivo FTA) permitiendo que el ADN del material biológico depositado sobre él, sea protegido del daño por degradación enzimática, radicales libres, luz UV y agentes microbianos, entre otros. Esta muestra es para comparar con base de los imputados conocidos.

B. RECOLECCIÓN DE MUESTRAS SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA AGRESIÓN.

La evidencia se pierde del cuerpo y de la ropa de varias maneras, por ejemplo, la degradación biológica de algunos componentes del líquido seminal se produce dentro de los orificios del cuerpo; el semen drena por la vagina o es lavado de la boca; los espermios pierden motilidad y las víctimas se asean.

El examen oportuno de los pacientes lleva a reducir al mínimo la pérdida de las pruebas de una agresión sexual. Históricamente, las **72 horas** se han considerado como límite para obtener evidencia suficiente y permitir mejores resultados.

En víctimas cuya historia revela que la agresión ocurrió con **data mayor a las 72 horas**, corresponde realizar un completo examen físico para determinar lesiones extra e intra genitales y recolectar la ropa interior al momento de la agresión si no ha sufrido algún lavado. Dependiendo de la historia puede ser oportuno obtener evidencia como por ejemplo examen toxicológico en orina (pueden ser positivo dentro de las 96 horas después de la ingestión de la droga), muestra de fondo de saco vaginal o endocervical en mujeres con vida sexual activa e historia de penetración hasta 7 días.

En los casos de abuso sexual no agudo en niños o niñas, generalmente, existe demora de semanas o meses en la develación. En estos casos hay que focalizarse en los hallazgos de lesiones cicatrizadas, presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y cambios en las estructuras genitales.

5. PROFILAXIS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL[67, 68, 69, 70, 71, 72,]

La prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en personas que han sido víctimas de violencia sexual está orientada a evitar el desarrollo de la fase sintomática y las consecuencias de las infecciones adquiridas producto de la agresión sexual.

La probabilidad del contagio de una ITS depende del tipo de contacto sexual, del tiempo transcurrido y prevalencia de las ITS en la comunidad. Algunos estudios señalan que alrededor del 5% de los niños, niñas o adolescentes agredidos sexualmente contraen alguna ITS.

El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos clínicos observados y a los hallazgos objetivos.

Las infecciones como Gonorrea, Chlamydiasis, Tricomoniasis y Sífilis pueden ser prevenidas con la administración de una asociación de antibióticos. La Hepatitis B también puede ser prevenida con la administración precoz de la vacuna anti hepatitis B.

---

67 Secretaría Distrital de Salud B, UNFPA. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud [Internet]. 1o Edición. Bogotá, Colombia: Pro-offset Editorial S.A.; 2008 [citado 21 de enero de 2013]. 138 p. Recuperado a partir de: http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/protocolo_para_el_abordaje.pdf
68 Comité Maltrato Infantil Sociedad Chilena de Pediatría. El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer? Rev Chil Pediatría. octubre de 2007;78:85-95.
69 Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil: Revisión y actualización. Cuad Med Forense. junio de 2010;16(1-2):99-108
70 Op. Cit 68
71 Op. Cit 30
72 DC - Sexual Assault and STDs - 2010 STD Treatment Guidelines [Internet]. [citado 9 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/sexual-assault.htm

Los criterios para decidir tipo de antibiótico y dosis son: la edad, el grado y riesgo de la exposición (contacto con fluidos), y posibles alergias.

Test Basales:

Para un adecuado seguimiento posterior a la primera atención, es fundamental documentar la situación bacteriológica basal, con respecto a ciertas infecciones. Es preciso disponer de exámenes para detección de: Sífilis, Hepatitis B, Gonorrea y Chlamidiasis.

El lugar anatómico de la toma de muestra va a estar definido por el tipo de agresión recibida y las manifestaciones clínicas observadas.

Cuadro Nº8: Exámenes para pesquisa de ITS

Examen	Agente	Enfermedad	Sitio anatómico	Tipo de Muestra
VDRL	Treponema pallidum	Sífilis	Antebrazo	Venosa
PCR	Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea	Sólo en caso de secreción muestra uretral (ambos sexos) y/o vaginal	Orina Secreción
PCR	Chlamydias trachomatis	Chlamidiasis	Sólo en caso de secreción muestra uretral (ambos sexos) y/o vaginal	Orina Secreción
Directo al fresco	Trichomonas	Trichomoniasis	Vaginal	Secreción
Cultivo Thayer Martin	Neisseria gonorrhoeae	Gonorrea	Orofaríngea, vaginal, anal	Secreción
Antígeno de superficie Hepatitis B	Virus Hepatitis B	Hepatitis B	Antebrazo	Venosa

Si las condiciones clínicas impiden la toma de muestras, éstas deben ser diferidas al control de seguimiento, precisando en el Informe pericial y en el Formulario de derivación de los hechos.

En el caso de la **Hepatitis B**, el año 2005 se incluyó la vacuna en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) a todos los lactantes desde los 2 meses (3 dosis). Es importante preguntar el antecedente de vacuna a personas nacidas antes del 2005. En el caso que haya sido vacunado/a no requiere realizar examen ni profilaxis.

En el caso de personas víctimas de violencia sexual, con riesgo de contagio por virus Hepatitis B (contacto con secreciones de riesgo, manipulación de genitales), no vacunadas y con exámenes de Antígeno de Superficie de Hepatitis B negativo, se debe continuar con esquema de vacunación. En caso que el resultado de la serología inicial sea positivo se debe derivar a especialista (gastroenterólogo, hepatólogo o infectólogo) según protocolo local[73].

73 Decreto Exento 865, del Ministerio de Salud, que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país, 15 de septiembre de 2015.

Esquema de inmunización:
3 dosis por una vez en la vida; 0-1 y 6 meses, con vacuna de 10 mcg hasta los 15 años, 11 meses y 29 días; y de 20 mcg a los mayores de 16 años.

En el caso de **profilaxis del Virus Papiloma Humano (HPV)**, el registro sanitario de la vacuna la autoriza a partir de los 9 años. A partir de año 2014 se incorpora al PNI a las niñas que se encuentran cursando 4º año básico. Esta vacuna es profiláctica y NO terapéutica, por lo que su indicación, en el caso que ya estuviera infectado, previene la reinfección. Se indica la inmunización a todas las víctimas (hombres y mujeres) que no han sido vacunadas en el esquema que según la edad indica:

- Entre 9 años y 13 años, 11 meses y 29 días: 2 dosis con intervalo de 12 meses entre ellas.
- Desde 14 años en adelante: 3 dosis, a los 0-2 y 6 meses.
- 20 años en adelante: según evaluación médica, si están expuestas al riesgo de contagio de HPV, con el esquema establecido de 3 dosis: 0, 2 y 6 meses.

PROFILAXIS ITS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La decisión de profilaxis debe ser tomada evaluando la edad del niño, niña o adolescente, su nivel de desarrollo puberal y el riesgo de la exposición.

La profilaxis debe indicarse sólo en aquellos casos con agresión sexual aguda de menos de 72 horas **una vez tomadas las muestras para los test diagnósticos basales.**

Esquema combinado en niños, niñas y adolescentes con peso menor de 40 kilos:

Ceftriaxona, 125 mg en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	**Azitromicina** 20 mg/kg en dosis única, por vía oral (VO)	+	**Tinidazol** 50 mg/kg en dosis única, por vía oral (VO)	+	**Vacuna para Hepatitis B** (Si paciente no tiene antecedentes de vacunación previa)

De no disponer de Tinidazol, prescribir Metronidazol 15 mg/kg cada 8 hrs. por 7 días vía oral (VO). En caso de niños, niñas menores de 3 años, no utilizar Tinidazol, indicar Metronidazol.

Esquema combinado en niños, niñas y adolescentes con peso mayor de 40 kilos:

Ceftriaxona, 250 mg en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	**Azitromicina** 1gr en dosis única, por vía oral (VO)	+	**Tinidazol o Metronidazol** 2 gr en dosis única, por vía oral (VO)	+	**Vacuna para Hepatitis B** (si paciente no tiene antecedentes de vacunación previa)

En el caso de adolescentes cursando el primer trimestre de embarazo no debe indicarse Metronidazol.

PROFILAXIS DE ITS EN PERSONAS ADULTAS

La profilaxis se realiza una vez tomados los exámenes basales.

Esquema combinado no gestantes:

Ceftriaxona, 250 mg en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	**Azitromicina** 1 g en dosis única, por vía oral (VO)	+	**Tinidazol o Metronidazol** 2 g en dosis única por vía oral (VO)	+	**Vacuna para Hepatitis B** (si paciente no tiene antecedentes de vacunación previa)

En personas con estudio confirmado de alergia a la Penicilina, se indica no administrar Ceftriaxona en la atención de urgencia (dada la reacción cruzada) y hacer control con VDRL en la atención posterior (seguimiento). Por lo tanto, administrar exclusivamente Azitromicina y Tinidazol e indicar la vacuna para Hepatitis B, si corresponde.

Esquema combinado en embarazadas:

Ceftriaxona, 250 mg en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	**Azitromicina** 2 g en dosis única, por vía oral (VO)	+	Evitar el uso de **Metronidazol o Tinidazol** en el primer trimestre	+	**Vacuna para Hepatitis B** (Si paciente no tiene antecedentes de vacunación previa)

Seguimiento

El seguimiento posterior a la primera atención, debe ser realizada en la UNACESS (Unidad de Atención y Control en Salud Sexual) o en el establecimiento que defina cada red asistencial. Esta atención se orienta a la evaluación clínica y serológica, en el caso de adulto(a)s, para la pesquisa de ITS y debe contemplar la repetición de exámenes serológicos y de secreciones, en el caso de niños, niñas y adolescentes.

6. PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR VIH PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El uso de antiretrovirales como profilaxis con posterioridad a una exposición a VIH, disminuye significativamente el riesgo de infección,[74, 75] por lo que puede recomendarse en los casos en que el riesgo de transmisión del VIH por violencia sexual es alto.

En el contexto de estas recomendaciones se entiende específicamente por violencia sexual, aquella que implica penetración anal, vaginal u oral.

Al evaluar el riesgo real de infección post relación sexual involuntaria, considerar que se trata de un esquema de profilaxis en un contexto en el que su eficacia no ha sido ampliamente demostrada y en el cual se usan medicamentos antiretrovirales que tienen un nivel de toxicidad y reacciones adversas que, aunque no son severas, generan molestias importantes, alterando la calidad de vida de las personas.[76] Por ello, también es necesario considerar que la adherencia a estos esquemas de

74 CDC Case-control study of HIV seroconversión in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood. France United Kingdom and United States, January 1988, August 1994, MMWR, 1995; 44:929-33.
75 Norma de manejo Post Exposición Laboral a Sangre en el Contexto de la Prevención de la Infección por VIH. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud, 2000
76 Centers for Disease Control and Prevention. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States Guidelines. MMWR Recomm Rep 2005 January 21;54 (RR-02): 1-25-

tratamiento es baja, precisamente por sus efectos adversos, que son de alta proporción [77, 78].
La transmisión del VIH por una exposición sexual involuntaria es baja, por lo que se debe evaluar caso a caso el riesgo real de adquisición del VIH, incorporando el análisis de las condiciones y características en las que ocurrió la relación sexual. Para esto se establecen niveles de riesgo definidos por la práctica sexual involucrada, a la que es necesario incorporar el análisis de los factores de riesgo adicionales.

Cuadro Nº9: Valoración del riesgo de infección por VIH post relación sexual involuntaria[79]

	Exposición de alto riesgo	Exposición de mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
Riesgo de transmisión	0,8% - 3%	0,05% - 0,8%	0,01% - 0,05%
Características de la agresión	Recepción anal con eyaculación	-Recepción vaginal con eyaculación -Recepción anal sin eyaculación -Recepción vaginal sin eyaculación -Sexo oral receptivo o activo con eyaculación	-Sexo oral sin eyaculación -Sexo orogenital femenino

Factores de riesgo adicionales:

En casos de niños, niñas, pre-púberes y senescentes considerar que pueden tener mayor riesgo de infección porque es más alta la posibilidad de lesiones mucosas en ellos. También es necesario evaluar la presencia o no de una ITS o de lesión genital en la persona expuesta o en el agresor, el uso de drogas inyectables y la presencia de más de un agresor involucrado.

A las características propias de la relación sexual se debe agregar a este análisis, la epidemiología local de las infecciones por VIH/SIDA (a mayor magnitud de la infección, mayor es la probabilidad de infección en el agresor) y si es o no conocido el estado serológico de éste, en términos de la infección por VIH, y carga viral. También se debe considerar la concurrencia de otras condiciones personales que pudieran indicar que se trata de una persona que tiene conductas de riesgo frente a la infección, como presencia de prácticas sexuales riesgosas (intercambio frecuente de parejas sexuales, más de una pareja sexual simultáneamente), uso de drogas, la existencia de sangrado o de menstruación durante la relación sexual, todo lo cual incrementa el riesgo de transmisión del VIH[80, 81, 82].

Es necesario evaluar si la exposición es de carácter excepcional. En caso de exposiciones repetidas no se realizará profilaxis y se debe informar sobre los riesgos y medidas de prevención que deben adoptarse para disminuir las posibilidades de transmisión.[83]

77 Puro V., Giuseppe I. ZDV and combination antiretroviral post-exposure prophylaxis. Abstract 33182, 12 Wordl AISD Conference, 1998
78 Panlilio A., Cordo D., Campbell S, Tolerability of antiretroviral agents used in HCWs as profiláxis post exposures to HIV. Abstract 246/33171. 12 Wordl AIDS Conference, 1998
79 Guía de Actuación para la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional al VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2008
80 Gray R, Wawer MJ, Brookmeyer R, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai, Uganda. Lancet 2001;357:1149-53
81 Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. N Engl J Med 2000;342:921-9
82 Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic STDs and HIV: How much is really known? Sex Transm Dis 2001;28:579-97
83 Almeda J, Casabona J, Simon B, Gerard M, Rey D, Puro V, et al. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. Euro Surveill 2004;9:35-40

Se requiere considerar el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta, ya que los estudios disponibles demuestran que existe eficacia de la profilaxis cuando el tratamiento se inicia no más allá de transcurridas 72 horas post agresión.

En los casos estudiados, los fracasos de la profilaxis se han atribuido al inicio tardío, la mala adherencia al tratamiento y a exposiciones repetidas al VIH[84].

Período de ventana

El tiempo que media entre la exposición y la seroconversión depende de la sensibilidad de los exámenes serológicos utilizados. En la actualidad el periodo máximo ventana en Chile alcanza a 3 meses.

Las técnicas de tamizaje más frecuentemente usadas corresponden a enzimoinmunoensayo (ELISA), con técnicas de tercera y cuarta generación[85].

Justificación de la Norma

Para elaborar estas indicaciones se ha considerado fundamentalmente el impacto que produce en las personas el sufrir una violación y el temor a que los efectos propios de este acto se asocien consecuencias como la adquisición de una ITS o del VIH/SIDA. A pesar que el riesgo real de infección por VIH por una sola exposición sexual es bajo, el contexto y las características de los sucesos de violencia sexual pueden ofrecer condiciones para que este riesgo se vea incrementado.

Las evidencias indirectas sobre los posibles beneficios del uso de fármacos, el alto costo de éstos, la frecuencia de efectos adversos, la baja adherencia al tratamiento, la percepción de riesgo y las repercusiones individuales emocionales y sociales asociadas a este tema, hace recomendable sistematizar la atención de las personas que han sufrido una violación, para prevenir el riesgo de infección por VIH.

Conducta a seguir

La responsabilidad de la indicación de profilaxis post exposición a violencia sexual, está radicada en los Servicios de Urgencia de la Red Asistencial, quienes también registrarán la información sobre el número y caracterización de los casos presentados, resguardando la privacidad de la persona.

Inicialmente se debe brindar una atención acogedora, de comprensión hacia las condiciones psicológicas en que se encuentra, evaluar las características del hecho y factores involucrados en el riesgo de transmisión descritos más arriba y decidir la indicación de tratamiento.

La decisión de iniciar el tratamiento antiretroviral como profilaxis, debe ser tomada entre el profesional y el consultante y/o su representante legal en el caso de niños, niñas y adolescentes y personas con discapacidad mental, de forma individualizada y conjunta.

El inicio de tratamiento debe ser lo antes posible y en todo caso antes de transcurridas 72 horas post relación. Es aconsejable solicitar el apoyo del médico Infectólogo o tratante en caso de personas con VIH/SIDA, tanto para analizar la pertinencia del tratamiento como para evaluar la indicación de triterapia.

84 Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Katz MH, Franses K, Grant RM, et al. Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. Clin Infect Dis 2005; 41:1507-1513.
85 Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH. 2010

Exámenes

Se debe ofrecer el examen VIH basal y derivar a consejería en un plazo de 7 a 10 días, con el objeto descartar (o confirmar) la infección VIH preexistente.

También es necesario informar a la víctima de la necesidad de realizar el examen VIH una vez que haya transcurrido el periodo de ventana (3 meses). Este segundo examen es de seguimiento y tiene por objeto descartar o confirmar que la agresión sexual tuvo o no como consecuencia una infección por VIH.

Se debe realizar una evaluación hematológica, con hemograma basal, a las 6 semanas y a los 3 meses para evaluar efectos secundarios del tratamiento y evaluación clínica de efectos adversos.

La tabla siguiente resume la conducta a seguir, dependiendo de las características de la exposición sexual.

Cuadro Nº10: Recomendaciones, según características de la exposición en relaciones sexuales involuntarias

Exposición de alto riesgo	Exposición de mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
• Derivar a consejería • Ofrecer examen VIH basal al consultante • Recomendar profilaxis medicamentosa • Proporcionar fármacos • Indicaciones de seguimiento	• Derivar a consejería • Ofrecer examen VIH basal al consultante • Recomendar profilaxis medicamentosa • Proporcionar fármacos • Indicaciones de seguimiento	• Derivar a consejería • Ningún tratamiento farmacológico

ESQUEMA DE PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR VIH PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Se recomienda como primera opción en profilaxis de la infección por VIH para víctimas de violencia sexual, el siguiente esquema:

Adolescentes con peso mayor de 40 kilos y adultos

Base del esquema	Dosis	3er ARV	Dosis
Zidovudina 300 mg/ Lamivudina 150 mg (coformulado)	1 comp cada 12 horas	Lopinavir 200 mg/ Ritonavir 50 mg (coformulado)	2 comp cada 12 horas

Si no está disponible algunos de los fármacos señalados anteriormente, o la persona presentara daño renal, o reacción adversa a alguno de los fármacos señalados anteriormente se puede indicar su reemplazo por:

Base del esquema	Dosis	3er ARV	Dosis
Tenofovir 300 mg/ Emtricitabina 200 mg (coformulado)	1 comp cada 24 horas	Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg	1 comp cada 24 horas

Niños, niñas y adolescentes con peso menor de 40 kilos

Opción	Base del esquema	Dosis	3er ARV	Dosis
	Zidovudina 240 mg/m2/ cada 12 horas	Lamivudina 4 mg/ kg cada 12 horas	Lopinavir 80 mg/ Ritonavir 20 mg (coformulado)	12 mg/kg de peso cada 12 horas

*Fórmula de cálculo de Superficie Corporal (SC) = Peso (kg) x 4 + 7 / Peso (kg) + 90

Consejería

La Consejería es un proceso individual, que da a conocer a la persona expuesta las alternativas existentes para el manejo de la exposición al VIH, apoyándola en toma de decisiones en relación al examen VIH, a las alternativas de profilaxis y tratamiento de prevención en general.

En el contexto de la violencia sexual, no es recomendable realizar esta actividad al momento del peritaje, dado que la situación en que se encuentra la persona abusada no permite el intercambio necesario para abordar las temáticas mencionadas más arriba.

La recomendación es derivar a consejería con posterioridad (de 7 a 10 días), a la red de consejeros de la Red de Salud Pública, que ejercen sus funciones habituales en los Centros Atención de VIH y de ITS y Centros de Atención Primaria.

Los contenidos que deben abordarse en esta consejería son:

- Probabilidad de infección, valorando el riesgo de acuerdo a la información disponible.
- Manejo farmacológico: no elimina el riesgo, lo reduce.
- En qué consiste el protocolo farmacológico y sus posibles efectos adversos.
- Licencia médica, si se justifica.
- Recomendaciones sobre su vida sexual, uso del condón si corresponde hasta el término del seguimiento.
- Indicación de consultar ante la aparición de síntomas sugerentes de un cuadro de primo infección (fiebre, mialgias, rash cutáneo, adenopatías).
- Indicación de consulta precoz ante la aparición de síntomas de efectos adversos de los fármacos.
- Importancia de la adherencia a la terapia antiretroviral.
- Significado del examen VIH y de sus resultados.
- Evaluación sobre necesidad de derivar a médico infectólogo o tratante, en caso de personas con VIH/SIDA.

Para seguimiento y monitoreo de reacciones adversas a fármacos, se sugiere derivar hacia el Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro de Referencia de Salud (CRS) o Centro de Especialidades, a fin de que sean evaluados por el equipo de atención de personas que viven con VIH/SIDA. (UNACESS).

7. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA[86, 87, 88]

La probabilidad de embarazo espontáneo después de una relación sexual sin protección, varía según el día del ciclo menstrual en que ocurre: 15% si ocurre 3 días antes de la ovulación, 30% si ocurre 2 días antes, 12% si ocurre en el día de la ovulación y cercano al 0% si ocurre después de la ovulación[89].
Si la víctima está en etapa reproductiva, tiene derecho a ser informada de manera adecuada, que existe una forma efectiva y segura de prevenir un embarazo no deseado como producto de la agresión aguda, para que decida libremente si la utiliza o no.

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AE) es un método que se usa de acuerdo a un protocolo validado científicamente, después de una relación sexual sin protección, para prevenir un embarazo no deseado. Esta forma de anticoncepción de emergencia, cuenta con registro sanitario en muchos países y de igual modo, posee registro sanitario vigente en nuestro país desde el año 2001, en el caso del Levonorgestrel (LNG), tabletas de 0,75 mg y 1,5 mg.

Los métodos hormonales utilizados son píldoras de progestina pura que contienen Levonorgestrel y píldoras combinadas que contienen Etinilestradiol (EE) y Levonorgestrel (método de YUZPE).

- **Píldoras de progestina pura**: es el método de elección porque es más efectivo y tiene menos efectos secundarios. Se administran dos dosis de 0,75 mg de levonorgestrel, 2 comprimidos por una vez o una dosis de 1,5 mg. En Chile este producto fue aprobado por el Instituto de Salud Pública el año 2004.
- **Píldoras combinadas (método YUZPE)**: Consiste en dosis de 100 mcg de etinilestradiol y 0.15 mg de levonogestrel. No existe un producto específico con esta dosis. Se administran 4 comprimidos de la combinación etinilestradiol 30 ucg + levonorgestrel 150 mcg cada por 12 horas por dos veces (total de 8 comprimidos en 24 horas). Como puede producir efectos secundarios y su eficacia es menor que la píldora de LNG, sólo debe usarse si no es el único recurso disponible.

Mecanismo de acción: depende de la fase del ciclo en que se use la AE. Puede inhibir la ovulación, alterar el moco cervical, alterar el transporte de gametos e inhibir la fecundación. No inhibe la implantación. Los preparados usados no son efectivos si ya se ha producido la fecundación. Por lo tanto, no son abortivos.

Administración: la Anticoncepción de Emergencia debe usarse dentro de 120 horas de ocurrida la relación sexual sin protección. Ambos métodos tienen su máxima efectividad - casi un 100% - si se administran dentro de las primeras 24 horas. Por esta razón, es la primera medida preventiva a usar después de una violación.

Eficacia anticonceptiva: la tasa de embarazos es entre 1 - 3 de cada 100 mujeres expuestas. El levonorgestrel es más efectivo que el régimen de Yuzpe, ya que con el uso de levonorgestrel se evita alrededor del 85% de los embarazos. Cuando se usa el método de Yuzpe se evita alrededor del 60% de los embarazos que se habrían producido al no usar AE.

86 Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M. et. al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception, 2001, 63:111.
87 Raymond, E.G., Lovely, L.P., Chen-Mok, M. et. al. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial activity. Hum. Reprod. 2000, 15:2355
88 World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd edition, WHO, Geneva, 2000.
89 Allen J. Wilcox et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. Contraception. 2001. Vol 63; 4: 211-215.

8. DERIVACIÓN INTERDISCIPLINARIA: INFECTOLOGÍA, GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL, PEDIATRÍA, ADOLESCENCIA, OBSTETRICIA, SALUD MENTAL, ASISTENCIA SOCIAL[90]

La derivación a alguna/s de las múltiples especialidades se realizará de acuerdo a cada caso particular y de la disponibilidad en la Red de Salud. La terapia psicológica reparadora tanto a nivel personal, como familiar y social, resulta un pilar fundamental.

La derivación debe ser asistida y personalizada, informando y explicando las características, de la atención que recibirá, la dirección y disponibilidad de horario del centro adonde debe acudir.

La atención brindada en dependencias de la Unidad Clínico Forense, ya sea hospitalaria, del SML o del sistema privado de atención en salud es sumamente importante en estos casos, no sólo por la responsabilidad social que conlleva su atención, sino también porque una primera atención de calidad, asegura mejores resultados para el proceso investigativo y para las mismas personas afectadas. La creación de un comité interdisciplinario en cada centro, promueve la capacitación entre los profesionales y mejora el estándar de atención. El manejo multidisciplinario resulta fundamental para mejorar el pronóstico de estos pacientes a mediano y largo plazo.

Dentro de las funciones del Coordinador de la Red de Prevención y Atención a Personas Víctimas de Violencia Sexual, que depende del Servicio de Salud, está el promover la constitución de un Comité multi e inter disciplinario para apoyar la atención y discusión de los casos de violencia sexual. Esto promueve el trabajo en equipo, fortalece el trabajo en red y contribuye al autocuidado del equipo de salud (Anexo 4: Cuidado y Autocuidado de los Equipos).

90 Carrasco O, Orellana L, Salinas A. Apoyo para el Manejo Médico en Agresiones Sexuales en Niños y Adolescentes. Revista Electrónica Científica y Académica C Alemana. 2013. Vol 3;2:72-79

V. INFORME PERICIAL[91]

Independiente de la circunstancia de mediar o no denuncia y en conformidad a los incisos 2º del Art. 198 del Código Procesal Penal, se levantará acta, en duplicado, del reconocimiento y de los exámenes realizados, la que será suscrita por el jefe del establecimiento o de la respectiva sección y por los profesionales que los hubieren practicado.

Una copia será entregada a la persona que hubiere sido sometida al reconocimiento, o a quien la tuviere bajo su cuidado (Anexo 3d); la otra copia, así como las muestras obtenidas, exámenes practicados, resultados de los análisis y registros fotográficos, se mantendrán en custodia y bajo estricta reserva, para ser remitidos junto con el informe médico-legal a la Fiscalía correspondiente.

Luego de realizadas las actividades señaladas precedentemente puede ocurrir que el caso clínico no se haya convertido en un caso médico legal (caso en que la víctima mayor de 18 años, señala voluntariamente que no efectuará la denuncia), no obstante ello, la preservación de copia de actas, eventuales muestras obtenidas y resultados de análisis o exámenes practicados, así como registros fotográficos, deben quedar en custodia por lo menos un año.

El éxito de una investigación criminal se relaciona directamente con el adecuado levantamiento de la evidencia y la ejecución correcta de la cadena de custodia, con el fin de mantener indemne el material probatorio.

La correcta toma de muestra, colocación de artículos en contenedores apropiados, etiquetado de los recipientes, sellado de los contenedores, almacenamiento de las pruebas en una zona segura, mantenimiento de la cadena de custodia y traslado de la evidencia en forma oportuna; permite demostrar hechos, descartar o confirmar la comisión de hechos punibles o esclarecerlos, siendo utilizados por la autoridad en la prueba pericial.

Para llegar a esta prueba, los elementos se obtienen inicialmente en el lugar de la agresión, siendo éste el lugar donde se inicia la cadena de custodia, finalizando solo por orden de la autoridad competente. La escena puede ser principal, es decir donde se cometió el hecho, pero pueden existir escenas asociadas, como lo son los hospitales (Unidad Clinico Forense), sitios donde son examinadas las víctimas.

1. INTEGRIDAD DE LAS MUESTRAS

Los componentes clave del manejo adecuado de las pruebas son:

- Colocación de artículos en contenedores apropiados
- Etiquetado de los recipientes
- Sellado de los contenedores
- Almacenamiento de prueba en una zona segura
- Mantenimiento de la cadena de custodia
- Traslado de la muestra

91 Reglamento sobre administración de las especies por el Ministerio Público, FN/MP N°760, de 19 de abril de 2006

a. Tipos de contenedores

Las muestras deben ser empaquetadas para asegurar que las pruebas no filtren a través del contenedor, se pierdan o deterioren. Los sobres, sacos y papeles para embalar muestras obtenidas durante un peritaje sexológico forense, están diseñados para proporcionar un embalaje adecuado para los diferentes tipos de muestras tomadas.

Existe un set predeterminado que incluye diferentes tipo de contenedores: sobres de papel, sobre tipo saco, sobres de plástico, pliego de papel kraft, hojas y rollo de papel volantín blanco (Cuadro Nº6).

Cuadro Nº11: Tipos de contenedores para embalaje de evidencias

Tipos de Contenedor	Uso
Sobre papel bond blanco pequeño (15 x 12 cm)	Elementos pequeños: embalaje de pelos, muestra subungueal, fibras pequeñas, peine vello púbico
Sobre papel bond blanco mediano (22 x 12 cm)	Tubos con tórulas y otras especies adecuadas al tamaño del sobre
Sobre papel bond blanco grande (35 x 25 cm)	Papel volantín plegado (cuando se desviste víctima) y otras especies adecuadas al tamaño del sobre
Sobre papel blanco para DVD	DVD con imágenes grabadas
Sobre papel kraft pequeño (25 x 15 cm)	Muestra del mismo tipo recogida en contenedores más pequeños de papel bond y con destino común
Sobre papel kraft mediano (40 x 30 cm)	Muestra del mismo tipo recogida en contenedores más pequeños de papel bond y con destino común
Saco papel kraft con fuelles (47 x 32 cm)	Muestra del mismo tipo recogida en contenedores más pequeños de papel bond y con destino común Prendas de vestir que lo requieran por su tamaño
Pliego papel kraft (155 x 115 cm)	Prendas y objetos que no pueden ser contenidos por los contenedores
Hoja de papel volantín blanco (20 x 18 cm)	Constituye primer receptáculo de evidencia pequeña como pelos, muestra subungueal, pasto, colillas, peine vello púbico, etc.
Rollo de papel volantín blanco (50 cm ancho)	Se utilizan 2 pliegos en el suelo, sobre el cual se desnuda la víctima y recoge rastros de evidencia que caen.
Bolsa de plástico tipo moneda grueso (30 x 20 cm)	Evidencia tipo documentos, cartas, objetos cortopunzante, joyas, armas, balas, vainas, etc.

b. Etiquetado de los Contenedores

Todos los elementos de prueba deben estar claramente etiquetados para que la persona que recogió la muestra pueda, posteriormente, identificarla en el Tribunal. Registre la siguiente información en cada contenedor primario (sobre y tórula):

- Nombre completo del paciente o iniciales
- Rut (de contarse con éste)
- Tipo de muestra
- Fecha y hora
- Nombre del perito que tomó la muestra

Toda solicitud de examen enviada sin todos los antecedentes necesarios o incompleto por falta de alguna muestra necesaria para su estudio, con muestras mal tomadas, mal rotuladas o que de alguna manera no se ajusten a las normas establecidas, se pierden pues no pueden ser procesadas como muestras de carácter forense. No obstante ello, serán almacenadas en la Unidad Clínico Forense por un período no inferior a un año en espera de nuevos antecedentes o de la orden del Juez o Fiscal. (Ver Anexo 5 de Cadena de Custodia).

c. Sellado de contenedores

Las muestras deben ser envasada en recipientes debidamente sellados. El sellado correcto de los contenedores asegura que los contenidos no puedan ser alterados. Los sobres tendrán una cinta desprendible que cubre el adhesivo para su sellado. Un contenedor que no tuviera este sistema **nunca debe sellarse usando saliva**.

Los tubos tipo Falcon y los frascos con tapa rosca para examen toxicológico en sangre y orina, deben sellarse en el contorno de la tapa con un sello expandible, tipo papel parafilm para que no derrame su contenido.

d. Almacenamiento de pruebas en un área segura

Las muestras deben ser mantenidas en un lugar seguro, cuando no se pueda enviar de inmediato al lugar de destino. Puede ser un mueble o un refrigerador, según el tipo de muestra y que cuente con llave.

e. Mantención la cadena de custodia (Anexo 5)

La cadena de custodia es un procedimiento que tiene el propósito de garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad de los elementos materiales de prueba, desde el momento que son encontrados en el sitio del suceso hasta que son incorporados como prueba en un tribunal . Allí se debe poder asegurar que los resultados periciales son los que corresponden a la evidencia asociada a un determinado delito.

Este procedimiento se expresa a través de un formulario de registro denominado "Rótulo y Formulario Único de cadena de Custodia." Es responsabilidad de todo participante del proceso conocer los procedimientos generales y específicos que se utilizan para tal fin.

El desconocimiento de la cadena de custodia no exime de responsabilidad al miembro de cualquier institución que tenga contacto o cuide muestras.

f. Traslado de la muestra

En este punto se debe poder distinguir claramente si se trata de muestra **no corporal** o de **una prueba biológica**.

Si se trata de muestra **no corporal**, una vez levantada por el médico o funcionario de turno, ésta será entregada en el menor tiempo posible, conforme las instrucciones que disponga el Fiscal al funcionario policial que se apersone o, en defecto de éste, al Carabinero que se encuentre de guardia en el Centro Hospitalario, o al funcionario de la unidad policial más cercana, dejando constancia de la entrega en el formulario de cadena de custodia.

Si se trata de **muestra corporal o biológica**, puede existir una custodia transitoria de la misma. Luego de su levantamiento, el médico entregará al funcionario de turno que le acompaña, encargado de custodia de la Unidad Clínico Forense, el cual la ingresará al lugar reservado para este fin. Ese lugar deberá poseer las condiciones necesarias para mantener la integridad y seguridad de la/s muestra/s que allí se guarde/n (refrigerador con llave).

El funcionario a cargo de la custodia transitoria, deberá consignar todos los datos que correspondan y firmar el formulario de cadena de custodia en señal de su recepción, manteniendo esta responsabilidad mientras la evidencia se mantenga dentro de la Unidad.

Asimismo, registrará el ingreso de la evidencia a la custodia transitoria, en un registro especial interno que existirá para tales efectos. El mismo procedimiento se realizará ante la salida de la evidencia, sin perjuicio de las anotaciones que procedan en el formulario de cadena de custodia.

Traslado de la muestra a la Fiscalía o a organismos especializados por instrucciones del Fiscal:

El traslado de las muestras no biológicas tomadas para su custodia definitiva o al lugar que se determine, se realizará por quien indique el Fiscal, aunque por regla general dicho traslado lo realiza la policía.

Tratándose de muestras corporales o biológicas que deban remitirse al Servicio Médico Legal, u otra institución debidamente acreditado para estos fines, será trasladada por las policías o por un funcionario que determine orden de la Fiscalía. La persona que traslade la evidencia deberá consignar los datos que se le solicitan y firmar el formulario de cadena de custodia en señal de su recepción, manteniendo esta responsabilidad hasta su entrega.

Toda evidencia debe ser trasladada junto al respectivo formulario de cadena de custodia al que está asociada.

2. DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA

Es fundamental explicar a la víctima y al adulto responsable en el caso de niños, niñas y adolescentes, que el propósito de las fotografías es documentar las lesiones, que éstas son parte de la investigación y que podrán ser utilizadas en un juicio oral. Eventualmente, se debe informar que podría ser necesario fotografías de seguimiento. La documentación fotográfica está incorporada en el consentimiento informado que debe firmar el paciente o su representante.

Las fotografías se pueden tomar en cualquier momento durante el examen médico-forense y es recomendable que las tome el propio examinador o el fotógrafo forense en el caso del Servicio Médico Legal. Se debe tomar también una fotografía de la cara de la víctima para crear un vínculo de pertenencia con la/s muestra/s recogidas. Identifique la fotografía con las iniciales de la persona, RUC del caso, fecha y hora. Es importante usar el testigo métrico para establecer y señalar el tamaño de las lesiones.

Se deben tomar, de rutina, fotografías de las lesiones y también de la región genitoanal, existan o no lesiones. Utilice puntos de reparo anatómico y una escala centímetros o testigo métrico. En los casos que se cuente con equipos con sistema de video, fije en fotografía las imágenes más representativas.

3. CONCLUSIÓN DEL INFORME MÉDICO LEGAL

Terminado el examen clínico- forense y toma de muestra para laboratorio (incluyendo ropas de la víctima o del agresor), se deberán describir en el Formulario de Atención (Anexo 3) las lesiones corporales propias de la agresión u otras lesiones, extra genitales y genitoanales que se encuentren.

Debe consignarse la conclusión del examen médico - legal, describiendo la existencia o no de lesiones y realizar un pronóstico médico legal de ellas (estimación en término de tiempo/días de curación de las lesiones). Debe señalarse la concordancia o no de éstas con el relato aportado por la víctima y/o su cuidador/a. Luego se debe consignar los exámenes de laboratorio solicitados y posteriormente enviar los resultados. El médico no afirma el delito ni lo califica; pero su descripción forense deberá dar una orientación al respecto.

Dado que la ley describe aquellas conductas que han vulnerado la libertad o indemnidad sexual, es importante que la conclusión del peritaje dé cuenta de manera precisa de los hallazgos.

VI. UNIDAD CLÍNICO FORENSE

La Unidad Clínico Forense (UCF) tiene como fin constituir un espacio donde se brinda atención altamente especializada que requiere una víctima de una agresión sexual, con un estándar de calidad y enfoque integral, que considere las necesidades de las víctimas. Este espacio cumple varios objetivos donde la víctima:

- Será acogida y contenida emocionalmente,
- Será informada sobre sus derechos y los pasos a seguir según el procedimiento que conducirá la Fiscalía.
- Será examinada y se recolectarán las muestras necesarias para documentar el delito, con un alto estándar técnico.
- Se le indicará la profilaxis y tratamiento adecuado, con la información que su caso amerita.

1. EQUIPO DE ATENCIÓN

Todas las personas, profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos, incluyendo miembros de las policías que se desempeñan en la UCF deben:

- Estar informados de los derechos de las personas agredidas sexualmente.
- Comprender el estado emocional y necesidades que afectan a las víctimas de violencia sexual y actuar consecuentemente.
- Actuar de acuerdo a derecho, proceder según los flujogramas y protocolos de atención establecidos.
- Comprender las dificultades que presentan las víctimas para relatar la agresión, denunciar, consultar y continuar con el procedimiento médico y judicial posterior, siendo prioritario en la atención el evitar la victimización secundaria.
- Conocer la nueva Norma Técnica para la Atención a Víctimas de Violencia Sexual y su implementación.
- Conocer el rol y responsabilidades de los profesionales, técnicos y administrativos que participan en la atención de estas víctimas.
- Manejar adecuadamente la cadena de custodia y comprender su relevancia para el proceso judicial.
- Considerar estrategias de autocuidado para profesionales que atienden a personas con este tipo de agresiones (Anexo Nº 4).

2. IMPLEMENTACIÓN E INFRAESTRUCTURA

Esta UCF consta de varios espacios, donde se debe incluir todo el equipamiento e insumos para su operación, al mejor nivel técnico. Además debe considerar todos los insumos para la acogida y confort específico de las víctimas:

a. Sala de Espera

b. Sala de Entrevista

c. Sala de Examen

d. Baño

e. Insumos de confort

a. Sala de Espera

Es un espacio destinado prioritariamente para que la víctima y su acompañante esperen la atención en un contexto de mayor privacidad, idealmente diferenciada del resto de las personas que requieren ser atendidas por otros problemas.

Su tamaño debe ser lo suficientemente amplio para que asegure una espera cómoda, en el que la víctima y acompañante(s) no se sientan invadidos por la cercanía física de otras personas. De preferencia, debe estar pintada de colores claros, suaves y contar con pocos y sobrios adornos. Se sugiere que en ella existan materiales de difusión e información sobre los derechos de las víctimas. Asimismo, debe incluir algunos de los insumos de confort que se detallan al final de esta sección.

Se considera relevante que existan libros, cuadernos y lápices que puedan ser entregados a niñas, niños, adolescentes o a cualquier persona que lo requiera. Debe incluirse algunos elementos de juego, para el momento del examen forense, en una mínima cantidad para no distraer al niño o niña del motivo del examen. Puede haber algún sistema de reproducción musical o radio.

Cuadro Nº12: Sala de espera

SALA DE ESPERA
Sillas y mueble tipo gabinete con llave

b. Sala de Entrevista

Las condiciones de esta Sala deben permitir a los profesionales realizar el apoyo emocional inmediato que la víctima necesite, en forma tranquila y sin interrupciones innecesarias. Debe ser el espacio donde se efectúa la anamnesis y se firme el consentimiento informado.

A su vez, por estar equipada con computador e impresora, esta sala constituye un espacio propicio para que el fiscal tome eventualmente la declaración a la víctima, con el resguardo de la intimidad que ésta requiere.

El fiscal a cargo del procedimiento puede, si lo estima necesario, disponer de la asistencia de personal experto de las policías y/o de profesionales de la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT) del Ministerio Público, para los efectos de la contención emocional de una víctima que estuviera muy conmocionada.

Cuadro Nº13: Sala de entrevista

SALA DE ENTREVISTA
Sillas y silla ergonómica
Escritorio con cajonera rodante
Computador Core i3 3240 8GB 1TB 20" HD + Windows 8.1
Impresora multifuncional laserjet con conexión a internet, 2 bandejas
Mueble 2 puertas (tipo closet) con repisas y cerradura con llave
Mueble 2 puertas (tipo gabinete base) con repisas y cerradura con llave
Mueble tipo rack, pequeño
Mueble mural, 2 puertas, con repisas y cerradura con llave
Artículos de escritorio

c. Sala de Examen

El médico que realiza el peritaje sexológico forense es también responsable de contener a la víctima, brindándole una atención integral. Es quien realiza la toma de muestras biológicas y no biológicas e indica los exámenes que se le deben tomar a la víctima, según Norma Técnica vigente. Asimismo, es el encargado de la prescripción de todos los medicamentos necesarios según protocolos y de acuerdo a cada caso que evalúe.

Esta sala debe contar con el siguiente equipamiento mayor:

Cuadro Nº14: Atención clínica

ATENCIÓN CLÍNICA
Camilla ginecológica, extendible, con escabel incluído
Lámpara de pedestal con ruedas y cuello flexible, 11.000 LED o más
Piso giratorio, con ruedas
Mesa Killian, de acero inoxidable
Colposcopio de alta definición con videocámara y monitor, cámara fotográfica incorporada y con soporte con PC con grabador de DVD y mueble de transporte incluído
Cámara fotográfica digital semi profesional, con 2 tarjetas 8 GB c/u y bolso para guardarla incluído y cable de conexión a PC
Vitrina clínica de acero inoxidable, con repisa inferior cubierta
Linterna luz fluorescente, Mini LUEXMAX X II ★, con filtro amarillo
Balanza de adulto con tallímetro
Balanza de lactante
Tallímetro pediátrico
Refrigerador pequeño con llave
Biombo de melamina blanca o color, 3 cuerpos, plegable y con ruedas
Balde de acero inoxidable con pedal y ruedas
Lavamanos de acero inoxidable o similar

Asímismo debe contar con el siguiente instrumental:

Cuadro Nº15: Instrumental médico

INSTRUMENTAL MÉDICO
Espéculo mediano y grande
Anoscopio acero inoxidable, simple, pequeño, 10 cm
Recto-anoscopio con base y con 75 tubos desechables, 10 cm
Pinza Hartman, 10 cm
Pinza Bozeman, curva, 25 cm
Pinza anatómica pequeña
Tijera punta fina pequeña, 10-12 cm
Tijera anatómica pequeña
Bandeja tipo riñón de acero inoxidable, tamaño mediano
Caja de curación, pequeña

Es importante además incorporar todos los insumos necesarios para la atención y evaluación forense, según las siguientes especificaciones:

Cuadro Nº16: Insumos médicos

INSUMOS MÉDICOS
Hojas de bisturí
Guantes látex y guantes de vinilo azul
Rollo de sabanilla clínica desechable
Sabanilla pequeña de género estampado
Caja para material corto punzante
Toallas clínicas y dispensador de toallas
Jabón y dispensador de jabón

Cuadro Nº17: Toma de muestra forense

TOMA DE MUESTRA FORENSE
Batas para paciente, desechables
Bajalenguas desechables, estériles, en envase de papel individual
Espátula de madera, tipo Ayre
Tórulas de algodón, estériles hidrofílicas
Gasa estéril, sellada, pequeña
Parche curita
Tubo con 1 tórula uretral estéril y adherida a la tapa
Tubo con 1 tórula estéril y adherida a la tapa
Tubo con 2 tórulas estériles y adheridas a la tapa
Tubo plástico, cónico tipo Falcon, 15 ml, con preservante
Tubo de alcoholemia
Frasco plástico, tapa rosca, 100 ml, con y sin preservante
Kit Test de embarazo (β-HCG) en orina
Peine plástico para liendres, en sobre individual blanco estéril
Palillos de madera tipo mondadientes, en envase individual blanco, estéril
Testigo Métrico desechable
Ampollas Suero fisiológico
Jeringas desechables estériles
Bránulas de diferentes tamaños
Gel lubricante con anestésico
Vaselina líquida medicinal

Povidona yodada
Alcohol Etílico
Azul de Toluidina
Fluoruro de sodio
Huincha de medir, tipo costurera
Lupa simple, tamaño mediano
Rejilla para apoyo de tubos
Lápiz tinta negra, indeleble
Etiqueta autoadhesiva, blanca, 35 x 70 mm, para impresora
Sobre para CD, blanco
Sobres tipo carta, americano y oficio blanco
Rollo de Papel Volantín blanco
Post it cuadrado, color amarillo claro
Sello plástico expandible, tipo Parafilm M
Bolsa de plástico tipo moneda grueso, transparente
Sobres de papel kraft chico , mediano y tipo saco
Papel kraft, pliego completo
Rollo cinta de embalaje transparente
Rollo cinta tipo masking-tape
DVD no regrabable
Testigo Color
Carta de colores
Imágenes de apoyo a la atención, plastificadas y anilladas
Rótulo y Formulario de Cadena de Custodia
Talonario boletas de alcoholemia
Talonario para recetas y para solicitar exámenes, institucional
Informe de Agresiones Sexuales y hoja de derivaciones
Tríptico y otros documentos
Sobre plástico o carpeta plastificada, tamaño oficio

BAÑO

Debe tener las condiciones e insumos necesarios para que una víctima pueda asearse luego de ser examinada y tomadas todas las muestras que el caso amerita.

Cuadro Nº18: Baño con ducha

BAÑO CON DUCHA
Jabón y dispensador
Papel higiénico y dispensador
Toallas clínicas y dispensador
Ducha tipo teléfono asociada al WC o en espacio con tineta
Toalla de baño, blanca, tamaño mediano

INSUMOS DE CONFORT

Es importante considerar todos los insumos que apoyen el confort de las víctimas que permitan su distracción en consideración de tratarse principalmente de niños, niñas y adolescentes y del tiempo de espera que pudiera haber.

Además debe haber ropa para facilitar su recambio en caso que la que trae la víctima quede en custodia. Deben estar en envases individuales.

Se debe disponer de líquidos que asegure la ingesta de los medicamentos y, en lo posible, otros alimentos tipo snack.

Debe incluir un sobre o carpeta donde guardar y llevar los documentos e información escrita que debe entregárseles, luego de la atención.

Cuadro Nº19: Ropa de reposición y otros

ROPA DE REPOSICIÓN
Calzón /calzoncillo de recambio, diferentes tallas (adultos, niños, niñas y adolescentes)
Buzos (polerón y pantalón), diferentes tallas (adultos, niños, niñas y adolescentes), toallas higiénicas
ALIMENTOS NO PERECIBLES
Leche en envase individual, 200 cc
Jugo en envase individual, 200 cc
Barritas de cereal en envase individual
Galletones en envase individual
OTROS ELEMENTOS
Libros, cuadernos, lápices de colores y otros
Peluches de expresión amigable, tamaño pequeño, mediano
Radio-CD, para reproducción de música relajación
Tríptico y otros documentos informativos
Sobre plástico o carpeta plastificada, tamaño oficio, color vivo

ANEXOS

ANEXO N°1: NORMATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL

A continuación se realiza una breve descripción de las principales leyes y cuerpos normativos nacionales e internacionales

Normativa Nacional

1. Delitos Sexuales, Código Penal

Art. 361. La violación será castigada con la pena de presidio mayor en su grado mínimo a medio. Comete violación el que accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de catorce años, en alguno de los casos siguientes:

1º Cuando se usa de fuerza o intimidación.

2º Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponerse.

3º Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima.

Art. 362. El que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años, será castigado con presidio mayor en cualquiera de sus grados, aunque no concurra circunstancia alguna de las enumeradas en el artículo anterior.

Art. 363. Será castigado con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo, el que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a y una persona menor de edad pero mayor de catorce años, concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes:

1º. Cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria, de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno.

2º. Cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima, como en los casos en que el agresor está encargado de su custodia, educación o cuidado, o tiene con ella una relación laboral.

3º. Cuando se abusa del grave desamparo en que se encuentra la víctima.

4º. Cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Art. 365. El que accediere carnalmente a un menor de dieciocho años de su mismo sexo, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro, será penado con reclusión menor en su grado mínimo a medio.

Art. 365 bis. Si la acción sexual consistiere en la introducción de objetos de cualquier índole, por vía vaginal, anal o bucal, o se utilizaren animales en ello, será castigada:

1. con presidio mayor en su grado mínimo a medio, si concurre cualquiera de las circunstancias enumeradas en el artículo 361;

2. con presidio mayor en cualquiera de sus grados, si la víctima fuere menor de catorce años, y

3. con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo, si concurre alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 363 y la víctima es menor de edad, pero mayor de catorce años.

Art. 366. El que abusivamente realizare una acción sexual distinta del acceso carnal con una persona mayor de catorce años, será castigado con presidio menor en su grado máximo, cuando el abuso consistiere en la concurrencia de alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 361.
Igual pena se aplicará cuando el abuso consistiere en la concurrencia de alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 363, siempre que la víctima fuere mayor de catorce y menor de dieciocho años.

Art. 366 bis. El que realizare una acción sexual distinta del acceso carnal con una persona menor de catorce años, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo.

Art. 366 ter. Para los efectos de los tres artículos anteriores, se entenderá por acción sexual cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella.

Art. 366 quáter. El que, sin realizar una acción sexual en los términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de catorce años, la hiciere ver o escuchar material pornográfico o presenciar espectáculos del mismo carácter, será castigado con presidio menor en su grado medio a máximo.

Si, para el mismo fin de procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, determinare a una persona menor de catorce años a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro o a enviar, entregar o exhibir imágenes o grabaciones de su persona o de otro menor de 14 años de edad, con significación sexual, la pena será presidio menor en su grado máximo.

Quien realice alguna de las conductas descritas en los incisos anteriores con una persona menor de edad pero mayor de catorce años, concurriendo cualquiera de las circunstancias del numerando 1º del artículo 361 o de las enumeradas en el artículo 363 o mediante amenazas en los términos de los artículos 296 y 297, tendrá las mismas penas señaladas en los incisos anteriores.

Las penas señaladas en el presente artículo se aplicarán también cuando los delitos descritos en él sean cometidos a distancia, mediante cualquier medio electrónico.

Si en la comisión de cualquiera de los delitos descritos en este artículo, el autor falseare su identidad o edad, se aumentará la pena aplicable en un grado.

Art. 366 quinquies. El que participare en la producción de material pornográfico, cualquiera sea su soporte, en cuya elaboración hubieren sido utilizados menores de dieciocho años, será sancionado con presidio menor en su grado máximo.

Para los efectos de este artículo y del artículo 374 bis, se entenderá por material pornográfico en cuya elaboración hubieren sido utilizados menores de dieciocho años, toda representación de éstos dedicados a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de sus partes genitales con fines primordialmente sexuales o toda representación de dichos menores en que se emplee su voz o imagen, con los mismos fines.

Art. 367. El que promoviere o facilitare la prostitución de menores de edad para satisfacer los deseos de otro, sufrirá la pena de presidio menor en su grado máximo.

Si concurriere habitualidad, abuso de autoridad o de confianza o engaño, se impondrán las penas de presidio mayor en cualquiera de sus grados y multa de treinta y una a treinta y cinco unidades tributarias mensuales.

Art. 367 ter. El que, a cambio de dinero u otras prestaciones de cualquier naturaleza, obtuviere servicios sexuales por parte de personas mayores de catorce pero menores de dieciocho años de edad, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro, será castigado con presidio menor en su grado máximo.

Art. 374 bis. El que comercialice, importe, exporte, distribuya, difunda o exhiba material pornográfico, cualquiera sea su soporte, en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de dieciocho años, será sancionado con la pena de presidio menor en su grado máximo.

El que maliciosamente adquiera o almacene material pornográfico, cualquiera sea su soporte, en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de dieciocho años, será castigado con presidio menor en su grado medio.

Art. 374 ter. Las conductas de comercialización, distribución y exhibición señaladas en el artículo anterior, se entenderán cometidas en Chile cuando se realicen a través de un sistema de telecomunicaciones al que se tenga acceso desde territorio nacional.

Art. 375. El que, conociendo las relaciones que lo ligan, cometiere incesto con un ascendiente o descendiente por consanguinidad o con un hermano consanguíneo, será castigado con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

Art. 411 ter. El que promoviere o facilitare la entrada o salida del país de personas para que ejerzan la prostitución en el territorio nacional o en el extranjero, será castigado con la pena de reclusión menor en su grado máximo y multa de veinte unidades tributarias mensuales

Art. 411 quáter. El que mediante violencia, intimidación, coacción, engaño, abuso de poder, aprovechamiento de una situación de vulnerabilidad o de dependencia de la víctima, o la concesión o recepción de pagos u otros beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra capte, traslade, acoja o reciba personas para que sean objeto de alguna forma de explotación sexual, incluyendo la pornografía, trabajos o servicios forzados, servidumbre o esclavitud o prácticas análogas a ésta, o extracción de órganos, será castigado con la pena de reclusión mayor en sus grados mínimo a medio y multa de cincuenta a cien unidades tributarias mensuales.

Si la víctima fuere menor de edad, aun cuando no concurriere violencia, intimidación, coacción, engaño, abuso de poder, aprovechamiento de una situación de vulnerabilidad o de dependencia de la víctima, o la concesión o recepción de pagos u otros beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, se impondrán las penas de reclusión mayor en su grado medio y multa de cincuenta a cien unidades tributarias mensuales.

El que promueva, facilite o financie la ejecución de las conductas descritas en este artículo será sancionado como autor del delito.

2. Código Procesal Penal

Art. 173. Denuncia. Cualquier persona podrá comunicar directamente al ministerio público el conocimiento que tuviere de la comisión de un hecho que revistiere caracteres de delito.

También se podrá formular la denuncia ante los funcionarios de Carabineros de Chile, de la Policía de Investigaciones, de Gendarmería de Chile en los casos de los delitos cometidos dentro de los recintos penitenciarios, o ante cualquier tribunal con competencia criminal, todos los cuales deberán hacerla llegar de inmediato al ministerio público.

Art. 174: Forma y contenido de la denuncia.
La denuncia podrá formularse por cualquier medio y deberá contener la identificación del denunciante, el señalamiento de su domicilio, la narración circunstanciada del hecho, la designación de quienes lo hubieren cometido y de las personas que lo hubieren presenciado o que tuvieren noticia de él, todo en cuanto le constare al denunciante.

En el caso de la denuncia verbal se levantará un registro en presencia del denunciante, quien lo firmará junto con el funcionario que la recibiere. La denuncia escrita será firmada por el denunciante. En ambos casos, si el denunciante no pudiere firmar, lo hará un tercero a su ruego.

Art. 175. Denuncia obligatoria. Estarán obligados a denunciar:

a) Los miembros de Carabineros de Chile, de la Policía de Investigaciones de Chile y de Gendarmería, todos los delitos que presenciaren o llegaren a su noticia. Los miembros de las Fuerzas Armadas estarán también obligados a denunciar todos los delitos de que tomaren conocimiento en el ejercicio de sus funciones;

b) Los fiscales y los demás empleados públicos, los delitos de que tomaren conocimiento en el ejercicio de sus funciones y, especialmente, en su caso, los que notaren en la conducta ministerial de sus subalternos;

c) Los jefes de puertos, aeropuertos, estaciones de trenes o buses o de otros medios de locomoción o de carga, los capitanes de naves o de aeronaves comerciales que naveguen en el mar territorial o en el espacio territorial, respectivamente, y los conductores de los trenes, buses u otros medios de transporte o carga, los delitos que se cometieren durante el viaje, en el recinto de una estación, puerto o aeropuerto o a bordo del buque o aeronave;

d) Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito, y

e) Los directores, inspectores y profesores de establecimientos educacionales de todo nivel, los delitos que afectaren a los alumnos o que hubieren tenido lugar en el establecimiento.

La denuncia realizada por alguno de los obligados en este artículo eximirá al resto.

Art. 176. Plazo para efectuar la denuncia. Las personas indicadas en el artículo anterior deberán hacer la denuncia dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho criminal.

Respecto de los capitanes de naves o de aeronaves, este plazo se contará desde que arribaren a cualquier puerto o aeropuerto de la República.

Art. 177. Incumplimiento de la obligación de denunciar. Las personas indicadas en el artículo 175 que omitieren hacer la denuncia que en él se prescribe incurrirán en la pena prevista en el artículo 494 del Código Penal, o en la señalada en disposiciones especiales, en lo que correspondiere.

La pena por el delito en cuestión no será aplicable cuando apareciere que quien hubiere omitido formular la denuncia arriesgaba la persecución penal propia, del cónyuge, de su conviviente o de ascendientes, descendientes o hermanos.

Art. 197. Exámenes corporales. Si fuere necesario para constatar circunstancias relevantes para la investigación, podrán efectuarse exámenes corporales del imputado o del ofendido por el hecho punible, tales como pruebas de carácter biológico, extracciones de sangre u otros análogos, siempre que no fuere de temer menoscabo para la salud o dignidad del interesado.

Si la persona que ha de ser objeto del examen, apercibida de sus derechos, consintiere en hacerlo, el fiscal o la policía ordenará que se practique sin más trámite. En caso de negarse, se solicitará la correspondiente autorización judicial, exponiéndose al juez las razones del rechazo.

El juez de garantía autorizará la práctica de la diligencia siempre que se cumplieren las condiciones señaladas en el inciso primero.

Art. 198. Exámenes médicos y pruebas relacionadas con los delitos previstos en los artículos 361 a 367 y en el artículo 375 del Código Penal.

Tratándose de los delitos previstos en los artículos 361 a 367 y en el artículo 375 del Código Penal, los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho punible y a identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes.

Se levantará acta, en duplicado, del reconocimiento y de los exámenes realizados, la que será suscrita por el jefe del establecimiento o de la respectiva sección y por los profesionales que los hubieren practicado. Una copia será entregada a la persona que hubiere sido sometida al reconocimiento, o a quien la tuviere bajo su cuidado; la otra, así como las muestras obtenidas y los resultados de los análisis y exámenes practicados, se mantendrán en custodia y bajo estricta reserva en la dirección del hospital, clínica o establecimiento de salud, por un período no inferior a un año, para ser remitidos al ministerio público.

Si los mencionados establecimientos no se encontraren acreditados ante el Servicio Médico Legal para determinar huellas genéticas, tomarán las muestras biológicas y obtendrán las evidencias necesarias, y procederán a remitirlas a la institución que corresponda para ese efecto, de acuerdo a la ley que crea el Sistema Nacional de Registros de ADN y su Reglamento.

Art. 199. Exámenes médicos y autopsias. En los delitos en que fuere necesaria la realización de exámenes médicos para la determinación del hecho punible, el fiscal podrá ordenar que éstos sean llevados a efecto por el Servicio Médico Legal o por cualquier otro servicio médico.

Las autopsias que el fiscal dispusiere realizar como parte de la investigación de un hecho punible será practicadas en las dependencias del Servicio Médico Legal, por el legista correspondiente; donde no lo hubiere, el fiscal designará el médico encargado y el lugar en que la autopsia debiere ser llevada a cabo.

Para los efectos de su investigación, el fiscal podrá utilizar los exámenes practicados con anterioridad a su intervención, si le parecieren confiables.

Art. 199 bis. Exámenes y pruebas de ADN. Los exámenes y pruebas biológicas destinadas a la determinación de huellas genéticas sólo podrán ser efectuados por profesionales y técnicos que se desempeñen en el Servicio Médico Legal, o en aquellas instituciones públicas o privadas que se encontraren acreditadas para tal efecto ante dicho Servicio.
Las instituciones acreditadas constarán en una nómina que, en conformidad a lo dispuesto en el Reglamento, publicará el Servicio Médico Legal en el Diario Oficial.

Art. 200. Lesiones corporales. Toda persona a cuyo cargo se encontrare un hospital u otro establecimiento de salud semejante, fuere público o privado, dará en el acto cuenta al fiscal de la entrada de cualquier individuo que tuviere lesiones corporales de significación, indicando brevemente el estado del paciente y la exposición que hicieren la o las personas que lo hubieren conducido acerca del origen de dichas lesiones y del lugar y estado en que se le hubiere encontrado. La denuncia deberá consignar el estado del paciente, describir los signos externos de las lesiones e incluir las exposiciones que hicieren el afectado o las personas que lo hubieren conducido.

En ausencia del jefe del establecimiento, dará cuenta el que lo subrogare en el momento del ingreso del lesionado. El incumplimiento de la obligación prevista en este artículo se castigará con la pena que prevé el artículo 494 del Código Penal.

3. Medidas legales de Protección

Las medidas legales de protección son aquellas que tienen por objeto cautelar el efectivo goce de los derechos, particularmente en estos casos a garantizar la integridad física y psíquica de la víctima.

Ellas pueden provenir del Ministerio Público y Tribunales de Justicia.

En este punto daremos cuenta de medidas de protección establecidas para las víctimas en términos generales y aquellas específicamente orientadas a niños, niña y adolescentes.

3.1. Medidas de protección para víctimas

a) Otorgadas por el Ministerio Público

Dentro de las facultades del Ministerio Público está la adopción de medidas de protección autónomas respecto de la víctima de un hecho que tiene características de delito.

Las medidas autónomas son decretadas por los fiscales y no requieren de autorización judicial.
Para su implementación se cuenta con el apoyo de las policías y de la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT).

Dentro de las medidas autónomas destacamos las siguientes:

- Reubicación en casa de acogida, hospedaje u otro lugar, medidas que requerirán de la evaluación proteccional del grupo familiar de la víctima, especialmente en lo que dice relación con los hijos y la eventual necesidad de contemplar también respecto de ellos su reubicación en dichos recintos.
- Reforzamiento de seguridad domiciliaria.
- Uso de sistema de asistencia telefónica en casos de emergencia.
- Cambio de número telefónico de la víctima.
- Entrega de teléfonos celulares con números de emergencia o tarjetas telefónicas.
- Rondas periódicas de carabineros.
- Contacto telefónico prioritario con la policía
- Entrega de alarmas personales de ruido que la víctima pueda activar frente a una situación de riesgo.

La adopción de una u otra medida responde a las necesidades específicas y a la evaluación del riesgo de la víctima. Asimismo, resulta importante promover en las víctimas la adopción de medidas de autoprotección que pueden realizar por sí mismas, entendidas éstas como las acciones que la misma víctima puede realizar para favorecer su propia protección.

b) Otorgadas por los Tribunal de Garantía/ Oral en lo Penal

El Juez puede decretar medidas de protección específicamente estipuladas en casos en delitos sexuales. El artículo Art. 372 ter. Del Código Penal tales como:

- la sujeción del implicado a la vigilancia de una persona o institución determinada, las que informarán periódicamente al tribunal;
- la prohibición de visitar el domicilio, el lugar de trabajo o el establecimiento educacional del ofendido;
- la prohibición de aproximarse al ofendido o a su familia;
- la obligación de abandonar el hogar que compartiere con aquél.

También hay medidas judiciales de protección específicas para víctimas de delitos en contexto intrafamiliar, que el tribunal puede decretar:

- Obligación de abandonar el ofensor el hogar común, letra a) del artículo 9° de la Ley N° 20.066.
- Prohibición de acercamiento a la víctima, N°1 del artículo 92 de la Ley N° 19.968 y letra b) del artículo 9° de la Ley N° 20.066.
- Asegurar la entrega material de los efectos personales de la víctima que optare por no regresar al hogar común, N° 2 del artículo 92 de la Ley N° 19.968.
- Fijación de alimentos provisorios, determinación de régimen provisorio de cuidado personal de los niños, niñas y adolescentes, N° 3 y 4 del artículo 92 de Ley 19.968.
- Prohibición de porte y tenencia o incautación de cualquier arma de fuego, N°6 del artículo 92 de la Ley N° 19.968 y letra c) del artículo 9° de la Ley N° 20.066.
- Decretar la reserva de identidad del tercero denunciante, N°7 del artículo 92 de la Ley N° 19.968.

Además están las medidas cautelares que el Tribunal de Garantía, una vez formalizada la investigación, que son aplicables a los imputados, puede decretar a saber: citación, detención, prisión preventiva, arraigo nacional, sujeción a alguna institución de control o prohibición de acercamiento a la víctima; la obligación de abandonar el hogar que compartiere con la víctima.

3.2.- Víctimas niñas, niños y adolescentes

Se pueden establecer medidas de protección a favor de los niños, niñas y adolescentes víctimas. De especial importancia es considerar que, junto a las medidas legales a adoptar, es vital establecer contacto con algún adulto protector y las redes o recursos con los que cuenta el niño o la niña para desarrollar una estrategia de intervención/protección, disminuyendo la victimización secundaria. Para ello, es importante que los profesionales cuenten con antecedentes de la anamnesis de niños, niñas o adolescentes y que los establecimientos de salud conozcan los recursos disponibles, tanto a nivel local como regional, y cuenten con canales de comunicación y coordinación que hagan posible las intervenciones.

a) Otorgadas por el Juzgados de Familia

Corresponderá a los juzgados de familia adoptar medidas de protección respecto de niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos Artículo 30 de Ley de Menores N° 16.618; número 7 del Art. 8 Ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia

- Entregar inmediatamente al niño, niña o adolescente a sus padres o a quien lo tenga Legalmente a su cuidado.
- Dar en cuidado provisorio al niño(a) o adolescente a una persona adulta responsable distinta de sus padres.
- Disponer el ingreso a ciertos programas de familias de acogida o, como última medida, centros residenciales, por el tiempo que sea estrictamente necesario.
- Decretar la hospitalización en establecimientos de salud, psiquiátricos o de tratamiento especializado.

A estas medidas propias del procedimiento de protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de de delitos sexuales, hay que agregar las del procedimiento de violencia intrafamiliar que son aplicables:

- Prohibir el acercamiento del ofensor a la presunta víctima.
- Prohibir al pretendido ofensor estar presente en el hogar común (exclusión).

La duración de estas medidas tiene un plazo máximo de 90 días y podrán requerir del auxilio de Carabineros de Chile.

b) Otorgadas por el Ministerio Público

Nos remitos a lo indicado en el punto 3.1 letra a)

c) Otorgadas por el Tribunal de Garantía/ Oral en lo Penal

Sin perjuicio de las medidas autónomas, el fiscal puede solicitar ante el tribunal de garantía, medidas judiciales de protección específicas para niños(as) y adolescentes víctimas, especialmente relacionados con su participación en Juicio, ya sea a través de una **prueba anticipada o específicamente**

en Juicio Oral. Las medidas se reflejan en la posibilidad declarar con circuito cerrado, a través de un biombo o con la adopción de otras medidas que mitiguen la victimización secundaria.

Además están las medidas cautelares que el Tribunal de Garantía, una vez formalizada la investigación, que son aplicables a los imputados, puede decretar a saber: citación, detención, prisión preventiva, arraigo nacional, sujeción a alguna institución de control o prohibición de acercamiento a la víctima; la obligación de abandonar el hogar que compartiere con la víctima.

Medidas judiciales de protección específicamente estipuladas en casos en delitos sexuales, ya indicadas en el 3.1 letra b), sobre el particular.

Medidas judiciales de protección específicas para víctimas de delitos en contexto intrafamiliar, ya indicadas en el 3.1 letra b), sobre el particular.

Normativa Internacional

Convención sobre los Derechos del Niño (1989):

Artículo 19.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Artículo 34 – El derecho a la protección contra el abuso sexual

El Estado debe protegerte contra toda forma de abuso o violencia sexual.

Los países deben trabajar juntos con el objetivo de establecer las medidas necesarias para:

a. Evitar que seas alentado u obligado a realizar actividades sexuales ilegales;

b. Evitar que seas utilizado para la prostitución;

c. Evitar que seas utilizado para producciones pornográficas (fotos o videos).

Recomendación General Nº 19 (1992)

La violencia contra la mujer

6. El artículo 1 de la Convención define la discriminación contra la mujer. Esa definición incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad. La violencia contra la mujer puede contravenir disposiciones de la Convención, sin tener en cuenta si hablan expresamente de la violencia.

7. La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención. Esos derechos y libertades comprenden:

a) El derecho a la vida;

b) El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno;

d) El derecho a la libertad y a la seguridad personales;

e) El derecho a igualdad ante la ley;

f) El derecho a igualdad en la familia;

g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental;

h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables.

Convención Interamericana para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (Belem do Pára, 1994)

Artículo 1º A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer

Artículo 1º Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 2º Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

a. Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

b. Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y

c. Que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Artículo 3º Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 4º Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

a. el derecho a que se respete su vida;

b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;

c. el derecho a la libertad y a la seguridad personal;

d. el derecho a no ser sometida a torturas;

e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;

f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;

g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos;

h. el derecho a libertad de asociación;

i. el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley, y

j. el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.

Convención Americana de Derechos Humanos (1969)

Artículo 4º Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.
2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente.
3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.
4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.
5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez.
6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

Artículo 5º Derecho a la Integridad Personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente.
4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas.
5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento.
6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.

Artículo 19. Derechos del Niño

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (1999)

Artículo I.

Discriminación contra las personas con discapacidad El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Convenio Nº 182 de la OIT sobre prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación

Artículo 3º

A los efectos del presente Convenio, la expresión "las peores formas de trabajo infantil" abarca:

a. todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;

b. la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;

c. la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y

d. el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

Opinión Consultiva Nº 17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Problemática actual de la niñez: En la región, millones de niños viven en condiciones de pobreza y marginación, siendo "víctimas de un inmenso e imperdonable olvido" y "productos de grandes fallas estructurales", relacionadas con políticas nacionales e internacionales. Se destacan las siguientes problemáticas:

Casos de peligro a la vida y la salud: Cuando los niños son víctimas de abusos, "no sólo les causa daños psicológicos, físicos y morales, sino que además los expone a enfermedades de transmisión sexual, acentuando aún más el peligro que corre su vida". Lamentablemente, estos hechos muchas veces quedan en el entorno familiar y en otros casos el Estado no actúa, aunque se encuentra facultado a ejercer los mecanismos adecuados para su protección.

Asimismo, los mecanismos sancionatorios en contra de los victimarios carecen de efectividad negando el acceso a la justicia y contrariando toda idea de protección a la niñez.

ANEXO N°2: DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE DELITOS

Las presentes directrices concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos, establecen prácticas adecuadas basadas en el consenso respecto de los conocimientos contemporáneos y las reglas, normas y principios regionales e internacionales pertinentes.

Deberán aplicarse en conformidad con la legislación nacional y los procedimientos judiciales pertinentes y tener también en cuenta las condiciones jurídicas, sociales, económicas, culturales y geográficas. No obstante, los Estados deberán esforzarse en todo momento por vencer las dificultades prácticas que plantea la aplicación de las Directrices.

Se establece que tanto profesionales como cualquier persona responsable del bienestar de niños y niñas, deben garantizar la justicia para todos los niños y niñas, respetando los siguientes principios:

- **Derecho a la dignidad,** considerando que cada niño y niña es un ser único y valioso.
- **No discriminación,** otorgando trato equitativo y justo.
- **Velar por el interés superior del niño y niña,** protegiendo sus derechos y su desarrollo armonioso.
- **Asegurar el derecho a la participación,** entendiendo que todo niño y niña tienen derecho a expresar sus creencias, opiniones, pensamientos y sentimientos de forma libre.

Por tanto, será labor de profesionales y demás personas que sean responsables del bienestar de niños y niñas víctimas y testigo de delitos, respetar los derechos que a continuación se describen:

1. Derecho a un trato digno y comprensivo:

- **Debiendo tratárseles con cuidado y sensibilidad** durante el proceso de justicia.
- **Atendiendo sus necesidades inmediatas**, tomando en consideración su edad, sexo, impedimentos físicos, nivel de madurez, además de respetar de forma plena su integridad física, mental y moral.
- **Brindando un trato centrado en las propias necesidades**, deseos y sentimientos personales de los niños y niñas.
- **Resguardando la vida privada del niño y niña,** limitándose al mínimo la intrusión en ella.
- **Evitando mayores sufrimientos en los niños y niñas en el proceso de investigación,** debiendo éste ser realizado por expertos que intervengan con tacto, respeto y rigor.
- **Adaptando las estrategias del cumplimiento de sus derechos,** considerando sus necesidades especiales, aptitudes, edad, madurez intelectual, evolución de sus capacidades, realizándose en el idioma que ellos hablan y entienden.

2. Derecho a la protección contra la discriminación:

- **Estableciendo servicios de protección especial**, en caso de necesitarse, teniendo en cuenta el sexo y la especificidad del delito que éste afectando al niño o niña, como lo es en casos de delito sexual.
- **Respetando el ejercicio del derecho de participación plena en el proceso de justicia**, sin importar la edad que el niño o niña tenga.

3. Derecho a ser informado:

Otorgándoles información apropiada y oportuna, desde el comienzo del proceso de justicia, contemplando entre otras cosas:

- **La disponibilidad y acceso a servicios** de salud médicos, psicológicos y sociales, así como a otros que sean de su interés o necesidad.
- **Los procedimientos que se realizan** dentro del proceso de justicia penal, incluyendo el rol que le quepa en el asunto, declaración de testimonio, y mecanismo de interrogatorio.
- **Los mecanismos de apoyo** de los cuales los niños y niñas disponen.
- **Fechas y lugares específicos** de todo suceso relevante del proceso.
- **Medidas de protección** que estén a su disposición
- **Los mecanismos existentes para examinar las fallos** que los afecten;
- **Sus propios derechos** en adhesión con la Convención sobre los Derechos del Niño y la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder.
- **La evolución y tratamiento del juicio** de la causa que les ataña
- **La disponibilidad y posibilidades para alcanzar modos de reparación** ya sea por parte del delincuente o del Estado, los medios civiles alternativos u otros mediante el transcurso del proceso de justicia.

4. Derecho a ser oído y a expresar opiniones y preocupaciones

5. Derecho a una asistencia eficaz

6. Derecho a la intimidad

- **Protegiendo toda información concerniente a la participación del niño o niña** en el proceso de justicia, mediante la confidencialidad y la restricción de divulgación de antecedentes.

7. Derecho a ser protegido de sufrimientos durante el proceso de justicia

Siendo los profesionales quienes:

- **Tomen los resguardos necesarios** para evitarles sufrimiento durante el proceso judicial, garantizando el respeto de sus derechos y su dignidad.
- **Traten con sumo cuidado a los niños y niñas** víctimas y testigos de delitos a fin de:
  - Brindarles apoyo
  - Proveer certeza sobre el proceso
  - Garantizar que los juicios se lleven a cabo tan pronto como sea práctico
  - Utilizar mecanismos apropiados para los niños y niñas

  Además de:
  - Restringir el número de entrevistas
  - Resguardar que los niños víctimas y testigos de delitos no sean interrogados por el supuesto autor del delito

- Cerciorar que los niños víctimas y testigos de delitos sean interrogados de forma idónea a ellos.

8. Derecho a la seguridad:

- **Adoptando medidas adecuadas** para denunciar ante las autoridades competentes la posible vulneración de derechos al que está expuesto el niño o niña, con el fin de protegerles antes, durante y después del proceso judicial.

9. Derecho a la reparación

10. Derecho a medidas preventivas especiales:

- **Particularmente con aquellos niños vulnerables a repetidos actos de victimización o agravio,** proveyendo estrategias especiales de intervención.
- **Siendo los profesionales quienes elaboren y ejerzan amplias estrategias e intervenciones** apropiadas particularmente a los casos en que exista la probabilidad que continúe el ultraje hacia el niño o la niña.

La aplicación de los derechos y principios que resguardan a los niños y niñas víctimas y testigos de delitos, se obtendrá de la siguiente manera:

- **Protegiendo y tratando con seguridad y sensibilidad a los niños y niñas** víctimas y testigos de delitos, a través de la capacitación, educación e información de forma adecuada a los profesionales, con el objeto de que optimicen y mantengan técnicas, actitudes y enfoques especializados, que les permitan el cumplimiento de su labor.
- **Atendiendo de manera efectiva sus necesidades** incluso en unidades y servicios especializados, capacitando a los profesionales e incluyendo en su proceso de formación;
- **Adoptando una perspectiva interdisciplinaria y cooperativa** al ayudar a los niños, siendo los profesionales quienes hagan todo lo posible por lograrlo.
- **Los profesionales y autoridades administrativas ejercerán sus funciones considerando la posibilidad de utilizar las presentes Directrices como base** para la formulación de leyes, políticas, normas y protocolos cuyo objetivo sea ayudar a los niños víctimas y testigos de delitos implicados en el proceso de justicia.
- **Siendo los profesionales quienes examinen y evalúen periódicamente su función,** en conjunto con otras entidades participantes del proceso de justicia, a fin de garantizar la protección de los derechos del niño y la aplicación eficaz de las presentes Directrices.

Extraído de "DIRECTRICES SOBRE LA JUSTICIA EN ASUNTOS CONCERNIENTES A LOS NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE DELITOS". RESOLUCIÓN 2005/20 DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

ANEXO N°3

Anexo N°3a: Formularios de Atención a Víctimas de Violencia Sexual[92]

INFORME DE VIOLENCIA SEXUAL

A. INFORMACIÓN GENERAL

Institución en la que se realiza el examen				Ciudad del examen
Fecha del examen	Horas del examen	AM ☐ PM ☐	Nº Documento de Identidad: R.U.T. ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐	Nº de Informe
Nombre del examinado				Edad referida: años/meses/días
Fecha de nacimiento	Sexo	M ☐ F ☐	Dirección	Teléfono contacto
Estado civil	Nivel educacional		Actividad	

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO FORENSE

Explique brevemente en que consiste la anamnesis, el examen médico-forense, recolección de muestras y su importancia dentro de la investigación del delito sexual. Complete el formato de consentimiento informado (anexo).

C. ABORDAJE DEL CASO

1. Información Adicional al Peritaje

Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (interconsultas, datos de atención en centro de salud, informe psicosocial, informe de Fiscalía, etc.):

2. Examen Médico Forense

2.1 Anamnesis: (Breve relato/estado emocional)

Información suministrada por:	Nombre de acompañante que entrega datos	Relación con el paciente
Paciente ☐ Otro ☐		

Lugar de los hechos	Fecha de los hechos (D/M/A)	Hora de los hechos
		H ☐☐ M ☐☐

92 Adaptado de "Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras en los sectores forenses y de salud". Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá DC 2006.

2.2 Presunto agresor

Sexo	Nº de agresores	Relación con la víctima	Violencia sexual anterior
M ☐ F ☐ Desconocido ☐	☐		

Métodos empleados por el agresor	Tipos de armas
Amenazas ☐ Ataduras ☐ Armas ☐	Arma de fuego ☐ Cortante ☐ Punzante ☐
Golpes físicos ☐ Quemaduras ☐ Otras ☐	Cortopunzante ☐ Otras _____

El agresor se encontraba bajo el efecto del alcohol/otras drogas	El agresor resultó lesionado en los hechos	Si resultó lesionado, describa el área del cuerpo afectada
Si ☐ No ☐ No sabe ☐	Si ☐ No ☐ No sabe ☐	

2.3 Actos descritos por el paciente

Penetración del pene en:	Penetración de objeto diferente al pene en:	Eyaculación
Cavidad oral ☐ Vaginal ☐ Anal ☐ No sabe ☐ No aplica ☐	Vagina ☐ Ano ☐ Cavidad oral ☐ No sabe ☐	Si ☐ No ☐ No sabe ☐

Sitio de eyaculación	¿Utilizó condón?	Uso de lubricantes
	Si ☐ No ☐ No sabe ☐	Si ☐ No ☐ No sabe ☐ No aplica ☐

Otras maniobras	Utilización de alcohol o drogas
Besos ☐ Succiones ☐ Mordeduras ☐ Tocaciones ☐	Si ☐ No ☐ No sabe ☐ Describa _____
Otros (describa) _____	

Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima

Si ☐ No ☐ Si presenta lesiones descríbalas en el examen físico por área corporal (puede ayudarse de los esquemas adjuntos)

Recibió atención médica previa a este examen

Si ☐ Dónde? Cuál? _____

No ☐ _____

2.4 Actividades posteriores a los hechos (No aplica si pasaron más de 72 horas)

Orinó	Defecó	Ducha vaginal	Baño, ducha, lavado corporal	Vomitó	Ingirió alimentos o bebidas	Lavado de dientes	Usó enjuague bucal
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si No	Si No

Se cambió de ropa	Insertó o retiró tampón/diafragma	Otro Describe _____
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	_____ _____

3. Antecedentes

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia ____ Ciclos ____ Fecha de la última menstruación ____ Partos ____ Abortos ____ Vivos ____

Fecha de último parto ____ Cirugía Ginecológica Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, Cuál? ____

Método anticonceptivo Sí ☐ No ☐ Cuál ____

Antecedentes sexuales:

Otras relaciones en las últimas 48 horas	En caso afirmativo		
Sí ☐ No ☐	Vaginal Sí ☐ No ☐ Cuándo? ☐	Anal Sí ☐ No ☐ Cuándo? ☐	Oral Sí ☐ No ☐ Cuándo? ☐

Hubo eyaculación			Se usó condón?	
Sí ☐	No ☐	En caso afirmativo, dónde?	Sí ☐	No ☐

Antecedentes médicos, quirúrgicos y urológicos: ____

Alergias: Sí ☐ No ☐ Cuáles? ____ | Inmunización: Hepatitis B ☐ Virus Papiloma Humano ☐

4. Descripción de Prendas

Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?	Las trae al examen	Dónde se encuentran
Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	

Se dejan para estudio			Observaciones
Sí ☐	No ☐	No aplica ☐	

Descripción: seguir la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato de Cadena de Custodia si se dejan para estudio

1. ____	NUE: ____	Destino: ____
2. ____	NUE: ____	Destino: ____
3. ____	NUE: ____	Destino: ____
4. ____	NUE: ____	Destino: ____
5. ____	NUE: ____	Destino: ____

5. Examen Médico Forense

Peso: ____ Talla: ____ Signos vitales: PA: ____ FC: ____ FR: ____ Temp: ____

5.1 Aspecto general

Describa el aspecto general, estado emocional del examinado, cooperación y su evolución durante el examen

____
____
____
____
____
____

5.2 Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física

Describa lesiones si las presenta o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos.

Puede ayudarse de los dibujos para ilustrar los hallazgos.

Valoración de la zona subungueal:

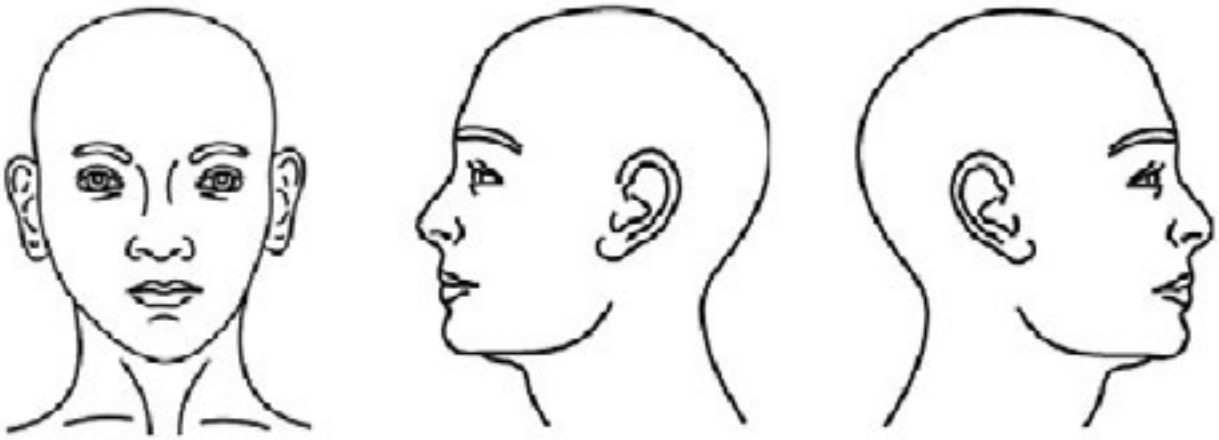
Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? Frotis subungueal ☐ Cuerpo extraño ☐ Frotis ADN del agresor ☐

Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____



Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)

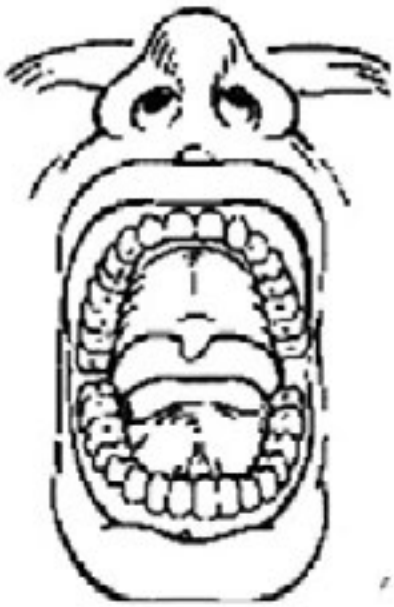
Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐

En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

En niños y niñas describa tipo de dentición _____

fase inicial _____ media _____ completa _____



Tórax

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

Mamas

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

_____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

En niñas y niños describa caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

_____

Abdomen

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

_____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

Signos de embarazo: Si ☐ No ☐ Describa _____

Espalda

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

_____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

Región Glútea

Presenta Lesiones: Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

Extremidades

Axilas: Presenta lesiones Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

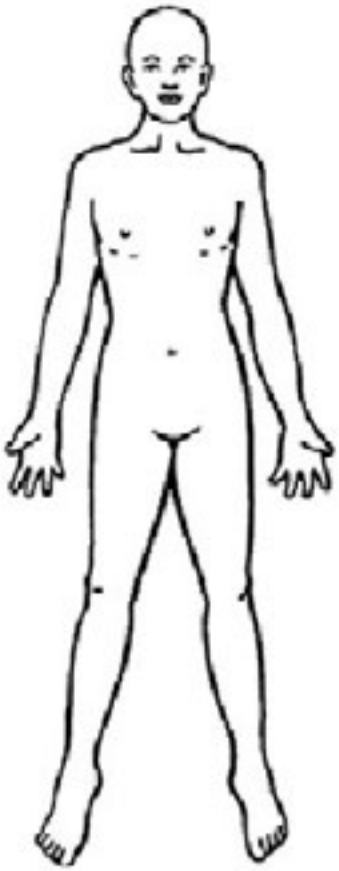
Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

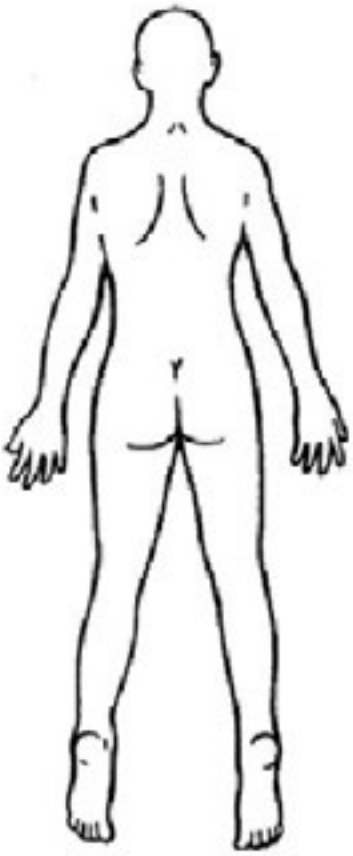
Miembros superiores: Presenta lesiones Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____

Miembros inferiores: Presenta lesiones Si ☐ No ☐ N/A ☐ En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física: Si ☐ No ☐ Cuál? _____





Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de niños y niñas según Tanner; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner _____

Posición para el examen: Supina ☐ Prona ☐ Lateral ☐ Otra ☐ Cuál? ☐

_____

Región púbica (vello púbico según Tanner): _____

_____

Labios mayores: _____

_____

Horquilla vulvar: _____

_____

Clítoris: _____

_____

Meato urinario: _____

Vagina: _____

Periné: _____

Región inguinal: _____

Himen (forma, integridad, elasticidad):

Forma del himen:

Anular ☐ Labiado ☐ Semilunar ☐ Fimbriado ☐

Imperforado ☐ Cribiforme ☐ Tabicado ☐ Carúnculas Mirtiformes ☐

Estado del himen:

Íntegro no elástico ☐ Íntegro elástico ☐

Escotaduras ☐ Desgarro reciente ☐ Desgarro antiguo ☐

Descripción bordes y desgarros himeneales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj):

Toma de muestras: Sí ☐ No ☐ Describa _____

Genitales externos masculinos: Desarrollo: Tanner _____

Bolsa escrotal (bilateralmente): _____

Testículos según Tanner: _____

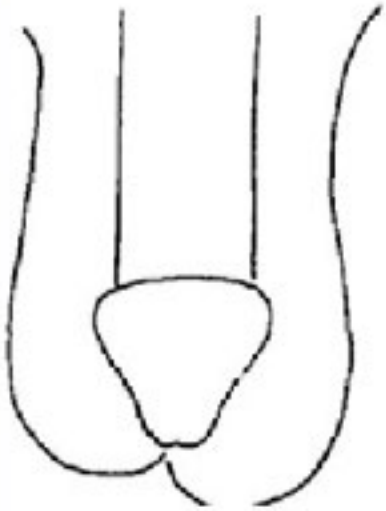
Pene y prepucio: _____

Frenillo: _____

Surco balanoprepucial: _____

Glande: _____

Meato urinario: _____



Toma de muestras: Sí ☐ No ☐ Describa _____

Examen anal y perianal

Posición para el examen: Genupectoral ☐ Supina ☐ Lateral ☐ Otra ☐ Cuál?

Forma: Oval ☐ Circular ☐ Tono: Normal ☐ Hipotónico ☐

Descripción de fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarros, lesiones:

_____

_____

_____

Toma de muestras: Si ☐ No ☐ En caso afirmativo describa _____

_____

5.3 Valoración de embriaguez por alcohol y otras sustancias

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez Si ☐ No ☐

Olores asociados: Aliento alcohólico negativo ☐ discreto ☐ evidente ☐ dudoso ☐ Otros (describa)

_____

Sensorio: _____

Estado de conciencia: _____

Orientación: _____

Atención _____

Memoria: _____

_____

_____

Lenguaje: Disartria: negativa ☐ discreta ☐ evidente ☐ otras alteraciones ☐ Si ☐ No ☐ Cuáles? _____

Ojos: Congestión conjuntival Si hay ☐ No hay ☐

Pupilas: Isocóricas mióticas ☐ midriáticas ☐ diámetro normal ☐ anisocóricas ☐

Observaciones o comentarios:

_____

_____

_____

_____

_____

Estudios solicitados:

Alcoholemia	Si ____	No ____		
Toxicológico en sangre	Si ____	No ____	Toxicológico en Orina	Si ____ No ____
Contenido gástrico	Si ____	No ____		
Contenido vaginal, vulvar y perivulvar	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Contenido rectal	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Contenido bucal	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Contenido genital masculino	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Estudio de ITS por PCR	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
BHCG para diagnóstico de embarazo	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Estudio de manchas en ropas	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Muestra lecho ungueal	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Recolección de vello púbico	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Recolección de material extraño	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____

Toma muestra basal VIH	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Muestra basal VDRL	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____
Muestra basal antígeno de superficie Hepatitis B	Si ____	No ____	NUE: _____	Destino: _____

Profilaxis ITS (Esquema indicado): _____

Profilaxis VIH (Esquema indicado): _____

Derivación para profilaxis (inmunización)

Cuál? Vacuna VPH ____

Vacuna Hepatitis B ____

Anticoncepción de emergencia Si ____ No ____

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS

Fotografías: _____

Diagramas: _____

Radiografías: _____

Ecografías: _____

Otros: _____

E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO

Diligenciar adecuadamente de la cadena en custodia de las evidencias y muestras recolectadas.

F. INTERCONSULTAS

_____

_____

G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Interconsulta: _____
2. Solicitud de medida cautelar: _____
3. Otras recomendaciones: _____

I. NOMBRE, FIRMA, RUT Y CÓDIGO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN

Nombre: _____ RUT: _____ Firma: _____

J. INFORME
(Denuncia)

1. Informe a Fiscalía — Sí ☐ No ☐

Nombre de quien recibe la información: _____ Nº Identificación: _____

_____ Teléfono: _____

Reportado por (Nombre): _____

Fecha: _____ Hora: _____

2. Policía o autoridad que solicita el examen médico forense — Sí ☐ No ☐

Nombre del funcionario: _____ Nº Identificación: _____

Institución: _____ Teléfono contacto: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Número de parte (si se cuenta con el): _____

_____

3. Otro Cuál? Describa _____

Anexo N°3b

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICO - LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

RUT: _____ Fecha y hora: _____

Nombre completo de la persona que examina:

_____

Nombre del Representante Legal: (en casos de examen de niños y niñas y adolescentes o personas discapacitadas) _____

I. Yo _____
una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivan de la imposibilidad de practicarlos, otorgo de forma libre mi consentimiento

Si ☐ No ☐

Solicitado por: _____

II. Como parte de la realización de este examen médico legal autorizo efectuar

☐ Si ☐ No Extracción de sangre o muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios (ADN).

☐ Si ☐ No Extracción de sangre para serología de VIH, Hepatitis B y VDRL.

☐ Si ☐ No Toma de toxicológico en sangre y orina.

☐ Si ☐ No Toma de alcoholemia.

☐ Si ☐ No Realización del registro fotográfico o en video de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.

Hago constar que el presente documento ha sido leído por mí en su integridad, de manera libre y espontánea.

_____

Firma

Anexo N°3c

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICOS - LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DE 14 A 17 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre perito: _____

"Luego de que se me explicó sobre el examen forense y se me resolvieron dudas, entiendo sobre los procedimientos que se pueden llevarán a cabo (examen médico, toma de fotografías, punción con aguja para toma de examenes, orinar en un receptáculo, toma de medicamentos, entre otros), de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivan de la imposibilidad de practicarlos".

Si otorgo de forma libre mi asentir para la realización del examen medico legal ☐

No otorgo mi asentir para la realización del examen medico legal ☐

Nombre del Paciente: _____

_____

Firma del paciente

Anexo N°3d

ACTA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN DE VIOLENCIA SEXUAL Folio N°

1. Denuncia SI ☐ NO ☐
(En caso de menor de 18 años médico obligado a denunciar)

2. Denuncia presentada en:
- ◯ Establecimiento de Salud
- ◯ Carabineros de Chile
- ◯ Policía de Investigaciones
- ◯ Tribunal
- ◯ Dependencia Ministerio Público
- ◯ Gendarmería de Chile

3. Nombre _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

4. Sexo M ☐ F ☐

5. Edad ☐☐ años ☐☐ meses

6. Cédula de identidad ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐

7. Personas que acompaña SI ☐ NO ☐
Nombre _____

6. RUT ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐
Vínculo _____

8. Fecha examen ☐☐ día ☐☐ mes ☐☐☐☐ año

9. Hora examen ☐☐ hora ☐☐ minutos

10. Reconocimiento realizado
- ◯ Examen Físico General
- ◯ Examen Genitourológico
- ◯ Examen Ginecológico
- ◯ Examen Proctológico

11. Muestras tomadas (Marcar con X)
- ◯ Contenido vaginal, vulvar y perivulvar
- ◯ Flujo vaginal
- ◯ Flujo uretral
- ◯ Contenido rectal
- ◯ Orina
- ◯ Contenido bucal
- ◯ Sangre
- ◯ Raspado subungueal
- ◯ Otros _____ (especificar)

12. Exámenes solicitados y/o procedimientos realizados en establecimientos de salud (Marcar con X)
- ◯ Estudio de ADN
- ◯ Estudio de PCR
- ◯ B-HCG
- ◯ Otros _____ (especificar)
- ◯ Imágenes (fotos, videos)
- ◯ Ultrasonografía
- ◯ Culposcopia

_____
Nombre y RUT
Médico que examina

_____
Nombre y timbre
del establecimiento

Anexo N°3e

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TOMA DE MUESTRA Nº_____

I) Identificación de la persona a quien se tomará la muestra biológica

Nombre completo: _____

Cedula de identidad: _____ *Parentesco_____

Fecha Nacimiento: _____ Nacionalidad:_____

Verificación de identidad: Biometría ☐ Ficha Decadactilar ☐

II) ☐ Sistema Nacional de Registro de ADN / Comparativo de ADN ☐

Condenados ☐	Imputados ☐	Victimas ☐	Familiares de Personas Perdidas ☐	Otros: ☐ _____

Notificación/Oficio Nº _____ del _____.-

III) Consentimiento Informado

En este acto consiento proporcionar una muestra biológica a fin de que se determine mi huella genética, según se ordene ya sea ingresar con posterioridad al registro correspondiente según lo establecido en la Ley 19.970 que crea el Sistema Nacional de Registros de ADN y/o quede disponible para análisis comparativos de ADN.

Así mismo, declaro que en este mismo acto y previo al procedimiento de toma de muestra biológica que se me informa que el Sistema Nacional de Registros de ADN tiene carácter reservado, la información contenida en él sólo puede ser directamente consultada por el Ministerio Público y los Tribunales de Justicia, y que bajo ningún supuesto el sistema podrá constituir base o fuente de discriminación, estigmatización, vulneración de la dignidad, intimidad, privacidad o de la honra.

Por último se me informa que la Ley antes señalada y sólo para los registros de condenados e imputados, en caso de negativa de acceder a la toma de muestra dicha negación será puesta en conocimiento del Tribunal de Justicia.

Habiéndose señalado lo anterior, manifiesto y reafirmo mi consentimiento y conformidad con la toma de mi muestra biológica para los fines ya descritos, firmando e imprimiendo mi huella dactilar en señal de aceptación.

_____ Firma

_____ Impresión dactilar

Observaciones: _____

IV) Identificación de la muestra biológica

Tipo de Muestra: _____ N.U.E. _____

Fecha: _____ Hora: _____

V) Completar en caso de rechazo, indicando el motivo.

Manifiesto mi voluntad de rechazar la toma de mi muestra biológica, firmando y/o imprimiendo mi huella dactilar e indicando el motivo.

Motivo del Rechazo: _____

_____ Firma

_____ Impresión dactilar

VI) Identificación del funcionario

_____
Firma Funcionario Toma de Muestra
Nombre:
R.U.N.:

_____
Firma Funcionario 2
Nombre:
R.U.N.:

*solo en caso de Registro de Personas Perdidas y sus Familiares.

ANEXO N°4: CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LOS EQUIPOS[93,94]:

Frente a temáticas relacionadas con la violencia, los profesionales que trabajan con la diversidad que plantea esta problemática pueden presentar, en el ejercicio de su labor, entre otras, desgaste profesional, estrés laboral o burnout, trastornos psicológicos, deserción profesional o abandono del campo laboral en el que se desempeñaba. El panorama se torna más complejo cuando se trata de los equipos de trabajo, puesto que la problemática anteriormente expuesta, los afecta directamente teniendo consecuencias en la supervivencia de los mismos, de sus integrantes y, afectando a su vez, a los consultantes y usuarios.

Freudenberg (1974), define burnout como "un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas" (Freundenberg, 1974 citado en Aaron y Llanos, 2004 p.2). En el mismo sentido, es importante resaltar que el agotamiento profesional no se produce necesariamente por una sobrecarga laboral, más bien se vincula con una desmotivación o pérdida de fe en el ejercicio de la ayuda y servicio hacia otro (Aaron y Llanos, 2004).
El síndrome de burnout, se presenta de forma particular en aquellos que laboralmente se relacionan con las personas en áreas asociadas al servicio, situación que provoca a menudo tensión por la sobrecarga de tipo emocional. Los profesionales más afectados con éste tipo de síndrome se asocian a las áreas de la educación, salud, servicio social, asistencia judicial, salud mental y religión quienes enfrentan diversas consecuencias sintomatológicas ya sea de tipo físico, psicológico, conductual e interrelacional o social.

Algunos de los síntomas físicos se pueden encontrar la manifestación de cansancio superior a lo esperado según las exigencias laborales, fatiga, lentitud, dolores de cabeza, de espalda, alteraciones del sueño y apetito, problemas del aparato locomotor, del aparato digestivo, a la piel y mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades.

Los síntomas conductuales que pudieran observarse son el ausentismo laboral, retraso constante en su ingreso de la jornada de trabajo, aburrimiento, baja tolerancia a la frustración, dificultad para tomar decisiones.

En el ámbito psicológico los profesionales puede presentar desmotivación, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del autoconcepto, visión negativa de la vida y de los demás, culpa, autoinculpación por la falta de logro con los consultantes, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Vivencias que se mueven en los polos de impotencia, de autoculpabilización y culpabilización de otros. Se acompaña además de vivencias de incompetencia (crisis de competencia), y fantasías de abandono o cambio del trabajo.

En cuanto al campo relacional, el estrés laboral de este tipo trae consigo posibles consecuencias tales como mayor irritabilidad con integrantes del equipo de trabajo, aislamiento de sus pares, mostrarse poco abierto a recibir nuevas informaciones.
Finalmente puede que los trabajadores con burnout, producto de su desgaste profesional, establez-

93 Arón, A. y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidad: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares, 5-15.
94 National Child Traumatic Stress Network y National Center for PTSD. (2006). Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas 2da Edición.

can relaciones de dependencia con el alcohol o drogas como un mecanismo anestésico frente a la pérdida de fe o espiritual hacia la realización de su trabajo de servicio.

Autocuidado de los equipos

Las instituciones y directivos que tengan a cargo equipos de trabajo que se relacionen con temáticas vinculadas a delitos sexuales, deberán crear estrategias y condiciones que promuevan el autocuidado de cada uno de sus miembros, fortaleciendo factores protectores que faciliten una mejor calidad de vida.

1. Es recomendable que los funcionarios que trabajen con víctimas de delitos sexuales, deberán tengan un registro donde expresen sus malestares físicos y psicológicos emergentes a partir de la realización de su labor. El registro será de carácter personal y su información podrá conocerla su jefe o responsable directo, y sólo bajo el consentimiento del propio afectado, podrá darse a conocer al equipo de trabajo. El registro deberá ser revisado periódicamente por la persona responsable del funcionario, y si así fuese pertinente, en conjunto con el equipo de trabajo, con el fin de abordar posibles conflictos de manera oportuna y adecuada.

2. Los directivos o jefaturas deberán facilitar instancias en las que, los trabajadores que ejerzan labores con víctimas de violencia sexual, puedan vaciar y descomprimir la información que hayan recibido con fuerte impacto emocional, favoreciendo la salud mental del operario. Lo anterior debe realizarse en un lugar adecuado para ello, debe ser hecho entre pares, por personas que comprendan el tipo de problemas que le puedan estar afectando al trabajador, por tanto, que puedan contener el relato de la situación traumática.

3. Las instituciones y jefaturas que tengan equipos que trabajen con víctimas de violencia sexual, deberán promover acciones que permitan a los operarios sociales realizar actividades que estén absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo.

4. Se deberá promover e incentivar que los operarios de víctimas de violencia sexual, en sus tiempos libres, elijan temáticas relacionadas con violencia como forma de poder recrearse o distraerse.

5. No será labor de las jefaturas o directivos de los equipos de trabajo, supervisar, promover y educar a los integrantes de los equipos que trabajan con víctimas de violencia sexual, la importancia que los miembros de sus equipos no contaminen por saturación a sus redes personales de apoyo, esto como un factor protector a fin de que no corran el riesgo de producir un distanciamiento y finalmente la pérdida de quienes componen dicha red.

6. Las instituciones, directivos y jefaturas, deberán entregar información de cursos, talleres, programas de estudios u otros que den formación en aquellas perspectivas teóricas y modelos que provean de destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultante con los cuales los profesionales y operarios sociales de víctimas de delitos sexuales se enfrentan diariamente, teniendo cada uno de los miembros de los equipos, la facultad de decidir libremente el tipo de formación que quiere recibir en relación a las áreas que el trabajador considere relevantes para su desempeño laboral.

7. Ubicación de la responsabilidad donde corresponda. Evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros.

8. Los integrantes de equipos de trabajo, deberán realizar una autoevaluación que dé cuenta de cuán cómodos se sienten respecto a las diferentes situaciones que experimentan mientras ejercen sus labores con víctimas de violencia sexual.

9. Como una medida de prevención, se evaluará el estatus de salud física y emocional de los trabajadores de víctimas de violencia sexual de forma periódica, de manera que ésta sea compatible con las funciones que estos desempeñan.

10. Evaluar si el proveedor de asistencia a las víctimas de violencia sexual, cuenta con redes de apoyo a nivel familiar y de relaciones interpersonales que le brinden contención ante situaciones difíciles, incidiendo de manera favorable en el desempeño de sus funciones de forma responsable y oportuna en el ejercicio de su trabajo, y otorgándole una mejor calidad de vida.

11. El equipo de trabajo deberá realizar algunas actividades que promuevan el cuidado propio, incluyendo el manejo de recursos personales; tener hábitos de vida saludable que tiendan a la realización de ejercicios, alimentarse y relajarse en forma adecuada; utilizar con regularidad las herramientas de manejo del estrés, tales como reuniones de supervisión periódica para compartir preocupaciones, identificar experiencias difíciles y formular estrategias para resolver problemas; practicar técnicas breves de relajación durante las horas de trabajo; usar el sistema de amigos para compartir respuestas emocionales angustiantes; ser consciente de las limitaciones y necesidades dentro del ambiente laboral; ser capaz de reconocer cuando se tiene hambre, rabia, se siente solitario o está cansado y tomar las medidas apropiadas de cuidado propio; aumentar las actividades positivas; practicar la religión, filosofía y espiritualidad; invertir tiempo con la familia y los amigos; aprender cómo "manejar el estrés"; realizar actividades artísticas tales como escribir, dibujar o pintar; limitar el consumo de cafeína, tabaco o sustancias.

12. En la medida que sea posible, el profesional debe poner todo su esfuerzo en auto supervisarse y determinar el ritmo de sus esfuerzos; mantener límites, es decir, tener la capacidad de delegar, aprender a decir no y evitar trabajar con demasiadas víctimas de delitos sexuales por turno; trabajar con compañeros o en equipos; tomar descansos para relajarse, manejar el estrés, cuidarse físicamente y refrescarse; tratar de ser flexible, paciente y tolerante; aceptar el hecho de que no puede cambiarlo todo.

13. El profesional debe evitar trabajar solo, sin colegas, por periodos extensos de tiempo; hablarse negativamente a sí mismo reafirmando sentimientos de incapacidad o incompetencia; usar comida/sustancias como método de apoyo; tener actitudes comunes que obstaculizan el cuidado propio como no tomarse tiempo para descansar, pensar que las necesidades de las víctimas de delitos sexuales son más importantes que las propias; o exacerbar sus capacidades sintiéndose el único capaz de realizar determinada labor.

14. Será deber del equipo de trabajo dedicar todo su esfuerzo a buscar y dar apoyo social; comunicarse con otro personal de área para hablar del trabajo que realizan; aumentar el apoyo entre colegas; prepararse para cambios en su visión del mundo, los cuales no necesariamente serán compartidos por quienes lo rodean; pedir ayuda formal -en caso de necesitarlo- como consecuencia de trabajar con temáticas relacionadas a delitos sexuales; aumentar las actividades recreativas, el manejo de estrés y el ejercicio; atender en forma especial su salud y nutrición; prestar especial atención al restablecimiento de las relaciones interpersonales cercanas; practicar buenas rutinas de sueño; dedicar tiempo para la auto reflexión; aceptar ayuda de los demás, sean estos usuarios o colegas; buscar actividades de las cuales disfruta o que lo hagan reír; in-

tentar de vez en cuando no ser el jefe o el "experto"; aumentar las experiencias que tienen significado espiritual o filosófico propias; anticiparse al hecho de que como profesional u operador social va a experimentar pensamientos o sueños recurrentes y que éstos van a disminuir con el tiempo; escribir en un diario para liberar la mente de preocupaciones.

15. El profesional que trabaja con víctimas de delito sexual debe dedicar todo su esfuerzo a evitar el uso excesivo de alcohol, drogas ilegales o cantidades excesivas de medicamentos recetados; y de evaluar negativamente su contribución al trabajo realizado.

Cuidado de los equipos

Es de responsabilidad de los niveles directivos y de las instituciones que tengan equipos de trabajo que realicen labores asociadas a violencia sexual, crear y asegurar las condiciones que promuevan el cuidado de éstos mediante estrategias orientadas a fortalecer condiciones de seguridad mínimas en relación al desempeño laboral, estilos de liderazgo y de supervisión en los lugares de trabajo.

En concordancia con lo anterior, se recomienda a los niveles directivos y las instituciones, considerar las siguientes indicaciones:

1. Asegurar a los miembros del equipo de trabajo las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo, teniendo un especial cuidado cuando la labor a desempeñar se realizará en comunidades de alta vulnerabilidad y con usuarios que pueden ser peligrosos.

2. Se deberán tomar los resguardos necesarios para que ningún profesional permanezca solo en el lugar de trabajo, especialmente fuera de los horarios habituales. Asegurarse que la disposición de las mesas y sillas en las salas de atención posibiliten el escape al profesional en caso de peligro, por ejemplo, no ubicarse contra la pared, acorralado por una mesa y lejos de la puerta.

3. Facilitar espacios de vaciamiento y descomprensión cotidianos en relación a los casos y las problemáticas recibidas. Esto implica considerar dentro de las funciones de los operadores el poder descomprimirse con un colega durante las horas de trabajo, idealmente en forma inmediata a la recepción de relatos traumatizantes.

4. Asegurar espacios de vaciamiento y descomprensión estructurados, en relación a los casos y temáticas recibidas. Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más contaminantes. Esto puede ser en reuniones técnicas, supervisiones de casos, reuniones clínicas. Este vaciamiento más estructurado permite además la comunidad de ideas y el compartir modelos conceptuales que aseguran un mejor conocimiento entre los conformantes de los equipos de trabajo.

5. Compartir la responsabilidad de las decisiones riesgosas que debe tomar cada miembro del equipo, en especial frente aquellas situaciones en que la vida o integridad de los usuarios se encuentra en riesgo, tales como, decisión en relación a la internación, realización de una interconsulta psiquiátrica, desinternaciones, riesgos de suicidio, homicidio y de abuso. El dialogo, supervisión y reflexión en torno a temáticas como las recién mencionadas, hará que todo el equipo sea quien asuma la responsabilidad por las consecuencias de las decisiones tomadas. Lo anterior se realizará con el propósito de reducir el posible desgaste que los miembros del equipo u operarios sociales puedan tener a raíz de la implicancia que tiene asumir la responsabilidad única frente a decisiones de problemáticas con alguna probabilidad de tener desenlaces fatales..

6. Compartir la responsabilidad de las acciones que ponen en riesgo la vida e integridad de los profesionales, como por ejemplo visitas domiciliarias, notificaciones, firma de informes que ratifican violaciones, abusos. Estas acciones pueden protegerse por ejemplo cuando es el jefe del equipo quien firma los informes, cuando se protege la identidad de los operadores implicados en un caso, cuando debe hablarse con las autoridades judiciales.

7. Para el establecimiento de relaciones de confianza entre los miembros del equipo se deberán crear espacios de distensión en áreas libres de contaminación temática que permitan una interacción más libre y no relacionada solamente con las temáticas de trabajo.

8. Entendiendo que los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tienden a silenciar los conflictos se promoverá un modo más dialogante y democrático en las relaciones humanas de los equipos.

9. Desarrollar estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos, es decir, fomentar estilos de supervisión que genere confianza, permitiendo el vaciamiento y la autoexpresión de los profesionales a propósito de las personas atendidas. Evitar estilos de supervisión persecutorios que generen desconfianza y desaprovechamiento de los espacios naturales de vaciamiento para el equipo.

10. Desarrollar estrategias de resolución de conflictos de manera constructiva, fomentando un estilo asertivo y no agresivo, proveyendo un clima protegido dentro del cual puedan plantarse puntos de vista diferentes sin temor a represalias, y desarrollando destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.

11. Se deberá llevar un registro que permita reconocer la visibilización de la traumatización de los equipos, con el fin de pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas contaminadores.

12. Se generarán espacios protegidos para la explicitación y resolución de los problemas surgidos al interior de los equipos.

13. El estilo de liderazgo a ejercerse dentro de los equipos que trabajan con violencia sexual, será aquel que propenda al establecimiento de ambientes protectores y que se preocupe por las necesidades del equipo. El líder deberá proveer los recursos necesarios para realizar bien el trabajo. Será sensible y flexible en relación a temas familiares, capaz de reconocer los aspectos positivos y demostrar sensibilidad para dar retroalimentación negativa, tener confianza en el profesional y hacérselo saber, interesarse activamente por su trabajo, defender la posición de los profesionales frente a la institución, comunicar claramente sus expectativas, adecuar las tareas al nivel de habilidades de cada profesional, ser emocionalmente estable (calmado, buen humor), ser experto y entregar ayuda técnica cuando se necesita, estar disponible cuando se lo necesita. El jefe será abierto y honesto, por tanto, los profesionales confiarán en él o ella.

14. Se crearán y promoverán redes de apoyo que faciliten la formación continua de los miembros de los equipos que trabajen con víctimas de violencia sexual, estableciendo actividades de perfeccionamiento que contribuyan a mejorar el clima laboral, tanto porque representa espacios de crecimiento profesional como porque nutre a la comunidad con ideas y marcos teóricos en relación a los problemas que deben enfrentarse.

15. Con el objetivo de facilitar la comprensión y comunicación al interior de los equipos de trabajo, se promoverá la creación de estrategias que permitan dar a conocer a los todos los miembros la ideología o cultura organizacional que guía las acciones y conceptualizaciones de la institución, reduciendo así, la ambigüedad y el conflicto al interior del entorno de trabajo.

16. Se sugiere monitorear, apoyar y supervisar de manera constante a los miembros del equipo de trabajo que recién comienzan y vinculan con temáticas de violencia sexual.

17. Incorporar rituales de bienvenida y despedida de miembros de los equipo. Crear procesos de inducción que les permita a los nuevos integrantes vincularse con el resto del equipo de forma expedita, ayudándole a entender la cultura organizacional y permitiéndole al resto de los profesionales hacer un espacio al recién llegado. Ante vivencias de despedida, voluntaria u obligada, se deberán establecer rituales que faciliten la elaboración de estas experiencias y contribuyan a mantener los climas laborales sanos, evitando el rumor. Finalmente como factor protector se crearán estrategias de rituales que marquen cambios en los ciclos de desarrollo los equipos o de las instituciones con el fin de preservar la sobrevivencia, el crecimiento y la diferenciación de los grupos de trabajo.

18. Las instituciones y niveles directivos deben asegurar la reducción de los riesgos de estrés extremo al proporcionar apoyo y atención a las víctimas de delitos sexuales, incluyendo como medidas para cumplir con su objetivo, las siguientes: limitar los turnos de trabajo; rotar a los proveedores desde asignaciones de alta exposición a niveles menores de exposición; obligación de asignar tiempo libre dentro de su jornada laboral; designar suficientes proveedores en todos los niveles, incluyendo administración, supervisión y apoyo; fomentar el compañerismo y la asesoría entre los proveedores; supervisar a los proveedores que reúnen ciertos criterios de alto riesgo, entre los que se incluyen a aquellos que están expuestos regularmente a personas o comunidades severamente afectadas, y aquellos con estreses múltiples, incluyendo a quienes han respondido a muchos eventos adversos en un periodo corto de tiempo; establecer supervisión, reuniones para tratar casos y eventos de apreciación al personal; conducir entrenamientos sobre prácticas de manejo de estrés.

19. Con el fin de ayudar al equipo de trabajo a procesar las experiencias vividas con alto contenido emocional, las instituciones y directivos deberán instar a sus trabajadores a que busquen consejería cuando lo necesiten, además de proveerles información de servicios médicos o de especialistas. De la misma forma, deberán proveer educación acerca del manejo del estrés; facilitar formas en que los profesionales y operarios sociales se puedan comunicar entre sí. Finalmente los trabajadores deben contar con información acerca de los aspectos positivos de su labor.

ANEXO N°5: INSTRUCTIVO DE CADENA DE CUSTODIA

El formulario denominado Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia debe acompañar en todo momento a la evidencia.

CONCEPTO DE CADENA DE CUSTODIA

Es la secuencia de actos mediante la cual los objetos, documentos, armas o instrumentos, como así mismo huellas, rastros o señales de cualquier clase que parezcan haber servido o haber estado destinados a cometer el delito y los efectos que de él provengan, son asegurados, trasladados, analizados y almacenados para evitar que se pierdan, destruyan o alteren y así, dar validez a los medios de prueba. La cadena de custodia debe ser observada, mantenida y documentada.

Es un procedimiento que tiene el propósito de garantizar la integridad e inalterabilidad de elementos, desde el momento en que son obtenidos del paciente, ya sea víctima o imputado, hasta que son entregados a algún funcionario de Fiscalía o de alguna Policía.

CADENA DE CUSTODIA

La Cadena de Custodia debe individualizar inequívocamente la especie, así como registrar e identificar en forma completa e ininterrumpida, a todas las personas que estuvieron o están a cargo de la custodia de la misma.

Características:

- Sistema de control de cada paso de la evidencia.
- Sistema que permite conocer en cualquier etapa, en dónde se encuentra la evidencia, quién la tiene y su estado y motivo de la tenencia.
- Se expresa en un Formulario que acompaña en todo momento a la evidencia, de forma ininterrumpida, llamado Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia EL cual tiene asignada una numeración única (NUE).
- Cada persona que tuvo la evidencia en su poder, tiene la obligación de registro, cuidado y vigilancia de ella.

SISTEMA DE CADENA DE CUSTODIA EN CASO DE PROCESO PENAL

Incluye los siguientes formularios:

a. Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia con NUE.

b. Hoja Nº____ / del Formulario de Cadena de Custodia (segundas hojas).

c. Anexo Complementario del Formulario de Cadena de Custodia para grandes volúmenes de evidencia.

d. Sello de la Evidencia.

REGLA

Los encargados de la custodia NUNCA deben romper los sellos o los empaques, sólo deben recibir el contenedor y verificar que esté en buen estado, correctamente sellado y guiarse por lo estampado en el "Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia".

PARTICIPANTES

El personal que adopta el procedimiento, así como policías y aquellas personas que reciban y mantengan transitoriamente la evidencia, tanto en las Unidades de Emergencia Hospitalaria, SAPUS u otros lugares de atención (Salas de Reanimación, Salas de Acogida, Boxes de Atención, Pabellones de Cirugía, otras dependencias donde se puede tomar evidencia, etc.) hasta su llegada a los cuarteles o depósitos de evidencias, determinados por Fiscalía.

CONSIDERACIONES

Es importante comprender que es responsabilidad de todo funcionario o profesional de una institución del Estado que toma contacto con evidencia el resguardarla, así como completar el Formulario ad hoc, mientras esté transitoriamente en su poder.

El desconocimiento de las Normas para el manejo de la Cadena de Custodia no exime de responsabilidad legal y administrativa al miembro de cualquier institución que deba asumir este rol.

1. La Cadena de Custodia se inicia en el mismo lugar de la obtención de la evidencia, por el Funcionario o Profesional o Autoridad que toma contacto con ella o que se constituya en el Sitio del Suceso, no importando su rango o cargo.
2. Los procedimientos de manejo de la Cadena de Custodia deben aplicarse a toda evidencia, cualquiera sea su naturaleza (papel, arma, bala, ropa, cadáver, vehículo, etc.).
3. El registro de antecedentes solicitados debe ser efectuado de puño y letra por todos y cada uno de las personas o personal policial, que en forma sucesiva han tomado contacto con la evidencia.
4. Es muy importante dejar en claro que el Formulario de Cadena de Custodia acompaña en todo momento a la evidencia, no existiendo copias ni recibos ni documentos que lo sustituyan. Queda claro que el extravío del Formulario puede causar tantos problemas como el extravío de la Evidencia.

a. FORMA DE REGISTRAR EN EL RÓTULO Y FORMULARIO ÚNICO DE CADENA DE CUSTODIA CON NUE

En el "Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia", sólo se pueden ingresar evidencias de una misma naturaleza y relacionadas con un mismo procedimiento, pues se entiende que el destino de las mismas será común para ellas, particularmente en lo que a pericias se refiere.

Ej.: Pueden incorporase en un solo formulario diferentes manchas de sangre, pues el destino de las mismas será común para ellas, particularmente a lo que a pericias se refiere.

No confundir con las técnicas de embalaje de la evidencia, pues éstas siempre deben ser embaladas por separado para evitar la contaminación de ellas.

El formato cuenta con un "Número Único de Especie o Evidencia", denominado N.U.E. Este corresponde a un número que viene prefoliado, irrepetible (entre diferentes formularios) y universal, lo que permite codificar la evidencia desde el primer momento y a la vez organizar a los intervinientes de todas las instituciones afines a una investigación, facilitando a la vez la comunicación entre ellos.

El Formulario Único de Cadena de Custodia con NUE, consta de tres secciones o pasos

- Rótulo
- Sellado
- Inicio de la Cadena de Custodia

Así se garantiza que toda evidencia cuente con su rótulo y cadena y número único. Además se diseñó un formulario de continuación de cadena de custodia (segundas hojas) de ser necesario.

El formulario cuenta, en su parte SUPERIOR, con 4 estampillas pre-picadas con el NUE. Se adhieren a cada uno de los contenedores (envases primarios) de las muestras, las cuales deben ser todas de una misma especie o estar destinadas a una misma entidad que almacenará o periciará. El Rótulo se adhiere al contenedor secundario, dentro del cual van los contenedores primarios con su estampilla respectiva. Todo esto con el objetivo de tener mayor precisión en la identificación de las especies.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO

Este formulario cuenta con los siguientes campos o parámetros a completar de puño y letra del funcionario de salud o del SML o policial que levanta la evidencia.

SECCIÓN SOBRE EL PREPICADO

Contempla información general acerca de la evidencia.

Su principal característica es que en el reverso de esta sección existe una zona autoadhesiva, lo que permite realizar dos pasos en uno: rotular y sellar el empaque de la evidencia. Es OBLIGATORIO sellar siempre la boca o costado del empaque con esta zona autoadhesiva, habiendo previamente completado las inscripciones que a continuación se detallan.

- **R.U.C.** Corresponde al Rol Único de la Causa, el cual es generado por el Ministerio Público. Debe completarse sólo si el funcionario que inicia la Cadena de Custodia cuenta con él, en caso contrario será estampado a su debido momento por la Fiscalía.
- **N.U.E.** Este constituye el Número Único de la Evidencia, generado automáticamente a través del formulario y que como ya se ha señalado viene prefoliado y es irrepetible (entre formularios) a nivel nacional.
- **DELITO** En este punto señalar el hecho denunciado. Ej.: robo.
- **FECHA** Corresponde al día, mes y año en que se inicia la cadena de custodia. Ej.: dd-mm-aa.
- **HORA** Aquí se utiliza la hora en que se inicia la Cadena de Custodia, considerando desde las 00:00 hasta las 23:59 horas. Ej.: 18:30 horas.
- **LUGAR EXACTO DEL LEVANTAMIENTO U OBTENCIÓN** Señale el lugar donde se obtuvo la evidencia.

  Ej.: Unidad Clinico Forense, Unidad de Emergencia Adultos, Pabellón Pediatría, Box de Maternidad, SAPU, Sexología Forense del SML, etc.

  Recuerde identificar al Establecimiento de Salud u otra institución de que se trata.

  Ej.: Hospital de Carabineros, SML de Linares, SAPU San Benito, CESFAM La Estrella, etc.
- **ESCRIPCIÓN DE LA ESPECIE** Breve descripción de la evidencia. Ej. Trozo de camisa en relación a herida de bala.

- **N° PARTE y UNIDAD POLICIAL** Dado por la policía, si lo tiene. Si no es así, se recomienda anotar en el Número de Oficio mediante el cual el Tribunal o Fiscalía solicita la pericia.
- **LEVANTADO POR** Nombre completo del funcionario que levanta la evidencia.
- **RUN** Número de la Cédula Nacional de Identidad de quien levanta la evidencia.
- **CARGO** Se refiere al cargo que tiene el funcionario que levantó la evidencia.
- **OBSERVACIONES** Señalar cualquier dato o antecedente relevante si los hubiere.

  Ej.: Estado de la evidencia (la prenda presenta cortes producto de maniobras médica, muestra húmeda, etc.)
- **FIRMA** Del funcionario que levantó la evidencia y debe coincidir con la que se encuentra en su Cédula Nacional de Identidad.

SECCIÓN BAJO EL PREPICADO

Contempla la información de todos los movimientos que ha tenido la especie en custodia. Se denomina Eslabón a cada segmento donde se inscribe cada persona cuando traspasa la evidencia. Es posible desprender esta parte, para consignar la información requerida, manteniendo la precaución de no extraviarla.

- **N.U.E.** Verificar que el número sea idéntico al ubicado sobre el prepicado.
- **Descripción de la Especie** Breve descripción de la evidencia (igual a la efectuada en el rótulo y copiada lo más fidedigna posible)
- **Fecha** Día, mes y año en que se entrega materialmente la muestra a otra persona. Concuerda con la fecha inscrita en el Rótulo si queda bajo custodia de quien levantó las muestras inicia la cadena de custodia. Ej.: dd-mm-aa.
- **Hora** Hora y minuto en que se inicia la cadena de custodia. Ej: 18:30.
- **Entrega** Se refiere a quien entrega la Cadena de Custodia.
- **Recibe** Se refiere a quien recepciona la Cadena de Custodia.
- **Unidad** Corresponde a la Unidad o Institución a la que pertenece el funcionario que entrega y/o recibe la Cadena de Custodia.
- **NOMBRE Y GRADO Y RUN** Del funcionario que manipula la evidencia.
- **Motivo del Traslado** En este rubro existen casilleros que pueden marcarse con una "X", indicando el motivo del movimiento o traslado de la especie, ya sea para peritaje, custodia o traslado de ésta (lo anota el que recibe la evidencia).
- **Firma** Se refiere a la firma inscrita en la Cédula de Identidad y que pertenece a quien ha completado los datos descritos precedentemente y que efectúan la entrega y recepción material de la Cadena de Custodia.
- **Timbre** Propio del organismo o institución a la que pertenece el funcionario que entrega o recibe la evidencia.
- **Observaciones** Registrar cualquier dato o antecedente revelante, tal como se indicó con anterioridad, o salvar cualquier error ortográfico o de escritura durante el llenado. Este campo además es el espacio que permite dejar constancia de cualquier anomalía relacionada con el empaque o los sellos.

REVERSO DEL FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA BAJO PREPICADO

Bajo el prepicado hay una zona destinada igualmente a continuar con los registros de la Cadena de Custodia. Consta de 5 párrafos o eslabones/segmentos.

FORMULARIO NULO

En el caso de cometer un error al escribir en el Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia o Formulario NUE, éste no debe ser enmendado, sino que debe anularse estampando en el mismo formulario y en diagonal la palabra "NULO".

Se procederá a guardarlo en una carpeta o archivador que se debe llevar para estos fines y se dejará constancia de ello en el libro o sistema de registro que la institución ha dispuesto para el control de todos los formularios utilizados y/o anulados.

Siendo así, en caso de un Formulario NUE declarado NULO, se procederá según protocolo local y se utilizará el Formulario NUE siguiente.

Cabe señalar que existe un Encargado de Cadena de Custodia en dependencias de cada Servicio de Salud del país y quien dentro de sus funciones tiene a cargo el recibir y definir el lugar preciso de la custodia de los Formularios declarados "NULOS", que provengan de los Establecimientos de Salud correspondientes a su territorio.

b. HOJA Nº__/ DEL FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA (SEGUNDAS HOJAS)

Esta hoja es para continuar con la Cadena de Custodia y se utiliza una vez que se acaban los recuadros para realizar los registros de entrega y recepción de la especie. NO CONSTITUYE ROTULO. Se debe registrar conforme a las instrucciones ya indicadas para la entrega y recepción de la Cadena de Custodia.

En cada una de estas hojas existe un espacio en blanco para incorporar el N.U.E. _____/ de la especie que trata dicha Cadena de Custodia. Este espacio está ubicado en la parte superior derecha donde se debe consignar manualmente el NUE, a modo de mantener el nexo entre todas las hojas asociadas al formulario.

Se debe asignar además a cada primera hoja de continuación un número correlativo y se debe pegar o corchetear al Formulario NUE para mantener el nexo.

Ej.: el Nº 1 a la primera hoja anexada y si ella se completa, se utiliza una segunda hoja con el Nº 2 y así sucesivamente.

c. ANEXO COMPLEMENTARIO DEL FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA PARA GRANDES VOLÚMENES DE EVIDENCIA

En aquellos casos en que el funcionario se vea enfrentado a grandes volúmenes de evidencia y requiere efectuar un detalle de todas las especies obtenidas, dará uso a este último formato complementario al Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia (NUE), con el fin de optimizar el trabajo pericial del Sitio del Suceso y facilitar la entrega de gran cantidad de especies de un mismo tipo.

Ej. 50 tarros de pintura, los que pueden ser de distintas marcas y colores.

Este Anexo permite registrar grandes volúmenes de evidencia y ordenarlas de acuerdo a las necesidades o a determinados criterios, pudiendo ser registrado uno por uno, por color o marca u otro sistema de clasificación.

Siempre se debe inscribir el NUE _____/ en el espacio disponible en el extremo superior derecho del formulario y que debe coincidir con el NUE del Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia asociado a la evidencia.

Indicaciones complementarias para completar el Anexo

- Si existen o quedan espacios en blanco, se deberán anular con una raya o guión, desde cada renglón y a continuación de la última palabra del texto escrita, hasta el final del documento.
- Si existe referencia a cantidades o cifras, se expresará en letras y seguidamente se anotará el número entre paréntesis.
- Este formulario de registro debe ser custodiado o guardado, como una evidencia más.
- En este formulario no se admiten borrones, enmendaduras, espacios ni líneas en blanco o interlineaciones (palabras o signos entre líneas).

Este Anexo se utiliza cuando en la Cadena de Custodia no pueden ser registradas todas las especies incautadas, debido a que el espacio para la descripción de la especie, tanto en el Rótulo como en Formulario de Cadena de Custodia se hace insuficiente.

Este Anexo debe ser incorporado por quién levanta las especies en el lugar de la incautación, es decir, por quien inicia la Cadena de Custodia.

d. SELLO DE LA EVIDENCIA

Sirve para cerrar los contenedores después que las evidencias son periciadas o analizadas.

Se debe tener presente que cuando una especie se recibe para una pericia o análisis, nunca debe abrirse el contenedor rompiendo su Rótulo. Siempre se debe abrir por un costado y luego de la revisión o análisis se debe cerrar con el "Sello de Evidencia". Por eso este Sello de Evidencia es autoadhesivo en su reverso.

En este Sello se debe marcar con una X el Logo de la Institución a la que pertenece el funcionario que está sellando nuevamente el contenedor.

Además se debe registrar el nombre, R.U.N. y firma de quién sella el contenedor.
En la parte posterior existe un espacio para las Observaciones, donde debe registrarse claramente el motivo por el cual un determinado funcionario abrió el contenedor.

N.U.E.: 04241601 N.U.E.: 04241601 N.U.E.: 04241601 N.U.E.: 04241601

FISCALIA

ROTULO Y FORMULARIO UNICO DE CADENA DE CUSTODIA

(Acompaña a la evidencia en todo momento)

R.U.C: _____-___
R.I.T.: _____-___

N.U.E.: Nº 04241601

Delito:

Fecha: Hora: Direccion del S.S.

Lugar Exacto del Levantamiento u obtención:

Descripción de la especie:

Doblar aqui en caso de ser necesario

N° Parte: Unidad Policial:

Levantado por: R.U.N. CARGO:

Observaciones: FIRMA:

Cortar solamente si fuese necesario - Recuerde registrar el NUE y/o pegar el sello en el Acta de toma de Muestra

CADENA DE CUSTODIA

FISCALIA

Descripción de la Especie:

N.U.E.: Nº 04241601

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	RUN	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje Custodia Traslado	
HORA	RECIBE					

Observaciones:

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	RUN	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje Custodia Traslado	
HORA	RECIBE					

Observaciones:

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	RUN	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje Custodia Traslado	
HORA	RECIBE					

Observaciones:

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	RUN	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje Custodia Traslado	
HORA	RECIBE					

Observaciones:

FISCALIA

HOJA Nº _____ / DEL FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA

N.U.E. _____ /

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones :

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones:

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones:

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones :

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones :

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones :

FECHA		UNIDAD	NOMBRE Y GRADO	R.U.N	MOTIVO TRASLADO	FIRMA Y TIMBRE
	ENTREGA				Peritaje	
HORA					Custodia	
	RECIBE				Traslado	

Observaciones :

FISCALIA

ANEXO COMPLEMENTARIO DEL FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA GRANDES VOLUMENES

N.U.E. _____ /

N°	DESCRIPCION DE LA EVIDENCIA	LUGAR DEL LEVANTAMIENTO

OBSERVACIONES:

SELLO DE LA EVIDENCIA

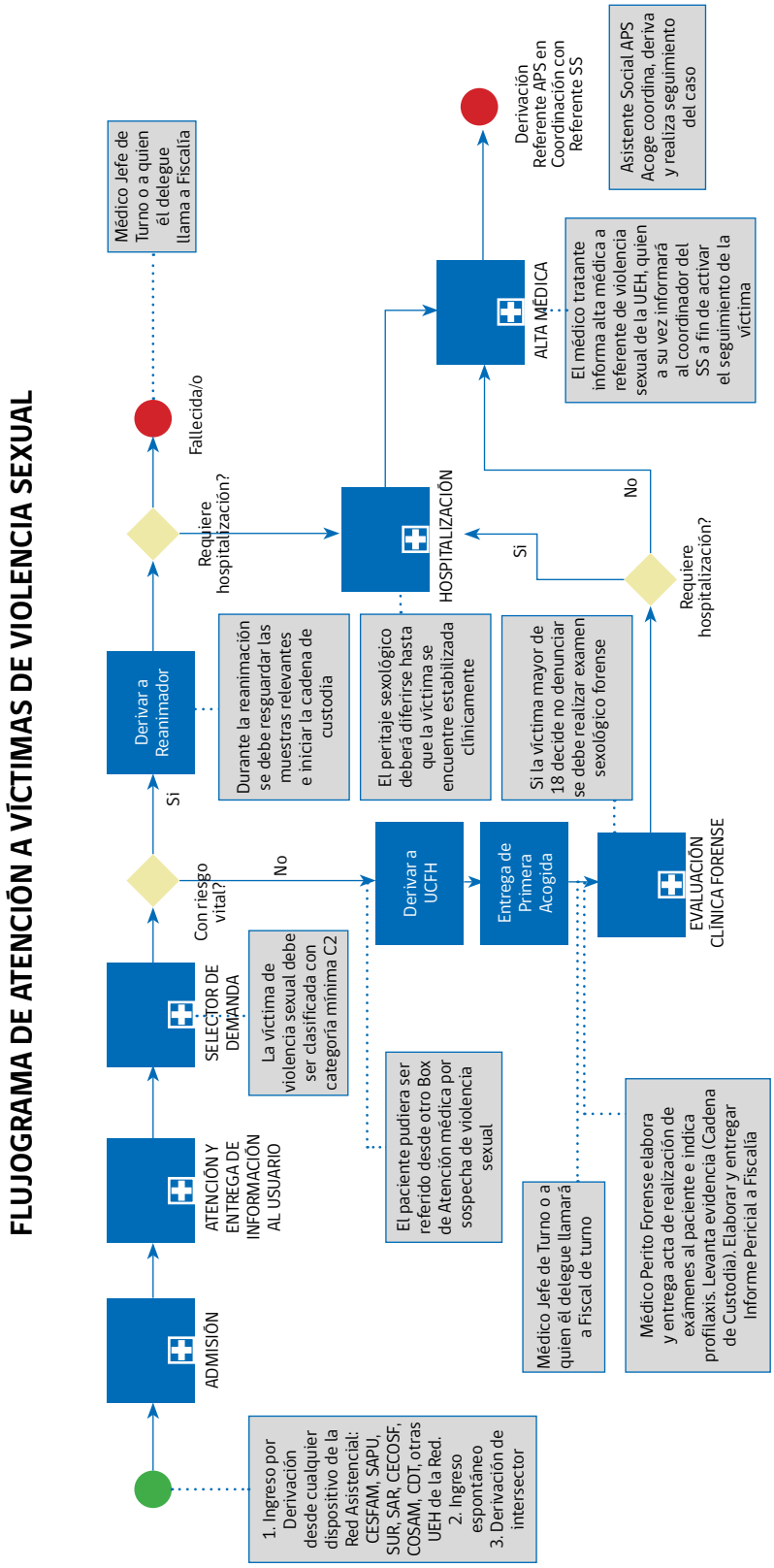
MARQUE EL LOGO DE LA INSTITUCION QUE CORRESPONDA EN EL RECUADRO

FISCALIA

SELLADO POR: _____ R.U.N.: _____ - ___

FIRMA _____

ANEXO N°6: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO



APRUEBA NORMA GENERAL TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.-

RESOLUCIÓN EXENTA N° 3849

SANTIAGO, 30 AGO 2016

VISTOS: El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834 de 1989 sobre Estatuto Administrativo, las facultades que me confieren los artículos 2, 3 letras a) b) , y 7 letra d) la Ley N° 20.065 sobre Modernización, Regulación Orgánica y Planta del Personal del Servicio Médico Legal; el Decreto Supremo N° 580 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que aprueba Reglamento Orgánico del Servicio Médico Legal , los artículos 361 a 366 quinquies 367 a 372 ter y 375 del Código Penal; los artículos 11, 198, 199 bis del Código Procesal Penal y lo señalado en la resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República .

CONSIDERANDO:

1.- La necesidad de actualizar permanentemente los contenidos técnicos de las guías y normativas aplicables a la actuación de los profesionales que deban practicar reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas relativas a hechos de violencia sexual, mejorando especialmente, la oportunidad y calidad del examen de sexología que es requerido por los Organismo Jurisdiccionales y de Investigación, en materia de delitos sexuales

2.- Que, es deber del Estado Chileno fortalecer las coordinaciones intersectoriales en esta materia, integrando la actuación de sus Servicios Públicos, con la finalidad de brindar una atención de calidad, propendiendo a disminuir la victimización secundaria[1], y velando por garantizar la dignidad de la persona en cada uno de sus procedimientos.

---

[1] Entendida como aquella que corresponde a todos los agravios padecidos en sede institucional por víctimas que se ven obligadas a tener contacto con los profesionales de los servicios sociales, policiales, de la judicatura, investigadores, representantes de los medios de comunicación, etc. [illegible] del sufrimiento adicional del [illegible] por parte de los medios de comunicación", [illegible] el proceso judicial y de [illegible] en [illegible]; Robert Hall, Victimología, Metodología de Víctimas, Instituto de Criminología (1986)

3.- Que, de acuerdo a lo anterior, a fin de materializar el compromiso público, se sumaron esfuerzos y durante el año 2014, el Consejo Nacional de la Infancia, a través de su Secretaría Ejecutiva, convocó a una mesa intersectorial y multidisciplinaria que trabajó y desarrolló diferentes mecanismos destinados a garantizar el acceso oportuno al examen de sexología forense, poniendo énfasis en la calidad de las exigencias técnicas pertinentes, - enfoque de derechos - y en el diseño de procesos de atención considerando que consideraron como eje central las necesidades de las víctimas

4.- Que, resultado de los esfuerzos conjuntos precedentemente expuestos, se elaboró una norma integral, en la cual se han incorporado tanto las primeras respuestas en atención a víctimas de violencia sexual, como aquellas propiamente forenses, que, ajustadas a la normativa penal vigente sobre delitos sexuales, permitirán un eficiente apoyo a la gestión investigativa y judicial, considerando especialmente relevante el trato adecuado y la salud de las víctimas de delitos sexuales.

5.- Que, el Artículo 2° de la Ley N° 20.065 que fija el texto de la Ley de Modernización, Regulación Orgánica y Planta del Servicio Médico Legal señala que el objeto del Servicio Médico Legal será asesorar técnica y científicamente a los órganos jurisdiccionales y de investigación, en todo el territorio nacional, en lo relativo a la medicina legal, ciencias forenses y demás materias propias de su ámbito. Además, le corresponderá la tuición y supervigilancia técnica y directiva en la prestación de servicios relativos a las materias de su competencia, poniendo énfasis en su calidad, eficiencia y oportunidad

6.- Por su parte, el Art. 3 letra b) del mismo cuerpo legal señala que al Servicio Médico Legal le corresponderá, especialmente ejercer la tuición técnica de los organismos y del personal profesional o de otra índole que participen en la realización de peritajes médico-legales, en el ámbito público o privado, a través de la dictación de normas de aplicación general que regulen los procedimientos periciales que efectúen, o los que sirvan de base para ellos;

7.- El Convenio de Colaboración celebrado entre el Ministerio de Salud y el Servicio Médico Legal, con fecha 28 de abril de 2016, aprobado por Decreto N°203/16 por Resolución Exenta N° 3607/16 respectivamente, por el cual, en el ámbito de sus respectivas competencias, se acordó establecer mecanismos de cooperación mutua para organizar, coordinar y desarrollar estrategias para la capacitación inicial y para la formación continua de los profesionales en sexología forense

RESUELVO:

I.- APRUÉBASE el siguiente texto sobre "**NORMA GENERAL TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**".

II.- PUBLÍQUESE la presente resolución, conforme lo prescribe la letra "b" del artículo 48 de la ley N° 19.880 que Establece Bases de Procedimientos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, en la edición del Diario Oficial más próxima.

El texto de la norma técnica general y sus anexos será difundido según lo prescribe el art 7 letra g) de la Ley N° 20.285 en la página Web Institucional. Asimismo, copia de esta resolución, texto de la norma técnica y sus anexos serán remitidos al Ministerio de Salud para su divulgación y entrega a los Hospitales, Clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

DR. JUAN DE DIOS VIVES MAGALLANES
DIRECTOR NACIONAL (TyP)
SERVICIO MÉDICO LEGAL

JDRM/tpd

DISTRIBUCION:
Ministerio de Justicia.
Ministerio de Salud.
Secretarias Regionales Ministeriales de Salud.
Consejo Nacional de la Infancia
UNICEF
Ministerio Público
Corte Suprema
Dirección Nacional.
Subdirección Médica.
Subdirección Administrativa.
S.M.L. Regionales y Provinciales.
Jefes Deptos. Áreas y Unidades.
Departamento Jurídico.
Unidad de Partes.

MODIFICA NORMA GENERAL TÉCNICA N° 178 PARA LA ATENCIÓN DE VICITIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, APROBADA POR RESOLUCIÓN EXENTA N° 584 DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2015, DEL MINISTERIO DE SALUD.

SANTIAGO, 22 SET. 2016

RESOLUCION EXENTA Nº 1097 /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el artículo 4 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2.763 de 1979 y de las leyes Nº18.933 y Nº18.469; en la ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención de Salud; Resolución Exenta N° 584 de 22 de septiembre de 2015, del Ministerio de Salud; lo artículos 361 a 366 quinquies, 367 a 372 ter y 375 del Código Penal; los artículos 11, 198, 199 bis del Código Procesal Penal; Resolución Exenta N° 3849 de fecha 30 de agosto de 2016 del Servicio Médico Legal y la Resolución Nº1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que, la violencia sexual es una grave vulneración de los Derechos Humanos de las personas, respecto de los cuales el Estado de Chile ha asumido una serie de compromisos nacionales e internacionales, en orden a prevenirla y atenuar los daños sufridos por las víctimas.

2. Que, con el objeto de mejorar la atención y acogida que se da a víctimas de violencia sexual en orden a evitar la revictimización de ellas y contribuir a la reparación integral de sus secuelas, con fecha 22 de septiembre de 2015, el Ministerio de Salud aprobó por medio de Resolución Exenta N° 584 la Norma General Técnica N° 178 para la atención de víctimas de violencia sexual, obteniendo con posterioridad el ISBN del texto.

3. Que, tras su aprobación se detectaron ciertos aspectos perfectibles en el orden conceptual y procedimental.

4. Que, en la elaboración y revisión del documento se realizó un trabajo de colaboración con el Servicio Médico Legal, Ministerio Público y Consejo Nacional de la Infancia, de modo de obtener un consenso intersectorial en el abordaje de la materia, por parte de los organismos involucrados.

5. Que, con fecha 28 de abril de 2016, el Ministerio de Salud y el Servicio Médico Legal, aprobaron por Decreto N° 203/16 y por Resolución Exenta N° 3607/16, respectivamente, un Convenio de Colaboración, por el cual, en el ámbito de sus respectivas competencias, se acordó establecer mecanismos de cooperación mutua

para organizar, coordinar y desarrollar estrategias para la capacitación inicial y para la formación continua de los profesionales en sexología forense.

6. Que, el artículo 3 de la Ley N° 20.065 que establece Modernización, regulación orgánica y planta del personal del Servicio Médico Legal, en su letra b) otorga facultad a dicho organismo de "Ejercer la tuición técnica de los organismos y del personal profesional o de otra índole que participen en la realización de peritajes médico-legales, en el ámbito público o privado, a través de la dictación de normas de aplicación general que regulen los procedimientos periciales que efectúen, o los que sirvan de base para ellos"

7. Que, una parte integrante de la norma, precisamente regula aspectos procedimentales de los peritajes sexológicos realizados a víctimas de violencia sexual, contenido que fuera aprobado por el Servicio Médico Legal, por su Resolución Exenta N° 3849 de fecha 30 de agosto de 2016.

8. Que, sin perjuicio de la dictación de la mencionada Resolución Exenta N° 3849 del Servicio Médico Legal, otra parte del contenido del texto corresponden a la función de este Ministerio, de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y cuando corresponda ejecutar tales acciones; por lo que amerita sanción expresa por medio de la potestad normativa que le otorga el artículo 4 N° 2 del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud.

9. Que, por lo anteriormente expuesto,

RESUELVO,

1. **MODIFÍCASE,** la Norma General Técnica N° 178, para la atención de víctimas de violencia sexual, aprobada por Resolución Exenta N° 584 de fecha 22 de septiembre de 2015, del Ministerio de Salud, de la forma que se indica a continuación.

a) **AGRÉGASE**, en Capítulo III, punto 1 "Aspectos conceptuales", párrafo titulado "Enfoque de Derechos" (página 13 del documento actualizado).

b) **REEMPLÁZASE**, en Capítulo III, el punto 5 "Delitos sexuales en adultos mayores", por el referido a "Delitos sexuales durante la adultez" (páginas 25-27 del documento actualizado).

c) **REEMPLÁZASE**, "Cuadro N° 7: Interpretación de hallazgos físicos y de laboratorio en niños, niñas y adolescentes con sospecha de abuso sexual", por "Cuadro N° 5. Interpretación de hallazgos físicos y de laboratorio en niños, niñas y adolescentes con sospecha de abuso sexual" (páginas 45-48 del documento actualizado).

d) **REEMPLÁZASE**, el contenido del Capítulo IV, punto 4, titulado "Recolección de Muestras", por el que por este acto se aprueba (páginas 49-55 del documento actualizado).

e) **REEMPLÁZASE**, el contenido del Capítulo IV, punto VI, cuadro titulado "Esquema de profilaxis con antiretrovirales", por "Esquema de profilaxis de la infección por VIH para víctimas de violencia sexual" (páginas 61 y 62 documento actualizado).

f) **ELIMÍNASE**, en el capítulo V, punto 1, letra a), el cuadro de tres filas adjunto, de modo de quedar vigente el cuadro N° 11 (página 66 del documento actualizado).

g) **REEMPLÁZASE**, el contenido del capítulo V, el punto 3, titulado "Conclusión del Informe Médico Legal", por el que por este acto se aprueba (página 69 del documento actualizado).

h) **TÉNGASE**, por modificada la numeración correlativa de los "Cuadros" y "Figuras" de apoyo a la información, de acuerdo a lo que en documento actualizado se consigna.

i) **AGRÉGASE**, en "Anexo N° 1: Normativa Nacional e Internacional" la referencia al artículo 34 de la Convención sobre los Derechos del Niño y a la Recomendación General N° 19 (1992) (página 86 y 87 del documento actualizado).

j) **AGRÉGASE**, en "Anexo N° 3a: Formularios de Atención a Víctimas de Violencia Sexual", N° 5, una segunda parte al formulario "Estudios solicitados"(página 102 del documento actualizado).

k) **AGRÉGASE**, el "Anexo N° 3d: Acta de realización de examen agresiones sexuales" (página 106 del documento actualizado).

l) **AGRÉGASE**, el "Anexo N° 3e: Acta de consentimiento informado y toma de muestra" (página 107 del documento actualizado).

m) **REEMPLÁZASE**, la nominación del título del Anexo N° 5 "Instructivo para uso correcto del rótulo y formulario único de cadena de custodia (NUE)", por la frase "Instructivo de cadena de custodia" (página 114 del documento actualizado).

2. **DISPÓNESE** que la División de Prevención y Control de Enfermedades propondrá al Subsecretario de Salud Pública, en el plazo de 15 días contados desde la total tramitación de esta resolución, un documento que homologue entre la norma aprobada por el Servicio Médico Legal, por Resolución Exenta N° 3849 de fecha 30 de agosto de 2016, y la que por este acto se modifica, los términos o expresiones usados en ambos para idénticos fines.

3. **PUBLÍQUESE** el texto íntegro de la "Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual" con sus modificaciones, que consta de 124 páginas, visadas por el Subsecretario de Salud Pública; y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.

4. **REMÍTASE** un ejemplar de la "Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual" con sus modificaciones, a los Servicios de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales del país y al Servicio Médico Legal.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
MINISTRA

DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:
- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Director del Servicio Médico Legal
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales del país
- Jefa de División y Prevención de Enfermedades
- División Jurídica
- Oficina de Partes