



Módulo 2

SALUD

Paquete de servicios esenciales para
mujeres y niñas que sufren violencia
*Elementos centrales y directrices
relativas a la calidad de la atención*





MÓDULO 2

Salud

El Paquete de Servicios Esenciales consta de cinco módulos:

Módulo 1: Descripción general e introducción	Módulo 2: Salud	Módulo 3: Servicios judiciales y policiales	Módulo 4: Servicios sociales	Módulo 5: Coordinación y Gobernanza de la Coordinación
<p>Capítulo 1: Introducción al paquete de servicios esenciales</p> <p>1.1 Introducción 1.2 Contexto 1.3 Objeto y alcance 1.4 Terminología</p>	<p>Capítulo 1: Introducción a los servicios esenciales en el ámbito de la salud</p> <p>1.1 Introducción 1.2 Objeto y alcance 1.3 Terminología</p>	<p>Capítulo 1: Introducción a los servicios esenciales en el ámbito judicial y policial</p> <p>1.1 Introducción 1.2 Objeto y alcance 1.3 Terminología</p>	<p>Capítulo 1: Introducción a los servicios esenciales en el ámbito de los servicios sociales</p> <p>1.1 Introducción 1.2 Objeto y alcance 1.3 Terminología</p>	<p>Capítulo 1: Introducción a las medidas esenciales de coordinación y gobernanza</p> <p>1.1 Introducción 1.2 Objeto y alcance 1.3 Terminología</p>
<p>Capítulo 2: Principios comunes, características y elementos fundamentales</p> <p>2.1 Principios 2.2 Características comunes de los servicios esenciales de calidad 2.3 Elementos fundamentales</p>	<p>Capítulo 2: Marco de los servicios esenciales en el ámbito de la salud</p> <p>2.1 Marco general 2.2 Características únicas del marco específico de los servicios esenciales en el ámbito de la salud</p>	<p>Capítulo 2: Marco del paquete de servicios esenciales</p> <p>2.1 Marco general 2.2 Características únicas del marco específico de los servicios esenciales en el ámbito judicial y policial</p>	<p>Capítulo 2: Marco del paquete de servicios esenciales</p> <p>2.1 Marco general 2.2 Características únicas del marco específico de los servicios esenciales en el ámbito de los servicios sociales</p>	<p>Capítulo 2: Marco del paquete de servicios esenciales</p> <p>2.1 Marco general</p>
<p>Capítulo 3: Cómo utilizar esta herramienta</p> <p>3.1 Marco de las directrices sobre servicios esenciales</p>	<p>Capítulo 3: Directrices relativas a los servicios esenciales en el ámbito de la salud</p>	<p>Capítulo 3: Directrices relativas a los servicios esenciales en el ámbito judicial y policial</p>	<p>Capítulo 3: Directrices relativas a los servicios esenciales en el ámbito de los servicios sociales</p> <p>3.1 Directrices relativas a los servicios sociales esenciales 3.2 Directrices relativas a los elementos fundamentales</p>	<p>Capítulo 3: Directrices relativas a las medidas esenciales de coordinación y gobernanza</p> <p>3.1 Servicios Esenciales a nivel nacional: directrices relativas a la coordinación y su gobernanza 3.2. Servicios Esenciales a nivel local: directrices relativas a la coordinación y su gobernanza</p>
<p>Capítulo 4: Herramientas y recursos</p>	<p>Capítulo 4: Herramientas y recursos</p>	<p>Capítulo 4: Herramientas y recursos</p>	<p>Capítulo 4: Herramientas y recursos</p>	<p>Capítulo 4: Herramientas y recursos</p>

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de estas directrices no habría sido posible de no contar con:

La valentía de las numerosas mujeres que han vivido la violencia de primera mano y nos han relatado sus experiencias, así como la participación de las y los activistas, principalmente de organizaciones de mujeres de todo el planeta, que han contribuido abogando por una adecuada prestación tanto de servicios como de apoyo a las mujeres que han sido objeto de violencia.

Los esfuerzos de los gobiernos dirigidos a poner fin a la violencia contra las mujeres a través de reformas legislativas, iniciativas normativas y la ejecución de programas de prevención y respuesta.

Los principales donantes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre Servicios Esenciales para Mujeres y Niñas sometidas a violencia: el Gobierno de Australia y el Gobierno de España.

Profesionales, personal investigador y representantes gubernamentales que pertenecen a distintos sectores y que asistieron y participaron en todas las Consultas Técnicas Mundiales celebradas en el marco de este programa de trabajo (puede obtener más información sobre las personas que participaron dirigiéndose a www.endvawnow.org y haciendo clic en “Essential Services”).

El compromiso constante del sistema de las Naciones Unidas con el desarrollo de programas y acciones para hacer frente a la violencia contra las mujeres. Los organismos de las Naciones Unidas, que se han involucrado para apoyar la adaptación y/o elaboración de estas directrices, han compartido su tiempo y conocimiento para garantizar que sigamos mejorando la prestación de servicios a las mujeres y niñas que sufren violencia. Agradecemos el compromiso y las aportaciones efectuadas por las personas que representan a los diversos organismos: Tania Farha y Riet Groenen (ONU Mujeres), Upala Devi y Luis Mora (FNUAP) y Claudia García Moreno y Avni Amin (OMS). Deseamos hacer una mención especial al trabajo realizado por la OMS a lo largo de mucho tiempo para desarrollar un conjunto de orientaciones dirigidas a mejorar la respuesta del sector de la salud a las mujeres y las niñas que sufren violencia, un trabajo que ha aportado información muy valiosa de cara a la elaboración de este módulo.

Las y los consultores que ayudaron en la elaboración y/o adaptación de las directrices: la profesora Jane Koziol-McLain, Sarah Louise Johnson y Ward Everett Rinehart.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN A LOS SERVICIOS ESENCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 6

1.1	INTRODUCCIÓN	6
1.2	OBJETO Y ALCANCE	8
1.3	TERMINOLOGÍA	9

CAPÍTULO 2: MARCO DEL PAQUETE DE SERVICIOS ESENCIALES 12

2.1	MARCO GENERAL	12
2.2	CARACTERÍSTICAS ÚNICAS DEL MARCO ESPECÍFICO DE LOS SERVICIOS ESENCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	14

CAPÍTULO 3: DIRECTRICES RELATIVAS A LOS SERVICIOS ESENCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 16

CAPÍTULO 4: HERRAMIENTAS Y RECURSOS 22

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN A LOS SERVICIOS ESENCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1.1 INTRODUCCIÓN

El presente documento de orientación referente a los **servicios esenciales en el ámbito de la salud** está basado en las directrices clínicas y políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la *Respuesta a la violencia dentro de la pareja y a la violencia sexual contra las mujeres*¹, en cumplimiento del mandato de la OMS de definir normas en el sistema sanitario. Estas directrices basadas en pruebas se elaboraron con arreglo al proceso establecido por la OMS, que incluye la recopilación de pruebas actuales mediante exámenes sistemáticos, una evaluación y síntesis de las pruebas y la formulación de recomendaciones mediante aportaciones de un conjunto amplio de expertos y expertas (el Grupo de Elaboración de Directrices) y el examen de pares a cargo de otro grupo de especialistas. Las directrices ofrecen orientaciones basadas en pruebas de cara al diseño, la implementación y la revisión de respuestas de calidad centradas en las mujeres por parte del sector de la salud a las mujeres que sufren violencia dentro de la pareja y violencia sexual. No obstante, también pueden resultar de utilidad para hacer frente a otras formas de violencia de género contra las mujeres y las niñas, principalmente para las niñas que podrían utilizar los servicios esenciales dirigidos a las mujeres. Las directrices se han elaborado teniendo en mente sobre todo a los países de ingresos

medios y bajos en contextos estables, aunque también pueden ser aplicados en países de ingresos altos.

Con base en estas directrices, la OMS, el FNUAP y ONU Mujeres elaboraron un *Manual clínico sobre atención sanitaria para mujeres que sufren violencia dentro de la pareja o violencia sexual*². Se trata de un manual práctico dirigido a quienes proveen los servicios de salud. Incluye materiales de apoyo, sugerencias y recomendaciones prácticas. Estas recomendaciones constituyen la base sobre la que se apoya este módulo sobre Servicios Esenciales en el ámbito de la salud, que forma parte del Paquete de Servicios Esenciales cuyo objetivo es proporcionar a todas las mujeres y niñas que han experimentado violencia de género un mayor acceso a un conjunto de servicios esenciales de calidad, multisectoriales y coordinados. En consecuencia, este módulo debería leerse conjuntamente con los dos documentos anteriormente mencionados.

El **Paquete de Servicios Esenciales** incluye los componentes cruciales que deben caracterizar a una respuesta multisectorial coordinada para las mujeres y las niñas que sufren violencia, e incluye directrices destinadas a los servicios judiciales y policiales, a los servicios sociales, a los mecanismos de coordinación y gobernanza y a los servicios de salud. Este módulo sobre servicios

¹ Organización Mundial de la Salud. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 2013.

² OMS, ONU Mujeres y FNUAP. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook*. Ginebra: OMS, 2014 (WHO/RHR/14.26).

esenciales en el ámbito de la salud debería leerse conjuntamente con el Módulo 1: Descripción general e introducción, puesto que en este último módulo se establecen los principios, las características comunes y los elementos fundamentales aplicables

a todos los servicios esenciales. Asimismo, este módulo es complementario a las directrices dirigidas a los servicios judiciales y policiales (Módulo 3), los servicios sociales (Módulo 4) y la coordinación y su gobernanza (Módulo 5).

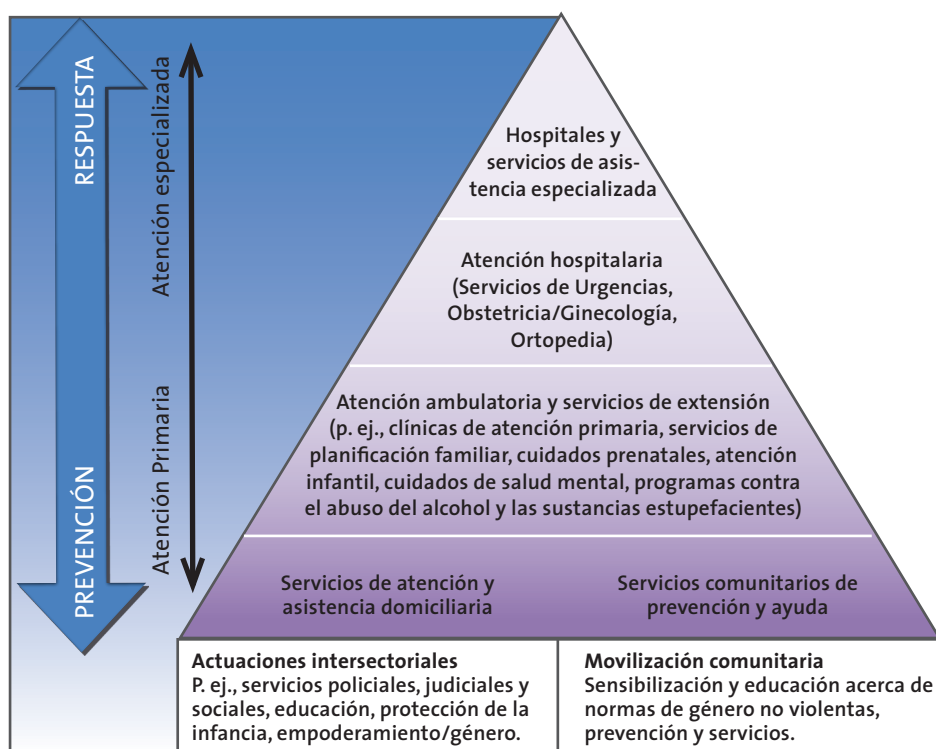
1.2 OBJETO Y ALCANCE

Una respuesta de calidad por parte de los servicios de salud frente a la violencia contra las mujeres y las niñas es crucial, no sólo para garantizar que las víctimas/sobrevivientes tengan acceso al máximo nivel de salud alcanzable sino también debido a que es probable el personal sanitario (como el personal de enfermería, asistentes de partería, equipo médico, entre otros) sean el primer punto de contacto profesional para las mujeres que han sido objeto de violencia sexual o

violencia dentro de la pareja.³ Las mujeres y las niñas acuden con frecuencia a los servicios de salud, incluso cuando sufren lesiones. Sin embargo, puede que no siempre revelen los abusos o la violencia sufridos. Diversos estudios muestran que las mujeres que sufren abusos utilizan los servicios de atención sanitaria

3 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), p. 1.

FIGURA 1. Atención primaria y contexto general del sistema de salud, movilización comunitaria y acción intersectorial.



Fuente: Adaptado de Lawn J.E. et al, Lancet, 2008, 30 years of Alma Ata.

con más frecuencia que las mujeres que no los sufren⁴. Esas mujeres identifican al personal sanitario como la categoría profesional en la que más confían a la hora de revelar que han sido objeto de abusos.

Con el fin de responder a las diversas necesidades y experiencias de las mujeres, este módulo aborda todas las consecuencias que tiene la violencia contra las mujeres desde el punto de vista de la salud, incluidas las que afectan a las esferas de la salud física, mental, sexual y reproductiva. Tal como exigen las conclusiones acordadas durante el 57º periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, y de acuerdo con las directrices de la OMS, este módulo abarca diversos tipos de intervenciones en el ámbito de la salud: la asistencia directa; el tratamiento de lesiones y el apoyo psicológico y mental; la atención tras una violación: anticoncepción de emergencia, aborto seguro en los casos en los que la legislación nacional lo permite, profilaxis para infecciones por VIH tras una exposición, y el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. También es necesario ofrecer capacitación al personal médico y a otros y otras profesionales sanitarios, con el fin de identificar y tratar eficazmente a las mujeres que han sufrido violencia, así como la realización de exámenes forenses por parte de profesionales con una capacitación adecuada.⁵ Además, el módulo se apoya en las conclusiones acordadas para garantizar que los servicios de atención de la salud presenten las siguientes características: deben ser accesibles, responder a los traumas, ser asequibles, seguros, eficaces y de buena calidad.

Una adecuada prestación de servicios representa un elemento fundamental de cualquier sistema de salud.

4 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), p. 1.

5 Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer: 57º periodo de sesiones (2013) *Conclusiones acordadas: Eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas* y OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS, 2013.

La organización exacta y el contenido de los servicios de salud varían según los países, pero el (la) proveedor(a) “típico(a)” de servicios de salud trabaja en diversos niveles de prestación:

- 1) Atención primaria de la salud: por ejemplo, un puesto sanitario, centros de salud y dispensarios, hospitales de distrito con servicios generales de carácter ambulatorio y servicios básicos de hospitalización.
- 2) Atención de pacientes remitidos: incluye los hospitales terciarios con servicios especializados.

Los puntos de acceso para la provisión de cuidados a las mujeres afectadas por la violencia en todos los niveles de la prestación de servicios incluyen la salud sexual y reproductiva, que a su vez incluye la salud materna, la planificación familiar, los servicios de atención después del aborto, el VIH y el SIDA, así como servicios de salud mental prestados por el gobierno o a través de organizaciones no gubernamentales.

Este módulo se centra en los servicios de salud cercanos a la población, con un punto de acceso a la red de servicios de salud situado en el nivel de la atención primaria (y no en el nivel de la atención especializada u hospitalaria). El módulo reconoce que el personal de atención primaria facilita el itinerario de cada paciente entre los servicios que necesite, y colabora con otros niveles y tipos de proveedoras o proveedores. También existe coordinación con otros sectores (como los servicios sociales) y socios (como organizaciones comunitarias). La red de prestación de servicios incluye servicios preventivos, curativos, paliativos y de rehabilitación, así como actividades de promoción de la salud.⁶

6 OMS. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS: 2010.

1.3 TERMINOLOGÍA

Detección de casos o investigación clínica: en el contexto de la violencia dentro de la pareja, la detección de casos o investigación clínica hace referencia a la identificación de mujeres que experimentan violencia mediante preguntas basadas en las condiciones que presenta cuando acude a un centro sanitario, su historial y, cuando procede, el examen de la paciente. Estos términos se utilizan de forma diferenciada de “revisión” o “chequeo rutinario”.⁷

Terapia cognitivo conductual (TCC): se basa en el concepto de que aquello que determina los sentimientos y el comportamiento de una persona son sus pensamientos, más que factores externos como las personas o los acontecimientos. Por lo general, la TCC tiene un componente cognitivo (que ayuda a la persona a desarrollar la habilidad de identificar y cuestionar los pensamientos negativos poco realistas) y un componente conductual. La TCC varía en función de los problemas de salud mental concretos que presente el o la paciente.⁸

Elementos centrales: características o componentes de los servicios esenciales que son aplicables en cualquier contexto y garantizan un funcionamiento eficaz del servicio.

Servicios Esenciales: conjunto de servicios básicos prestados por el sector de atención sanitaria, los servicios sociales y el sector policial y judicial. Estos servicios deben proteger, como mínimo, los derechos, la seguridad y el bienestar de cualquier mujer o niña que experimente violencia de género.

Asistencia directa: nivel mínimo de apoyo (psicológico primario) y validación de la experiencia que deberían recibir todas las mujeres que revelen a una proveedora o un proveedor de atención sanitaria (o de

otros servicios) haber sufrido violencia. Este concepto comparte numerosos elementos con lo que se denomina “primeros auxilios psicológicos” en el contexto de situaciones de emergencia en las que se producen experiencias traumáticas.⁹

Violencia de género: “todo acto de violencia por motivos de género que se dirija contra una mujer porque es una mujer o que afecte desproporcionadamente a las mujeres”.¹⁰

Proveedor(a) de servicios de salud: persona u organización que presta servicios de salud de manera sistemática. Un(a) proveedor(a) individual de atención de la salud puede ser un(a) profesional sanitario(a), una trabajadora o trabajador de salud de la comunidad o cualquier otra persona capacitada y con conocimientos en materia de salud. Las organizaciones sanitarias incluyen hospitales, clínicas, centros de atención primaria y otros puntos de prestación de servicios. El personal de atención primaria es parte del personal de enfermería, asistentes de partería, equipo médico, etc.¹¹

Sistema de salud: hace referencia a i) todas aquellas actividades cuyo propósito principal sea promover, restablecer o mantener la salud; ii) las personas, instituciones y recursos, organizados conjuntamente de conformidad con una serie de políticas establecidas, dirigidos a mejorar el nivel de salud de la población a la que atienden¹².

7 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), glosario de la p. vii.

8 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), glosario de la p. vii.

9 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), glosario. Para obtener información adicional, véase también OMS, ONU Mujeres y FNUAP. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook*. Ginebra: OMS, 2014

10 CEDAW, Recomendación General núm. 19, párr. 6, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>.

11 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), glosario de la p. vii.

12 OMS, Health Systems Strengthening: Glossary, disponible en www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf.

Violencia dentro de la pareja: “[l]a forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo. . . (y) comprende toda una gama de actos sexual, psicológica y físicamente coercitivos practicados contra mujeres adultas y adolescentes por una pareja actual o anterior, sin el consentimiento de la mujer. La violencia física entraña el uso intencional de la fuerza física, el vigor o un arma para dañar o lesionar a la mujer. La violencia sexual comprende el contacto sexual abusivo, hacer que una mujer participe en un acto sexual no consentido y la tentativa o consumación de actos sexuales con una mujer que está enferma, incapacitada, bajo presión o bajo la influencia de alcohol u otras drogas. La violencia psicológica consiste en actos tendientes a controlar o aislar a la mujer, así como a humillarla o avergonzarla. La violencia económica entraña negar a una mujer el acceso a los recursos básicos o el control sobre ellos”.¹³

Obligación de denunciar: hace referencia a leyes aprobadas por determinados países o estados que obligan a las personas o a ciertas personas designadas, como al personal de atención sanitaria, a denunciar (normalmente ante el sistema policial o judicial) cualquier incidente, real o presunto, de violencia doméstica o de violencia dentro de la pareja. En muchos países, la obligación de denunciar se aplica sobre todo a los casos de abuso infantil y de maltrato de menores. En otros, sin embargo, la obligación se ha ampliado a la denuncia de la violencia dentro de la pareja.¹⁴

Pruebas médico-jurídicas: en esta herramienta, este término se utiliza de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud: “lesiones

anogenitales o documentadas en otras zonas del cuerpo, y estados emocionales, así como las muestras y pruebas tomadas del cuerpo o la ropa de la víctima exclusivamente con fines legales. Dichas pruebas incluyen la saliva, el fluido seminal, el cabello, el vello púbico, la sangre, la orina, tejidos, residuos y tierra”¹⁵.

Violencia sexual fuera de la pareja: “violencia infligida por un pariente, un amigo, un conocido, un vecino, un compañero de trabajo o un extraño”.¹⁶ Incluye el hecho de obligar a otra persona a realizar un acto sexual contra su voluntad, el acoso sexual y la violencia perpetrada contra las mujeres y las niñas a menudo por un agresor conocido por ellas, incluso en espacios públicos, en la escuela, en el lugar de trabajo y en la comunidad.

Directrices de calidad: respaldan la prestación y aplicación de los elementos centrales de los servicios esenciales para garantizar que estos sean eficaces y ofrezcan una calidad suficiente para dar respuesta a las necesidades de las mujeres y las niñas. Las normas de calidad proporcionan la “hoja de ruta” para una prestación de servicios basada en los derechos humanos, con sensibilidad cultural y con un enfoque centrado en el empoderamiento de las mujeres. Están basadas en las normas internacionales, a las que complementan, y reflejan las mejores prácticas reconocidas en la respuesta frente a la violencia de género.

Víctima/sobreviviente: hace referencia a las mujeres y niñas que han experimentado o están experimentando violencia de género, a imagen de la terminología

13 Informe del Secretario General, Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer, Naciones Unidas, A/61/122/Add.1 (6 de julio de 2006), párrs. 111- 112, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/No6/419/77/PDF/No641977.pdf?OpenElement>.

14 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS (2013), glosario de la p. vii.

15 Du Mont, Janice y D. White (2007), “The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A Global Review (OMS: Ginebra). Véase también OMS. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra: OMS, 2003

16 Informe del Secretario General, Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer, Naciones Unidas, A/61/122/Add.1 (6 de julio de 2006), párr. 128, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/No6/419/77/PDF/No641977.pdf?OpenElement>.

empleada en los procesos legales. También se pretende reflejar con estos términos la actuación de estas mujeres y niñas durante la búsqueda de servicios esenciales.¹⁷

¹⁷ En su *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*, el Secretario General de las Naciones Unidas (A/61/122/Add.1) señala el debate existente en torno a los términos “víctima” y “sobreviviente”. Hay quien sugiere que debiera evitarse el término “víctima” porque implica pasividad, debilidad y una vulnerabilidad inherente, y no reconoce la realidad de la resiliencia y la actuación de las mujeres. Para otras personas, el término “sobreviviente” plantea problemas, puesto que niega el sentimiento de victimización que experimentan las mujeres que han sido objeto del crimen violento. En consecuencia, en estas directrices se utiliza el término “víctima/sobreviviente”.

Violencia contra las mujeres: “todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.¹⁸

¹⁸ Naciones Unidas (1993), Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, Naciones Unidas: Ginebra, artículo 1.

CAPÍTULO 2:

MARCO DEL PAQUETE DE SERVICIOS ESENCIALES

2.1

MARCO GENERAL

El marco de las directrices para la prestación de servicios esenciales de calidad en el ámbito de la salud incorpora cuatro componentes interrelacionados:

- **Los principios** en los que se apoya la prestación de todos los servicios esenciales.
- **Las características comunes** que describen el conjunto de actividades y enfoques que son comunes a todas las áreas, y que respaldan el funcionamiento y la prestación eficaces de los servicios.
- **Los servicios esenciales** que definen los servicios mínimos absolutamente necesarios para garantizar la protección de los derechos humanos, la seguridad y el bienestar de cualquier mujer o niña adolescente que sea objeto de violencia dentro de la pareja o violencia sexual fuera de la pareja.
- **Los elementos fundamentales** que deben estar presentes para posibilitar la prestación de servicios de calidad en todos los servicios y medidas esenciales.

Paquete de Servicios Esenciales: Diagrama del marco general

Principios	Un enfoque basado en derechos	Promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres	Adecuación y sensibilidad a la cultura y a la edad
	Enfoque centrado en las víctimas / sobrevivientes	La seguridad es primordial	Rendición de cuentas de los agresores
Características comunes	Disponibilidad	Accesibilidad	
	Adaptabilidad	Adecuación	
	Priorización de la seguridad	Consentimiento informado y confidencialidad	
	Recogida de datos y gestión de la información	Comunicación eficaz	
	Vinculación con otros sectores y organismos a través de la remisión y la coordinación		

Servicios y medidas esenciales	Salud	Servicios judiciales y policiales	Servicios sociales
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de las sobrevivientes de violencia en la pareja 2. Asistencia directa 3. Cuidado de lesiones y tratamiento médico de urgencia 4. Examen y atención de agresiones sexuales 5. Evaluación y atención de la salud mental 6. Documentación (médico-jurídica) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención 2. Contacto inicial 3. Evaluación/investigación 4. Proceso previo al juicio 5. Juicio 6. Rendición de cuentas de los autores de violencia y reparaciones 7. Proceso posterior al juicio 8. Seguridad y protección 9. Asistencia y apoyo 10. Comunicación e información 11. Coordinación del sector judicial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Información en situaciones de crisis 2. Asesoramiento en situaciones de crisis 3. Asistencia telefónica 4. Alojamientos seguros 5. Ayuda material y económica 6. Creación, recuperación y sustitución de documentos de identidad 7. Información, asesoramiento y representación legal y sobre derechos, incluso en sistemas jurídicos plurales 8. Asistencia y asesoramiento psicosocial 9. Apoyo centrado en las mujeres 10. Servicios de atención a cualquier menor afectado o afectada por la violencia 11. Información, educación y difusión comunitarias 12. Asistencia dirigida a lograr la independencia, recuperación y autonomía económicas

Coordinación su gobernanza	
A nivel nacional: Medidas esenciales	A nivel local: Medidas esenciales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación de leyes y políticas 2. Consignación y asignación de recursos 3. Establecimiento de normas para la creación de respuestas coordinadas a nivel local 4. Enfoques inclusivos para coordinar las respuestas 5. Facilitar que tanto las personas con responsabilidad política, como otras personas responsables, se capaciten para adoptar decisiones y proporcionar respuestas coordinadas ante la violencia contra las mujeres y niñas. 6. Seguimiento y evaluación de la coordinación a escala nacional y local 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de estructuras formales para la coordinación local 2. Coordinación y su gobernanza de la coordinación

Elementos fundamentales	Marco jurídico y legislativo exhaustivo	Gobernanza, supervisión y rendición de cuentas	Recursos y financiación
	Capacitación y desarrollo del personal	Políticas y prácticas con perspectiva de género	Seguimiento y evaluación

2.2

CARACTERÍSTICAS ÚNICAS DEL MARCO ESPECÍFICO DE LOS SERVICIOS ESENCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Principios

Al aplicar los principios generales, el personal sanitario debería tener presente los siguientes aspectos:

- Un enfoque basado en derechos incluye el derecho al máximo nivel de salud alcanzable y el derecho a la libre determinación, lo que significa que las mujeres deben tener derecho a tomar sus propias decisiones, incluso en la esfera sexual y reproductiva, y a negarse a someterse a procedimientos médicos o a emprender acciones legales.¹⁹
- Garantizar la igualdad de género en la salud significa que la prestación de servicios a mujeres y hombres debe ser equitativa y tener en cuenta sus respectivas necesidades y preocupaciones específicas en materia de salud, de modo que tengan las mismas posibilidades para realizar sus derechos y disfrutar de buena salud. También exige tomar conciencia de las desigualdades en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, y entre pacientes y el personal de atención sanitaria.

Características comunes

Al aplicar los principios generales, el personal sanitario debería tener presentes los siguientes aspectos:

- El consentimiento informado y la protección de la confidencialidad implican que la prestación de asistencia, tratamiento y asesoramiento sanitario debe ser privada y confidencial, y que la información únicamente debe revelarse con el consentimiento de las mujeres. Asimismo, incluye el derecho a saber qué información se ha recabado acerca del estado de salud de la mujer y el derecho de acceder a esta información, incluido el historial médico.²⁰

Elementos fundamentales

Al aplicar los principios generales, el personal sanitario debería tener presentes los siguientes aspectos:

- Las políticas sanitarias en el ámbito de la violencia contra las mujeres deben estar vinculadas a la política nacional, si existe, e incluir la lucha contra la violencia institucional o en el lugar de trabajo, así como procedimientos y protocolos de acompañamiento. La atención a mujeres que experimentan violencia dentro de la pareja y violencia sexual debería integrarse, en la medida de lo posible, en los servicios de salud existentes, en lugar de constituir un servicio independiente.²¹
- El desarrollo del personal en el sector sanitario incluye el fomento de la capacidad sobre estas cuestiones durante la fase previa a la incorporación al servicio, pero también formación continua y en el servicio. Además, requiere la creación de equipos intersectoriales y la supervisión y tutoría del personal sanitario. Pese a que un país necesita contar con múltiples modelos de atención para las sobrevivientes en los diferentes niveles del sistema sanitario, debería darse prioridad al fomento de la capacidad y a la prestación de servicios en la atención primaria.²² Además, en todo momento (a cualquier hora del día y de la noche) debería estar disponible en el distrito o la zona una proveedora o un proveedor de atención sanitaria (personal de enfermería, equipo médico, etc.) con capacitación sensible al género en materia de atención en casos de agresión sexual.²³
- La interacción con la comunidad y la promoción dirigida a las mujeres y las niñas sobrevivientes constituyen pilares muy importantes de los servicios

19 OMS, ONU Mujeres y FNUAP. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook*. Ginebra: OMS, 2014 (WHO/RHR/14.26), p. 3.

20 OMS, ONU Mujeres y FNUAP. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook*. Ginebra: OMS, 2014 (WHO/RHR/14.26), p. 3.

21 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS, 2013. Recomendación núm. 34.

22 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS, 2013. Recomendación núm. 35.

23 OMS. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra, OMS, 2013. Recomendación núm. 36.

esenciales a las víctimas y sobrevivientes en el ámbito de la salud.

- Otro pilar fundamental de los servicios de salud es la disponibilidad de medicamentos, productos sanitarios básicos y tecnología médica. Esto incluye la seguridad de poder obtener productos básicos para

la salud reproductiva y unos entornos que permitan la confidencialidad, la privacidad y la seguridad.

- El seguimiento y la evaluación de los servicios esenciales en el ámbito de la salud requieren sistemas de información, medidas de rendición de cuentas, comentarios de las personas que lo utilizan y evaluaciones.

CAPÍTULO 3:

DIRECTRICES RELATIVAS A LOS SERVICIOS ESENCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Este módulo debe leerse conjuntamente con las Directrices clínicas y sobre políticas de la OMS y con el Manual clínico sobre atención de la salud para mujeres que sufren violencia dentro de la pareja o violencia

sexual elaborado por la OMS, ONU Mujeres y el FNUAP. La información que se expone en este capítulo resume algunos de los puntos clave recogidos en dichos documentos, sobre todo en el Manual clínico.

SERVICIO ESENCIAL: 1. IDENTIFICACIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA DENTRO DE LA PAREJA

Es importante que el personal sanitario sea consciente de que los problemas de salud de una mujer pueden ser consecuencia de la violencia o verse agravados por ella. Las mujeres que sufren violencia en sus relaciones y violencia sexual suelen acudir a los servicios de salud para recibir tratamiento para las consecuencias (incluidas lesiones) físicas o emocionales que provoca dicha violencia. Sin embargo, con frecuencia no hablan de esta violencia al personal que las atiende, por temor a ser juzgadas o por miedo a su pareja.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	DIRECTRICES
1.1 Información	<ul style="list-style-type: none">• En los centros sanitarios se debería disponer de información por escrito sobre la violencia dentro de la pareja y sobre las agresiones sexuales fuera de la pareja, en forma de carteles y folletos. Estos materiales deberían estar disponibles en las zonas privadas, como los aseos de mujeres (e incluir advertencias relativas al peligro de llevar estos materiales a casa si conviven con una pareja que abusa de ellas) (recomendación núm. 4 de las directrices de la OMS).
1.2 Identificación de mujeres que sufren violencia dentro de la pareja	<ul style="list-style-type: none">• El personal sanitario debería hacer preguntas referentes a la exposición a la violencia dentro de la pareja a la hora de evaluar las enfermedades que puedan ser causadas o verse agravadas por la violencia dentro de la pareja, con el fin de mejorar el diagnóstico o la identificación y el tratamiento posterior. (Puede consultarse una lista de condiciones clínicas y de otro tipo asociadas a la violencia dentro de la pareja en el recuadro 1 de la página 19 de las directrices de la OMS y en la página 9 del Manual clínico.)<ul style="list-style-type: none">• Cuando se realicen preguntas sobre violencia éstas deben ir acompañadas de una respuesta eficaz, que podría incluir una respuesta en forma de apoyo directo, tratamiento y atención médica adecuada según las necesidades y una remisión, sea en el seno del propio sistema de salud o fuera de él.

<p>1.2 Identificación de mujeres que sufren violencia dentro de la pareja <i>(cont.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • No deberían llevarse a cabo este tipo de investigación de forma universal o rutinaria (es decir, no debería hacerse este tipo de preguntas a mujeres cada vez que acudan a un centro de salud) ya que, aunque podría posibilitar la identificación de un mayor número de mujeres que sufren violencia, no se ha demostrado que mejore los resultados en materia de salud, ni siquiera las remisiones. Además, resulta difícil de llevar a cabo en entornos de alta prevalencia y en los que los recursos o las opciones de remisión son limitados. • Antes de hacer preguntas relacionadas con la violencia dentro de la pareja, el sistema de salud debería establecer los siguientes requisitos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> • un entorno privado; • personal de atención sanitaria recibido capacitación para formular adecuadamente las preguntas (por ejemplo, de una forma empática y sin emitir juicios) y responder de forma apropiada; • un sistema de remisión; • un protocolo o procedimiento operativo estándar. <p>(Véanse las recomendaciones 2 y 3 de las directrices de la OMS y las páginas 10 a 12 del Manual clínico.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En los casos en que el personal de atención sanitaria sospeche que están ante un caso de violencia aunque la mujer no lo revele: <ul style="list-style-type: none"> • No hay que presionarla, sino darle tiempo. • Proporcionarle información: <ul style="list-style-type: none"> - acerca de los servicios disponibles; - sobre los efectos que ejerce la violencia sobre la salud de las mujeres y sus hijas e hijos; • Ofrecer una visita posterior de seguimiento. <p>(Véase la página 12 del Manual clínico de la OMS.)</p>
--	--

SERVICIO ESENCIAL: 2. ASISTENCIA DIRECTA

Al prestar asistencia directa a una mujer que ha sido objeto de violencia, hay cuatro tipos de necesidades que merecen atención: 1) necesidades inmediatas en materia de salud emocional o psicológica; 2) necesidades inmediatas en materia de salud física; 3) necesidades permanentes en materia de seguridad; y 4) necesidades permanentes en materia de apoyo y salud mental. La asistencia directa implica la prestación de cuidados prácticos y responde a las necesidades emocionales, físicas, de seguridad y de apoyo de la mujer sin invadir su privacidad. Con frecuencia, la asistencia directa es el tipo de atención más importante que se puede proporcionar.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	DIRECTRICES
<p>2.1 Atención centrada en las mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres que revelen cualquier forma de violencia a manos de su pareja (o de otro familiar) o una agresión sexual por parte de cualquier persona deberían recibir asistencia inmediata. • Las proveedoras y los proveedores de servicios de salud deberían ofrecer, como mínimo, asistencia directa cuando las mujeres revelan que sufren violencia. La asistencia directa incluye: <ul style="list-style-type: none"> • no juzgar a la mujer, apoyarla y validar lo que explique; • prestarle una asistencia y un apoyo prácticos, que respondan a sus preocupaciones sin invadir su autonomía; • preguntarle sobre su historial de violencia, escuchar atentamente sin presionar para que hable (cuando se recurra a intérpretes deberá extremarse el cuidado a la hora de hablar sobre temas delicados); • escuchar a la mujer sin presionarla a responder ni a revelar información;

<p>2.1 Atención centrada en las mujeres <i>(cont.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ofrecerle información; ayudarle a acceder a información sobre recursos, servicios jurídicos y de otro tipo que puedan resultarle de utilidad, así como a ponerse en contacto con los servicios y mecanismos de ayuda social; <ul style="list-style-type: none"> - proporcionar información por escrito sobre estrategias para combatir el estrés severo (con advertencias relativas al peligro de llevarse a casa materiales impresos si convive con una pareja que abusa de ella); • ayudarle a mejorar la seguridad para ella misma y para sus hijas e hijos cuando sea necesario; • reconfortarle y ayudarle a aliviar o reducir su ansiedad; • proporcionarle apoyo social o movilizar a los servicios pertinentes (incluidos los de remisión). • El personal sanitario debería garantizar: <ul style="list-style-type: none"> • que la consulta se celebre en privado; • la confidencialidad, informando en cualquier caso a las mujeres sobre los límites de la confidencialidad (es decir, sobre los casos en los que existe la obligación de denunciar). • Si el personal sanitario no es capaz de prestar asistencia directa, deberían garantizar que otra persona (de su mismo centro de salud u otro fácilmente accesible) pueda hacerlo de inmediato. <p>(Recomendación núm. 1 de las directrices de la OMS)</p>
<p>2.2 Obligación de denunciar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda obligar al personal sanitario a denunciar ante la policía los casos de violencia contra las mujeres. <ul style="list-style-type: none"> • El personal sanitario debería ofrecerse a denunciar el incidente ante las autoridades competentes, incluida la policía, si la conoce sus derechos y así lo desea. • El personal sanitario debe denunciar, cuando la ley así lo estipule, aquellos incidentes y casos de maltrato infantil que pongan en peligro la vida de la víctima. <p>(Recomendaciones núm. 36 y 37 de las directrices de la OMS)</p>

SERVICIO ESENCIAL: 3. CUIDADO DE LESIONES Y TRATAMIENTO MÉDICO DE URGENCIA

El examen y la atención de la salud física y emocional deberían tener lugar simultáneamente. A efectos del presente módulo, los servicios se consideran por separado a fin de ofrecer orientaciones claras en lo que concierne a las normas mínimas.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	DIRECTRICES
<p>3.1 Historial y examen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El registro del historial debe llevarse a cabo siguiendo los procedimientos médicos estándar; si bien, debe tenerse en cuenta que es probable que las mujeres que han experimentado violencia dentro de la pareja o violencia sexual hayan quedado traumatizadas; por lo tanto, deberán analizarse los documentos que aporte y evitar hacer preguntas que ya haya respondido. • Explicar y obtener el consentimiento informado en relación con cada uno de los aspectos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • examen médico; • tratamiento; • recogida de pruebas forenses; • divulgación de información a terceros, como la policía o los tribunales. • Si la mujer desea que se recojan pruebas, llame o remita a la mujer a una proveedora o un proveedor con capacitación específica para ello. Véase el Servicio Esencial 6 en el ámbito de la salud.

3.1 Historial y examen <i>(cont.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo un examen físico minucioso. Documentar con claridad los hallazgos y observaciones. • En cada paso del examen, garantizar una comunicación adecuada y pedir permiso primero. (Véanse las páginas 40 a 49 del Manual clínico de la OMS para obtener más información al respecto.)
3.2 Tratamiento de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando una mujer haya sufrido una agresión grave o que ponga en peligro su vida, remitirla inmediatamente al servicio de urgencias.

SERVICIO ESENCIAL: 4. EXAMEN Y ATENCIÓN DE AGRESIONES SEXUALES

La violencia sexual es una experiencia potencialmente traumática que puede tener diversas consecuencias negativas sobre la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres, lo que significa que éstas pueden requerir tratamiento agudo y, en ocasiones, de larga duración, en particular, asistencia en salud mental.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	DIRECTRICES
4.1 Historial completo	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar el historial completo, registrando los sucesos que determinan qué intervenciones resultan apropiadas y llevar a cabo un examen físico completo (de la cabeza a los pies, incluyendo los genitales). • El historial debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> • el tiempo transcurrido desde la agresión y el tipo de agresión; • el riesgo de embarazo; • el riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); • el estado de salud mental. <p>(Recomendación núm. 11 de las directrices de la OMS. Véanse también las páginas 40 a 48 del Manual clínico de la OMS para obtener más información al respecto.)</p>
4.2 Anticoncepción de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer anticonceptivos de emergencia a las sobrevivientes de una agresión sexual que se presenten dentro de los 5 días siguientes al ataque. Lo ideal es que este ofrecimiento se produzca lo antes posible tras la agresión con el fin de maximizar su eficacia. • Si una mujer se presenta una vez transcurrido el plazo para la administración de anticonceptivos de emergencia (5 días), si estos fallan o si la mujer queda embarazada como resultado de una violación, se le debería ofrecer un aborto seguro, de conformidad con la legislación nacional. <p>(Recomendaciones núm. 12 a 14 de las directrices de la OMS. Véanse también las páginas 49 a 51 del Manual clínico de la OMS para obtener más información al respecto.)</p>
4.3 Profilaxis tras la exposición al VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar la posibilidad de ofrecer profilaxis tras la exposición al VIH (PEP) a las mujeres que se presenten dentro de las 72 horas siguientes a una agresión sexual. Adoptar, conjuntamente con la sobreviviente, la decisión de determinar si la PEP resulta apropiada y seguir las directrices nacionales para la profilaxis. <p>(Recomendaciones núm. 15 a 18 de las directrices de la OMS. Véase también la sección 2.4, págs. 55 a 57, del Manual clínico de la OMS para obtener más información al respecto.)</p>
4.4 Profilaxis posterior a la exposición a infecciones de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con las orientaciones nacionales, deberá ofrecerse profilaxis para las infecciones de transmisión sexual más frecuentes, así como la vacuna de la hepatitis B a las mujeres sobrevivientes a una agresión sexual. <p>(Recomendaciones núm. 19 y 20 de las directrices de la OMS. Véase también la sección 2.3, págs. 52 a 54, del Manual clínico de la OMS para obtener más información al respecto.)</p>

SERVICIO ESENCIAL: 5. EVALUACIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Muchas mujeres que sufren violencia dentro de la pareja o violencia sexual podrán tener problemas emocionales o mentales como consecuencia de ello. Una vez que se supere la situación, el caso de violencia o la agresión, es probable que la víctima experimente una mejoría con respecto a esos problemas emocionales. La mayoría de las personas se recuperan de ellos. El personal sanitario puede ofrecer ayuda y técnicas específicas a las mujeres para reducir su estrés y favorecer su recuperación. Sin embargo, algunas mujeres sufrirán más que otras. Es importante ser capaz de reconocerlas y ayudarles a recibir atención.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	DIRECTRICES
5.1 Atención de la salud mental para las sobrevivientes de la violencia dentro de la pareja	<ul style="list-style-type: none">• Debería examinarse a las mujeres que han experimentado violencia con el fin de detectar posibles problemas de salud mental (síntomas de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático, depresión, problemas de consumo de alcohol y drogas, tendencia al suicidio y a autolesionarse) y proporcionarles tratamiento en consecuencia, utilizando la guía de intervención de mhGAP, que engloba los protocolos clínicos basados en pruebas para el tratamiento de problemas de salud mental.• La prestación de asistencia de la salud mental debe correr a cargo del personal sanitario del personal sanitario con una profunda comprensión del problema de la violencia contra las mujeres.
5.2 Apoyo psicosocial básico	<ul style="list-style-type: none">• Tras una agresión, puede ser suficiente ofrecer apoyo psicosocial básico de 1 a 3 meses, vigilando al mismo tiempo la posible aparición de problemas de salud mental más graves. Esto incluye:<ul style="list-style-type: none">• ayuda dirigida al fortalecimiento de los métodos positivos de la mujer para hacer frente al problema;• valorar la posibilidad de asistencia social;• enseñar y demostrar ejercicios para reducir el estrés;• seguimiento periódico.
5.3 Problemas de salud mental más graves	<ul style="list-style-type: none">• Llevar a cabo una evaluación del estado mental (de forma simultánea al examen físico), analizando el riesgo inmediato de autolesión o suicidio, así como la existencia de un trastorno depresivo moderado o grave o de un trastorno de estrés postraumático.<ul style="list-style-type: none">• Las mujeres que sufren depresión y estrés postraumático seguirán recibiendo asistencia directa, lo que las ayudará a fortalecer su red de apoyo social y a aprender a gestionar el estrés. Además, deberá realizarse un seguimiento empático y comprensivo de estas mujeres. Deberá remitirseles con capacitación en caso de estar disponibles.• Estas mujeres deberán remitirse a tratamientos psicológicos breves o a una terapia cognitivo conductual. <p>(Recomendaciones núm. 24 a 27 de las directrices de la OMS. Véanse también las páginas 67 a 83 del Manual clínico de la OMS para obtener más información al respecto.)</p>

SERVICIO ESENCIAL: 6. DOCUMENTACIÓN (MÉDICO-JURÍDICA)

Las proveedoras y los proveedores de servicios de salud tienen la obligación profesional de registrar los detalles de cualquier consulta con sus pacientes. Sus anotaciones deben reflejar lo que dijo la paciente con sus propias palabras, así como lo que hizo y observó el personal sanitario. Ante casos de violencia, es fundamental tomar notas completas y precisas en el transcurso de un examen, dado que los registros médicos pueden utilizarse como prueba ante un tribunal. Si la mujer consiente someterse a un examen forense, podría ser necesario contar con la colaboración de personal médico forense oficial o registrado.

Para obtener más información al respecto, consúltense las Directrices para la atención médico-jurídica para víctimas de la violencia sexual de la OMS de 2003 (*Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*). Dichas directrices son complementarias al Servicio Esencial 3 en el ámbito judicial y policial: Investigación, que se explica en el módulo dedicado a los servicios judiciales y policiales. Véase, en particular, los puntos 3.3 “Información y pruebas pertinentes recogidas de la víctima/sobreviviente y de las y los testigos” y 3.4 “Realización de una investigación exhaustiva”.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	DIRECTRICES
6.1 Documentación completa y precisa	<ul style="list-style-type: none">• Documentar en el registro médico cualquier queja relacionada con la salud, cualquier síntoma o señal que presente la paciente, incluida una descripción de sus lesiones.• Puede resultar útil tomar nota de la causa o de la presunta causa de esas lesiones u otros problemas de salud, incluida la persona que lesionó a la paciente.<ul style="list-style-type: none">• Obtener el permiso de la paciente para anotar esa información en su historial.• Respetar sus deseos.
6.2 Recogida y documentación de pruebas forenses	<ul style="list-style-type: none">• Cuando una mujer haya dado su consentimiento para la recogida de pruebas forenses, es fundamental preservar la cadena de custodia y etiquetar claramente todas las pruebas.
6.3 Proporcionar pruebas por escrito y asistir a vistas judiciales	<ul style="list-style-type: none">• El personal sanitario debe estar familiarizado con el sistema jurídico; saber redactar correctamente una declaración; como mínimo, documentar las lesiones de forma completa y precisa; realizar observaciones clínicas acertadas; y recoger de forma fiable muestras de las víctimas por si éstas optan por recurrir a la vía judicial.

CAPÍTULO 4:

HERRAMIENTAS Y RECURSOS

OMS y ACNUR (2015). *Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies: mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG)*. Ginebra: Suiza.

OMS, ONU Mujeres y FNUAP (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. Ginebra: Suiza.

OMS (2013) *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra: Suiza.

OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2011). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*.

OMS (2010). *Guía de Intervención mhGap para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Suiza.

OMS y OIT (2007). *Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection (2007)*.

OMS, FNUAP y ACNUR (2004). *Clinical management of rape survivors*.

OMS (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*.

