

# Protocolo de atención en salud integral de niñas y niños en situación de **Maltrato infantil**

**3ª Edición**



MINISTERIO DE SALUD  
PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El presente documento es propiedad del  
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**  
Cualquier reproducción total o parcial del mismo debe ser solicitada por  
escrito a la Jefatura del Departamento de Regulación de los Programas  
de Atención a las Personas, Programa de Salud Integral de la Niñez  
5ª avenida 11-40, zona 11 colonia El Progreso,  
Guatemala, Guatemala  
PBX 2322-8383

# Protocolo de atención en salud integral de niñas y niños en situación de **Maltrato infantil**

**3ª Edición**



MINISTERIO DE SALUD  
PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

## Autoridades

**Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo**  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Lic. José Gustavo Arévalo**  
Viceministro Administrativo  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Mario Alberto Figueroa Alvarez**  
Viceministro de Hospitales  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. José Roberto Molina Barrera**  
Viceministro Técnico  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Rubén González Valenzuela**  
Viceministro de Atención Primaria  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dirección General del Sistema Integral de  
Atención en Salud –SIAS-**  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dirección General de Regulación,  
Vigilancia y Control de la Salud -DGRVCS-**  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Departamento de Regulación de los  
Programas de Atención a las Personas  
-DRPAP-**  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



MINISTERIO DE SALUD  
PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

# Contenido

<b>Presentación</b>	<b>1</b>		
<b>Introducción</b>	<b>3</b>	Abreviaturas	30
		Bibliografía	31
		Anexos	32
<b>Capítulo I</b>	<b>3</b>		
Marco teórico	3		
Maltrato infantil	3		
Tipos de maltrato	4		
Cuadro tipos de maltrato y factores de riesgo	4		
Otros tipos de maltrato	5		
Prevención del maltrato infantil	6		
<b>Capítulo II</b>	<b>7</b>		
Marco legal	7		
Legislación nacional	7		
Legislación internacional	7		
<b>Capítulo III</b>	<b>8</b>		
Abordaje clínico del maltrato infantil	8		
Derecho a la salud de niñas y niños	8		
Derecho a la salud	10		
Rol de profesionales de la salud	11		
Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	11		
Objetivos y metas (AIEPI)	12		
Objetivos y metas AIEPI para detectar y tratar maltrato infantil	12		
Utilización del cuadro de clasificación	15		
Diagnóstico presuntivo de maltrato infantil	18		
Expediente clínico completo	18		
Examen físico completo	18		
Exámenes de laboratorio y gabinete	22		
<b>Capítulo IV</b>	<b>25</b>		
Algoritmo de atención en salud integral	25		
Rutas de atención y derivación	26		
Ruta de actuación del sistema de justicia	27		
<b>Capítulo V</b>	<b>28</b>		
Procesos de investigación y evaluación de casos sospechosos de maltrato infantil y/o abuso sexual en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	28		

## Presentación

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, promueve los derechos de las niñas y niños, reconociendo especialmente que la realización del derecho a la salud es indispensable, para que puedan disfrutar de todos los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño. En este marco, las manifestaciones de violencia contra la niñez constituyen un grave problema que afecta su desarrollo y calidad de vida.

El abordaje de la violencia y en este caso particular, del maltrato infantil, requiere de un abordaje multisectorial, que facilite la protección de la niñez en diferentes ambientes, así como su participación en diferentes espacios, a la vez que se apoya a los padres, tutores o cuidadores para la práctica de estilos de crianza saludables. Es por ello, que el presente protocolo, en su tercera edición, introduce mejoras en su contenido y estructura, estableciendo rutas de atención y actuación, en coordinación multisectorial con otras instancias del Estado de Guatemala relacionadas con la prevención, atención y protección a la niña y el niño que sufre maltrato o se encuentra en situación de riesgo, para facilitar el aprovechamiento de las estrategias de intervención y atención integral temprana, así como la respuesta coordinada.

Tomando como referencia el marco legal, nacional e internacional, partiendo de un análisis bio-psico-social que se enfoca en el individuo, la familia y la comunidad, este protocolo tiene como propósito constituirse en una herramienta de apoyo al personal de salud para brindar atención integral, estandarizada, oportuna, con dignidad y más humana a niñas y niños víctimas de maltrato infantil. Además, busca concientizar al personal de salud y otros profesionales vinculados con la atención de la niñez, sobre la dimensión de esta problemática, y su impacto en la salud y desarrollo de las niñas y niños, así como la responsabilidad que se tiene de actuar.

El protocolo deberá implementarse en la red de servicios de salud, en los diferentes niveles de atención, y se promueve además, la adopción del mismo en los servicios de las instituciones del sector salud. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social espera, con este protocolo, contribuir a hacer efectivo el interés superior de la niña y el niño y avanzar para que todos los niños y las niñas, puedan gozar de un mejor nivel de salud y bienestar.



Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Guatemala, noviembre 2017

## Introducción

El maltrato infantil y la violencia contra las niñas y los niños en general constituyen uno de los principales problemas de salud pública que enfrenta Guatemala. El maltrato infantil se está convirtiendo en un problema cada vez más serio. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que la violencia y sus diferentes manifestaciones son un problema que afectan a la salud y al desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. Esta magnitud de la violencia en el país se constituye en un reto para la salud pública, ya que vista como una «enfermedad social aprendida» impone la búsqueda de mecanismos efectivos para prevenirla, atenderla y reducirla con la ayuda de otros sectores sociales.

Por lo anterior, es importante que los y las proveedoras de salud desarrollen habilidades y competencias que ayudan a detectar los casos de niñas y niños maltratados, conocer las mejores estrategias de intervención en cuanto a: ¿Cómo abordar a la niña o niño maltratado? ¿Cómo dirigir la entrevista con las madres, padres o encargados? ¿A dónde referirles para la atención especializada y protección integral para la restitución de sus derechos?

El objetivo de este protocolo es proponer una herramienta que proporcione los elementos básicos a proveedores y proveedoras de salud para brindar atención de calidad en salud integral y realizar la notificación oportuna de los casos de maltrato infantil. Se eligió el triage del AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia). Es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) presentada en 1996 como principal método para mejorar la salud en la niñez. Además, ésta incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Su implementación contempla, tanto la participación de los servicios de salud como la de la comunidad y la familia. Se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y su tratamiento. El segundo se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada; y el tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

Por último, el enfoque de interculturalidad en salud en el presente protocolo se refiere a la «capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y racional». (A. M. Oyarce)

# Capítulo 1

## Marco Teórico

### 1.1

#### Maltrato infantil

El concepto de violencia a nivel relacional hace referencia a que el maltrato infantil es un tipo de violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual a la niña o el niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo (a) tenga a su cargo.

Por su parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señala que es aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años de edad que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”.

El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.(ver anexo 1 definición de violencia y modelo ecológico)

### 1.2

#### Tipos de maltrato y factores de riesgo

De acuerdo con la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, el maltrato se puede clasificar en: abuso físico, abuso sexual, descuidos o tratos negligentes y abuso emocional. Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida de la niña o el niño o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato. No existe una situación de maltrato sino factores personales y/o socio familiares que pueden precipitar la situación de maltrato. Los factores de riesgo por si solos nunca prueban la existencia de malos tratos, solo predicen la probabilidad de que aparezcan. En el cuadro 1 se presentan las definiciones y los factores de riesgo, los cuales son orientativos y no limitativos.

#### Definiciones de los tipos de maltrato infantil

##### Abuso físico

Cuando una persona que está en relación de poder con un niño o niña le agrede provocándole daño no accidental, así como lesiones internas, externas o ambas. La relación de poder se da cuando existe una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad entre la víctima y el agresor.

##### Violencia o abuso sexual

Ocurre cuando una persona en relación de poder o confianza involucra a un niño o niña en una actividad de contenido sexual, que propicie su victimización y de la que el agresor obtiene satisfacción.

##### Descuidos y tratos negligentes

Ocurre cuando una persona que tiene a su cargo el cuidado o crianza de un niño o niña no satisface sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, atención médica teniendo la posibilidad de hacerlo.

##### Abuso psicológico

Ocurre cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño o niña por medio de conductas o trato ofensivo, o marginación provocándole abuso psicológico; está íntimamente relacionado con abuso físico y abuso sexual.

##### Abandono

Involucra la privación de las necesidades básicas que garantizan al niño un desarrollo biopsicoafectivo normal. Existe la posibilidad de brindar alimentación, educación, salud o cuidado a las niñas o niños, pero no se brinda o se consume en el abandono total.

# Tipos de Maltrato

**Cuadro 1 TIPOS DE MALTRATO Y FACTORES DE RIESGO, VULNERABILIDAD PARA EL MALTRATO INFANTIL**

	INDIVIDUO (NIÑA O NIÑO)	FAMILIARES	COMUNITARIOS
<b>ABUSO FÍSICO</b>	Deficiencias cognitivas y/o volitivas	Embarazo no deseado	Soporte social bajo
	Dependencia biológica y social	Padres adolescentes	Niveles socioeconómico bajo
	Separación de la madre en el período neonatal	Padre o madre no biológico	Aislamiento social
	Niña o niño hiperactivo	Abuso de drogas o alcohol	Hacinamiento
	Prematuros	Historia de violencia en la familia	Desempleo
	Bajo peso al nacer	Bajo control de impulsos	Desplazamiento forzado
	Niñas y niños con enfermedades crónicas	Trastorno psiquiátrico en los padres	Tolerancia social al maltrato en general
	Retrasos en su desarrollo	Prostitución	
	Con Discapacidad	Separación en el período neonatal precoz	
	Baja tolerancia al estrés	Antecedente de maltrato familiar	
	Abandono por fallecimiento de uno de los cónyuges		
	Baja tolerancia al estrés		
<b>VIOLENCIA O ABUSO SEXUAL</b>	Es más frecuente en niñas que en niños	Padre dominante	Machismo
	La condición de sometimiento y dependencia de las niñas y los niños	Madre pasiva	Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad
	Autoestima negativa	Padres no naturales	Sumisión de la madre y las hijas o hijos
	Deficiente vínculo con sus padres	Alcoholismo y otras drogodependencias	
	Discapacidad	Deficiente relación marital entre los padres	
		Límites generacionales difusos	
		Antecedente de abuso sexual en la familia de origen	
		Dificultad de establecer relaciones sexuales cuando son personas adultas	
<b>DESCUIDOS Y TRATOS NEGLIGENTES</b>	Desnutrición	Problemas conyugales	Aislamiento social
	Problemas de aprendizajes	Padres adoptivos	Patrones de crianza
	Baja autoestima	Familias monoparentales	Padres autoritarios
	Retraimiento	Antecedentes de maltrato familiar	Tolerancia al maltrato
	Explotación laboral	Patrones culturales dan más importancia al sexo masculino	
		Prostitución	
		Desconocimiento de las necesidades físicas esenciales de la niña o niño	

	INDIVIDUO (NIÑA O NIÑO)	FAMILIARES	COMUNITARIOS
<b>ABUSO EMOCIONAL</b>	Dependencia biológica y social	Relaciones conyugales conflictivas	Nivel socioeconómico medio alto
	Separación de la madre en el período neonatal	Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas de la niña o el niño	Aislamiento social
	Niña o niño hiperactivo	Enfermedades psiquiátricas de los padres	
	Prematuros	Expectativas irracionales respecto al desarrollo del niño o niña	
	Con discapacidad (de cualquier tipo)	Uso del castigo físico como una técnica de disciplina	
		Antecedentes de maltrato familiar	
<b>ABANDONO</b>	Discapacidad física	Abandono del cónyuge	Problemas económicos
	Niño o niña prematuro	Madres adolescentes	Familia monoparental
	Niño o niña hiperactivo	Abuso de drogas o alcohol	
		Trastornos psiquiátricos	
		Embarazo no deseado	

### 1.3

#### Otros tipos de maltrato:

##### a. Maltrato prenatal infantil o abuso fetal

Conductas que suponen un riesgo para la embarazada y por tanto para el feto, infligidas por la propia mujer o por otras personas (consumo de alcohol o drogas).

##### b. Síndrome del niño o niña sacudido

Es reconocido como el maltrato cerebral y ocular producido a través de un mecanismo de aceleración y desaceleración craneal, por las sacudidas enérgicas a una niña o niño, todo eso sin dejar huella externa de trauma craneal y ocular.

##### c. Síndrome de Münchhausen por poderes

La niña o el niño es víctima de un adulto que sufre trastornos de la personalidad. Por este hecho, le fabrica estados de enfermedad inexistentes.

##### d. Maltrato institucional

Cualquier actuación procedente de los poderes públicos que vulnere los derechos básicos de la niña o el niño: en las instituciones de enseñanza, centros de atención infantil, servicios de salud, instituciones judiciales, etc.

##### e. Acoso escolar (bullying)

Consiste en un continuado y deliberado maltrato verbal o modal que recibe una niña o un niño por parte de otro u otros, que se comportan con ella o él cruelmente con el objeto de someterle, intimidarle, amenazarle u obtener algo mediante chantaje, y que atenta contra la dignidad de la niña o el niño y sus derechos fundamentales.

##### f. Acoso o bullying cibernético

Es cualquier acoso que se produce a través de internet por medio de correo electrónico, redes sociales, blogs, mensajería instantánea, mensajes de texto, etc., para intimidar y agredir psicológicamente a la víctima.

**Este tipo de maltrato al ser detectado debe ser registrado como abuso físico o psicológico.**

## Prevención del maltrato infantil

La prevención es una meta central de la salud pública, por lo que se sugiere tomar en cuenta los tres tipos de prevención:

### a. Prevención primaria

Las intervenciones de prevención primaria son aquellas dirigidas a reducir la incidencia mediante la actuación precoz sobre los factores de riesgo o las situaciones de mayor vulnerabilidad, así como a través de actuaciones orientadas a promover los factores de protección frente al maltrato en niñas y niños. La actuación sobre los factores de riesgo con frecuencia hace necesaria la coordinación interinstitucional para el abordaje anticipatorio de estas situaciones de riesgo físico y psicosocial para la niña o el niño, entre las que se encuentran:

- Promoción de los derechos de la niña y el niño
- Programa de apoyo social a la familia
- Programa de capacitación en el idioma materno para padres, niñas y niños con el objeto de mejorar sus habilidades de afrontamiento
- Visitas domiciliarias en el periodo neonatal, en familias en situación de precariedad, en familias monoparentales y en padres adolescente
- Incidir en acciones que propicien cambios en patrones sociales y culturales que toleran el maltrato infantil

### b. Prevención secundaria

El objetivo de la prevención secundaria es la detección del maltrato, el abuso o la negligencia en sus fases más tempranas para minimizar sus consecuencias a través de una intervención precoz. La atención primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la detección precoz, ya que el o la médico(a) tiene un contacto periódico frecuente con la niña o el niño a través del control del niño, por su conocimiento de la familia y su contexto. Sin embargo, la detección del maltrato en los servicios de salud continúa muy baja. Es necesaria una mayor conciencia en los proveedores de salud para su búsqueda activa.

### c. Prevención terciaria

Actuación ante el diagnóstico del maltrato infantil

La intervención ante una situación de maltrato ha de ser siempre integral y multidisciplinaria. Por ello, es necesaria una actuación en red que permita la intervención de los distintos profesionales e instituciones que tendrán competencia en el abordaje de este complejo problema.

Guatemala cuenta con una serie de recursos técnicos, jurídicos y políticos que brindan un marco para el desarrollo de esfuerzos articulados inter e intra sectorialmente a favor de la niñez

### 2.1

#### Legislación nacional

- Constitución Política de la República de Guatemala, 1985
- Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar
- Código de Salud Decreto 90 -97, Artículos 18,41,61 y 62, 1997
- Ley de Desarrollo Social, Decreto 42, 2001
- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto Ley 2003
- Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y trata de personas, Decreto Número 9 - 2009 del Congreso de la República de Guatemala, 2009
- Acuerdo Gubernativo Número 347 - 2002 Creación de la Comisión Nacional para la erradicación del trabajo infantil, 2002
- Acuerdo Ministerial Número 24 - 2005, Creación del Comité Técnico de Seguimiento para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil Doméstico, que realizan niñas, niños y adolescentes en casa particular, 2005
- Acuerdo Ministerial 536- 2011 instructivo para los comités de prevención y atención del maltrato infantil
- Acuerdo Ministerial 3 - 2012 Adoptar la estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) en sus módulos clínico, neonatal y comunitario, las normas de atención en la salud integral de la niñez implementarla en los servicios de salud de los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Acuerdo Ministerial 4-2012, Crear la Comisión para la implementación del Protocolo de atención en salud integral con enfoque intercultural para la niñez y la adolescencia en situación de trabajo infantil y sus peores formas de todos los servicios de salud de los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Plan Nacional de Desarrollo K'atun, Nuestra Guatemala 2032
- Protocolo de coordinación interinstitucional entre el Ministerio Público, el Organismo Judicial y la Procuraduría General de la Nación en materia de niñez y adolescencia

víctima en procesos de protección y de persecución penal (anexo 2).

### 2.2

#### Legislación internacional

- Entre lo instrumentos internacionales más relevantes destacan:
- Convención de los Derecho del Niño, Artículo 19, 1989
- Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, 1989
- Cumbre de Milenio de las Naciones Unidas, Nueva York, 2000
- Asamblea General de las Naciones Unidas "Un Mundo Apropiado para los Niños", 2002
- Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la "Prohibición de las Peores Formas de Trabajo de Menores y la Acción Inmediata para su Eliminación" Ratificado mediante ley 8122-2001
- Convenios de la Organización Internacional del Trabajo Números 28 y 106, relacionados con "El Trabajo Forzoso y Obligatorio" y "La Abolición del Trabajo Forzoso" , "El Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a: La Venta de Niños, la Prostitución y la Utilización de Niños en la Pornografía" 2001
- Observación General número15 del Artículo 24 "Disfrute del más alto nivel posible de salud" de la Convención de los Derechos del Niño (Abril 2013)
- Observación General número19 de la Convención de los Derechos del Niño sobre presupuestos públicos: cómo los gobiernos deberían invertir el dinero a favor de los derechos de las niñas y los niños. (Julio 2016)
- Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 Salud y Bienestar
- Objetivo de Desarrollo Sostenible 8 Meta 8.7 Adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar el trabajo forzoso, poner fin a las formas modernas de esclavitud y la trata de seres humanos y asegurar la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidos el reclutamiento y la utilización de niños soldados y, a más tardar en el 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas.

### Derecho a la salud de las niñas y niños

Según el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24) de la Convención de los Derechos del Niño, los principios y premisas para realizar el derecho de la niña, niño y adolescente a la salud son:

#### a. Indivisibilidad e interdependencia de los derechos del niño, niña y adolescente

- La Convención reconoce la interdependencia y la igualdad de importancia de los distintos derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que permiten a todos los niños, niñas y adolescentes desarrollar su capacidad mental y física, su personalidad y su talento en la mayor medida posible. El derecho del niño y la niña a la salud no solo es importante en sí mismo. La realización del derecho a la salud es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención. A su vez, el logro del derecho a la salud de las niñas y niños depende de la realización de otros muchos derechos enunciados en la Convención.

#### b. Derecho a la no discriminación

- A fin de lograr la plena realización del derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes, los Estados partes tienen la obligación de asegurar que la salud de la niña y el niño no quede minada por la discriminación, importante factor que contribuye a la vulnerabilidad. En el Artículo 2 de la Convención figuran diversos motivos con respecto a los cuales está prohibido discriminar, en particular por su pueblo de origen/etnia, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales. Al respecto, cabe mencionar también la orientación sexual, la identidad de género y el estado de salud, en particular el VIH/Sida y la salud mental. También hay que prestar atención a cualquier otra forma de discriminación que mine la salud de la niña y el niño y hacer frente a los múltiples tipos de discriminación.
- La discriminación basada en el género está especialmente extendida y da lugar a una amplia gama de fenómenos, desde el infanticidio o feticidio femenino hasta las

prácticas discriminatorias en la alimentación de lactantes y niños pequeños, y los estereotipos basados en el género y las diferencias en el acceso a los servicios. También debe prestarse atención a las distintas necesidades de los niños y las niñas y al impacto de las normas y valores sociales relacionados con el género en la salud y el desarrollo de los niños y las niñas. Igualmente, hay que prestar atención a las prácticas y normas de comportamiento nocivas basadas en el género que están arraigadas en las tradiciones y costumbres y minan el derecho de las niñas y los niños a la salud.

- Todos los programas y políticas que afecten a la salud del niño deben fundarse en un enfoque amplio inspirado en la igualdad de género, que garantice la plena participación política de la mujer, su empoderamiento social y económico, el reconocimiento de la igualdad de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y la igualdad en el acceso a la información, la educación, la justicia y la seguridad, incluida la eliminación de todas las formas de violencia sexual y basada en el género.
- La labor orientada a la realización del derecho del niño, niña y adolescente a la salud ha de tener como destinatarios privilegiados a los más desfavorecidos y que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas. Los Estados deben determinar los factores de ámbito nacional y subnacional que generan vulnerabilidad en los niños o colocan en situación desfavorable a determinados grupos de niños. Estos factores deben tenerse presentes al elaborar leyes, reglamentos, políticas, programas y servicios en el ámbito de la salud infantil y al trabajar en pro de la equidad.

#### c. El interés superior del niño, niña y adolescente

- El Artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, así como a los tribunales de justicia, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, a velar porque se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niñas o niños individuales o un grupo de niñas o niños. El interés superior de cada niña o niño debe determinarse en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social, y tras haberse escuchado su opinión, de conformidad con el Artículo 12

de la Convención.

- El Comité exhorta a los Estados a que sitúen el interés superior del niño, niña y adolescente en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y su desarrollo, incluidas las relativas a la asignación de recursos y al desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones que afecten a los factores subyacentes que determinan la salud del niño. Por ejemplo, el interés superior de la niña y el niño deberá:
  1. Orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas;
  2. Contribuir a la solución de los conflictos de intereses entre padres y trabajadores sanitarios; y
  3. Determinar la elaboración de políticas orientadas a reglamentar las acciones que enrarecen los entornos físicos y sociales en los que los niños viven, crecen y se desarrollan.
- El Comité recalca la importancia del interés superior de la niña y el niño como fundamento de todas las decisiones que se adopten con respecto al tratamiento que se dispense, niegue o suspenda a todas las niñas y niños. Los Estados deben establecer procedimientos y criterios para orientar a los trabajadores sanitarios en la determinación del interés superior de la niña y el niño en la esfera de la salud, además de otros procesos vinculantes formales disponibles para definir el interés superior de la niña y el niño. El Comité, en su Observación General N° 3, ha subrayado que solo podrán adoptarse medidas adecuadas en la lucha contra el VIH/Sida, si se respetan plenamente los derechos de las niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, el interés superior de la niña y el niño debe guiar el examen del VIH/Sida en todos los niveles de prevención, tratamiento, atención y apoyo.
- En su Observación General N° 4, el Comité subrayó el interés superior de la niña y el niño en tener acceso a información adecuada en materia de salud. Debe prestarse especial atención a determinadas categorías de niños, entre ellos los niños y adolescentes con discapacidad psicosocial. Cuando se plantee la hospitalización o el internamiento, la decisión debe adoptarse de conformidad con el principio del interés superior de la niña y el niño, en el entendimiento fundamental de que redundará en el interés superior de los niños con discapacidad recibir atención, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven y en un entorno familiar, de ser posible en su propia

familia, prestando a la familia y al niño todo el apoyo necesario.

#### **d. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo y factores que determinan la salud de la niña y el niño**

- En el Artículo 6 se pone de relieve la obligación de los Estados parte de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de la niña y el niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. Hay que determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de la niña y el niño para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria vital.
- El Comité reconoce que, para la realización del derecho a la salud de la niña y el niño, deben tenerse en cuenta varios determinantes, algunos de orden individual como la edad, el sexo, el rendimiento escolar, la condición socioeconómica y el domicilio; otros que operan en el entorno inmediato formado por las familias, los compañeros, los maestros y los proveedores de servicios, en particular con respecto a la violencia que pone en peligro la vida y la supervivencia de la niña y el niño en su entorno inmediato; y determinantes estructurales como políticas, estructuras y sistemas administrativos, valores sociales y culturales y normas.
- Entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo de la niña y el niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto, así como de prácticas de lactancia natural que distan mucho de ser óptimas. El comportamiento de los progenitores y otros adultos que influyen en la niña y el niño, en el ámbito de la salud y otros ámbitos conexos, tiene gran repercusión en la salud de la niña y el niño.

#### **e. Derecho del niño a ser escuchado**

- En el Artículo 12 se pone de relieve la importancia de la participación de los niños, niñas y adolescentes, al disponerse que expresen sus opiniones y que dichas opiniones se tengan debidamente en cuenta, en función de la edad y madurez de la niña y el niño.
- Ello incluye sus opiniones sobre todos los aspectos

relativos a la salud, entre ellos, por ejemplo, los servicios que se necesitan, la manera y el lugar más indicados para su prestación, los obstáculos al acceso a los servicios o el uso de ellos, la calidad de los servicios y la actitud de los profesionales de la salud, la manera de incrementar la capacidad de los niños de asumir un nivel de responsabilidad cada vez mayor en relación con su salud y su desarrollo y la manera de implicarlos de forma más eficaz en la prestación de servicios encargándoles la instrucción de sus propios compañeros. Se alienta a los Estados a que organicen consultas participativas periódicas adaptadas a la edad y la madurez de la niña y el niño, así como investigaciones con ellos y a que hagan lo mismo con los padres, por separado, a fin de conocer las dificultades que encuentran en el ámbito de la salud, sus necesidades en materia de desarrollo y sus expectativas con miras a la elaboración de intervenciones y programas eficaces sobre salud.

#### **f. Evolución de las capacidades y trayectoria vital de la niña y el niño**

- La infancia es un período de crecimiento constante que va del parto y la lactancia, a la edad preescolar y la adolescencia. Cada fase reviste importancia en la medida en que comporta cambios diversos en el desarrollo físico, psicológico, emocional y social, así como en las expectativas y las normas. Las etapas del desarrollo de la niña y el niño son acumulativas; cada una repercute en las etapas ulteriores e influye en la salud, el potencial, los riesgos y las oportunidades de la niña y el niño. Entender la trayectoria vital es decisivo para apreciar la manera en que los problemas de salud de la infancia afectan a la salud pública en general.
- El Comité reconoce que las capacidades cambiantes de la niña y el niño repercuten en su independencia al adoptar decisiones sobre las cuestiones que afectan a su salud. Observa también que, a menudo, surgen discrepancias profundas en cuanto a esa autonomía en la adopción de decisiones, siendo habitual que los niños especialmente vulnerables a la discriminación tengan menor capacidad de ejercerla. En consecuencia, es fundamental disponer de políticas de respaldo y proporcionar a las niñas y los niños, los padres y los trabajadores sanitarios orientación adecuada basada en derechos con respecto al consentimiento, el asentimiento y la confidencialidad.
- Para tener en cuenta y entender las capacidades cambiantes de la niña y el niño y las distintas prioridades

en materia de salud a lo largo del ciclo vital, los datos y la información reunidos y analizados deben desglosarse por edad, sexo, estado de discapacidad relativo, condición socioeconómica, aspectos socioculturales y ubicación geográfica, siempre con arreglo a las normas internacionales. De ese modo, es posible planificar, elaborar, aplicar y supervisar políticas e intervenciones apropiadas que tomen en consideración las capacidades y las necesidades cambiantes de las niñas y los niños en el transcurso del tiempo y contribuyan a la prestación de servicios sanitarios pertinentes a todas las niñas y niños.

### **3.2**

#### **Derecho a la salud**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen:

1. No discriminación: el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
2. Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
3. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
  - No discriminación
  - Accesibilidad física
  - Accesibilidad económica
  - Acceso a la información
4. Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
5. Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

6. Rendición de cuentas: los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
7. Universalidad: los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

### 3.3

#### Rol de los profesionales de salud

Es imprescindible la sensibilización y el desarrollo de competencias en las y los proveedores de salud. Quizá la actuación más factible por parte ellos en prevención primaria es la identificación de factores de riesgo de maltrato y de situaciones de mayor vulnerabilidad de la niña, niño o la familia, y la intervención precoz o temprana para evitar que se produzca la situación de maltrato. Además, el desarrollo de programas orientados a mejorar la capacitación de las madres, padres y encargados; prestarles apoyo y orientación, así como proporcionarles refuerzo positivo, tal como se realiza en la Red de Maternidad y Paternidad Responsable.

En los casos de la existencia de violencia hacia la mujer, si ésta tiene hijas o hijos se debe poner en conocimiento y siempre debe hacerse la valoración de la niña o el niño con respecto a las posibles repercusiones psicológicas por el hecho de ser testigo de la situación de violencia. Se debe explorar la posibilidad de que también sea víctima de maltrato. Asimismo, se debe atender los problemas parentales, si los hubiere (alcoholismo, uso de drogas y otros trastornos psicopatológicos graves).

El papel de las y los proveedores de salud debe encaminarse a:

- Prevención
- Detección
- Información
- Actuación

Apoyarse en los principios de actuación del Ministerio de Salud

- La niña y el niño como sujetos sociales de derechos.
- Interés superior de la niña y el niño.
- Protección integral a la niñez.
- Participación de la niñez con arreglo a las capacidades

de desarrollo y con un adecuado respeto a las madres, padres y a la familia.

- La no discriminación.
- La equidad de género.
- La familia, por ser la base para el desarrollo integral de la niñez, respetando la interculturalidad, como actor participante y destinatario de acciones de fortalecimiento por parte de la sociedad y el Estado.
- Extensión de las acciones de promoción de salud a los entornos de la vida cotidiana de las niñas, los niños y su familia.
- Prevención y erradicación del maltrato infantil.
- Fomento y construcción de redes sociales.
- Ética y calidad institucional: transparencia, responsabilidad, honradez, integridad, eficiencia, calidad en las acciones, compromiso con el desempeño y mística de servicio.
- Con base en el principio de fomentar el respeto hacia los cuatro pueblos: maya, garífuna, xinca y mestizo.

### 3.4

#### La Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)

La Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), que fue presentada en 1996 como principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de las niñas y niños en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para las y los proveedores de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.

La implementación de la AIEPI contempla la participación, tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes:

- El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento.
- El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada.
- El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas

familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

### 3.4.1

#### Objetivos y metas AIEPI

1. Reducir la mortalidad en la niñez.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a las niñas y niños.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de las niñas y niños.

### 3.4.2

#### Objetivos y metas AIEPI para detectar y tratar maltrato infantil

##### Evaluar a la niña o niño buscando maltrato

En todas las niñas y niños se debe investigar si existe maltrato y que la atención se basa en la pertinencia cultural y respeto hacia los cuatro pueblos indígenas.

Para verificarlo se debe observar:

1. Si hay lesión física sugestiva de maltrato.
2. Si hay lesión en genitales y ano.
3. Si el o la paciente expresa espontáneamente que es víctima de cualquier tipo de maltrato.
4. Si hay evidencia de alteración en el comportamiento de la niña o niño.
5. Si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores.
6. Si la niña o niño está descuidado en su higiene.
7. Si la niña o niño está descuidada(o) en su salud y consulta tardía en lesiones graves.
8. Discrepancia entre una lesión y la historia relatada como origen de la lesión.

Recordar hacer la evaluación con respeto hacia la niña, niño y su acompañante así como atender a la o el paciente en su idioma materno.

##### 1. OBSERVAR Y PREGUNTAR por lesiones físicas: ¿Son sugestivas de maltrato? ¿Son inespecíficas?

Debe observarse la piel de todo el cuerpo en busca de lesiones como equimosis, hematomas, quemaduras, laceraciones, cicatrices o fracturas. Las lesiones físicas sugestivas de maltrato pueden evidenciar la forma o las huellas de un objeto (generalmente de uso cotidiano) con el cual la niña o el niño fue agraviado. Además, es muy frecuente que la localización de las lesiones sea diferentes de las lesiones accidentales porque se encuentran principalmente en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos. Las fracturas en menores de 3 años están frecuentemente asociadas a maltrato. Aunque existen fracturas accidentales en los mayores de 3 años también debe pensarse en maltrato. Por esa razón, en todos los menores de 5 años se considera que cualquier fractura es sospechosa, en especial cuando no concuerda con la historia.

Es frecuente que las niñas o niños menores de 5 años tengan lesiones causadas por traumas accidentales. En general, estas lesiones físicas están localizadas en áreas expuestas, que son pocas, no tienen forma limitada, no tienen patrón definido. Por esta razón, se consideran lesiones inespecíficas.

##### 2. OBSERVAR Y DETERMINAR si presenta lesiones en genitales o ano:

En el área genital y anal debe buscarse la presencia de flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices, que en este grupo de edad son sugestivos de abuso sexual. Por otro lado, el enrojecimiento debido a lesiones por uso de pañal, irritación por uso de jabón de baño, irritación y molestia debido a constipación o infestación por enterobios, pueden ser considerados lesiones inespecíficas.

**2.1 PREGUNTAR** cómo y cuándo se produjeron las lesiones y determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones.

Para ayudar a esclarecer si las lesiones son accidentales o causadas por el maltrato es importante que se pregunte cómo y cuándo se produjeron las lesiones. De la correlación entre la historia clínica referida por los cuidadores, el grado de desarrollo psicomotor del niño y las lesiones encontradas, el profesional de la salud deberá decidir si existe discrepancia entre la historia y las lesiones. Cuando las lesiones inespecíficas que no son típicas del maltrato están asociadas a una historia que no es compatible con las lesiones encontradas o con el desarrollo de la niña o niño debe pensarse en maltrato.

### **3. DETERMINAR si la niña o niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato**

Un aspecto importante que orienta al diagnóstico de maltrato, es cuando la misma niña o niño dependiendo de su desarrollo y lenguaje exprese espontáneamente la agresión. A las niñas y los niños hay que creerles.

### **4 DETERMINAR si hay evidencia de alteración en el comportamiento de la niña o niño:**

El comportamiento de la niña o niño debe ser cuidadosamente observando durante toda la consulta, ya que puede dar elementos claves para sospechar o detectar que este niño esta siendo maltratado de alguna manera, aún sin tener una lesión evidente. Niñas y niños muy agresivos o por el contrario demasiado temerosos, retraídos o que evitan el contacto visual y/o físico, así como aquellos que presentan conductas autodestructivas o alteraciones del sueño pueden estar siendo maltratados.

Es importante resaltar que las alteraciones del comportamiento pueden ser la manifestación de cualquier tipo de maltrato (físico, sexual, psicológico o negligencia).

### **5. DETERMINAR si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores.**

Es muy difícil decir que exista un tipo particular de personas abusadoras o que ésta se reconozca por algún rasgo específico. Una personas que abusa de una niña o niño puede ser de muy bajo o muy alto nivel educativo ya que el estatus social no ese relaciona con su capacidad para proteger adecuadamente a sus hijas o hijos.

El comportamiento de las o los cuidadores(as) debe ser cuidadosamente observando durante toda la consulta porque puede dar elementos claves para sospechar o detectar que de alguna manera maltratan a las niñas o niños. Los padres o cuidadores descuidados, castigadores, que tienen comportamiento agresivo o a la defensiva, deben ser considerados como problemas de alteración en el comportamiento.

#### **5.1 PREGUNTAR a las o los cuidadores(as) cómo corrigen a su hijo o hija y cómo solucionan los conflictos familiares.**

Estas dos preguntas sirven para conocer algunas prácticas educativas y la manera en que son solucionados los conflictos familiares. Muchos padres que usan con frecuencia castigo físico para corregir a sus hijo o hijas tiene la creencia que eso es efectivo para ejercer disciplina, Algunos piensan que es una prerrogativa de los padres, sin reconocer que los niños y niñas tiene derecho a que se les respete su cuerpo y no se les golpee. Otros padres recurren a la tradición como argumento y dicen que a ellos así los educaron, creyendo que eso los ayudó, No conocen que la mayoría podría ser personas felices y exitosas si no los hubieran golpeado en su infancia.

### **6. OBSERVAR Y DETERMINAR si la niña o el niño está descuidado en su higiene**

La observación del cuidado de la niña o niño marca una pauta importante para determinar el grado de interés de sus padres o cuidadores (as). Por ello, es importante observar su aseo, aspecto del cabello, uñas, genitales y en caso de tener dientes, examinar el buen o mal estado de los mismos.

### **7. DETERMINAR si la niña o niño esta descuidado de su salud:**

- ¿La consulta es tardía para la causa?
- ¿El esquema de vacunación está incompleto?
- ¿La niña o el niño se encuentra desnutrido?

Una consulta tardía al servicio de salud puede representar una actitud de poco interés antes las necesidades o afecciones de la niña o niño, subvalorado o minimizando dichas necesidades. Puede también deberse a la necesidad de los padre de ocultar una lesión que ha producido.

### **No existe una regla para determinar cuándo es tardía una consulta**

De la valoración que realice el personal de salud depende determinarlo.

Otros indicadores de descuido en la salud de la niña o niño son el esquema de vacunación incompleto y la desnutrición.

### **8. DETERMINAR discrepancia entre una lesión y la historia relacionada como origen de la lesión.**

El cuadro 2 muestra cómo evaluar a la niña o el niño para verificar si tiene maltrato (ver pág. 17)

Clasificar a la niña o niño buscando maltrato infantil.

Toda niña o niño en el que se identifica la posibilidad de maltrato y se evalúa por este motivo debe tener una de estas clasificaciones. Las clasificaciones son de riesgo y no diagnóstico; existen cuatro posibles clasificaciones que orientan a la toma de decisiones para el maltrato:

- Compatible con maltrato infantil, colocación de la niña o niño en riesgo de padecer maltrato
- Sospecha de maltrato
- Falla en la crianza
- No hay sospecha de maltrato

## 9. REGISTRO de Casos

Toda sospecha de caso de maltrato infantil detectado en los servicios de salud, en los diferentes niveles de atención, deberá registrarse en la historia clínica y en el Sistema de Información del MSPAS con los siguientes códigos;

Diagnóstico	Código clasificación*
Negligencia o abandono	T74.0
Abuso físico	T74.1
Abuso sexual	T74.2
Abuso psicológico	T74.3

\*Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión OPS

### 3.4.3

#### Utilización de cuadro de clasificación (ver cuadro 2).

Se necesita completar primero la evaluación luego, proceder de la siguiente forma:

- La niña o niño que presente cualquiera de los signos de la **fila roja** o se detectan conductas que hubieran colocando a la niña o el niño en grave riesgo de padecerlos será clasificado como **“compatible con maltrato físico y/o abuso sexual”**.
- Si la niña o el niño no presentan ninguno de los signos de la fila roja, observe la segunda fila amarilla. Si el paciente tiene alguno de los aspectos de la **fila amarilla**, clasifíquela como **“sospecha de maltrato”**.
- Si la niña o niño no presenta signos para ser clasificado en las hileras rojas o amarillas, observar si tiene alguno de los signos de la hilera **color crema**, clasifíquelo como **“fallo en la crianza”**.
- **Recordar** siempre iniciar la clasificación de la niña o niño observando los signos de la zona roja ya que estos pertenecen a una clasificación grave e indican que la niña o niño debe ser atendido en un nivel de referencia. Procediendo de este modo nunca se omitirá detectar los casos graves, que son los que deben recibir atención de urgencia.
- Si la niña o niño no fue clasificado en ninguna de las filas anteriores, clasifíquelo como **“no hay sospecha de maltrato”** hilera de **color verde**.
- **Observar** también que la niña o niño siempre recibe una clasificación, en caso de tener dudas, elija siempre la más grave para que la niña o niño reciba la atención más completa.

#### Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual

Las niñas o niños que presentan lesión física sugestiva de maltrato, lesiones en genitales o ano, expresan espontáneamente que son víctimas de maltrato físico y/o abuso sexual deben clasificarse como “compatible de maltrato físico y/o abuso sexual”.

Recuerde que está clasificando, no haciendo un diagnóstico. No todas las niñas y niños que se clasifiquen como “compatible de maltrato y/o abuso sexual” serán realmente niñas o niños maltratados o con abuso sexual. Sin embargo, cuando se detecte estos casos, es conveniente que se refieran para que se haga una evaluación adicional y se trate el problema.

A la niña o niño que presente lesiones o dolor debe garantizársele el tratamiento de las mismas y, si corresponde, su referencia y notificación a la autoridad competente.

Los casos clasificados como “compatible con maltrato infantil y/o abuso sexual” deben ser referidos con urgencia porque las niñas y niños que son atendidos oportunamente y son devueltos a sus hogares sin las mínimas garantías, son objeto de maltrato nuevamente o pueden estar en riesgo de morir a manos de sus agresores(as), además, es una forma de proteger a la o el paciente, ya que mientras se analiza el caso y al agresor(a), la niña o el niño se aísla temporalmente del escenario donde es violentado.

Esta clasificación requiere que el personal de salud refiera a la niña o niño con un profesional de trabajo social y/o psicología para que realice una evaluación más completa y traslade la información al **Comité de atención y prevención de maltrato infantil** (ver anexo 3) para que tomen las medidas necesarias de protección y denunciar el caso al sistema de justicia para la protección a sus derechos.

### Sospecha de maltrato

Todas las niñas o niños que presentan dos o más de los siguientes signos: Lesiones físicas inespecíficas, comportamiento alterado, comportamiento alterado de los cuidadores, descuido en su higiene y su salud o que expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia, deben ser clasificados como sospecha de maltrato.

Esta clasificación requiere que el profesional de salud refiera a la niña o niño a trabajo social y/o psicológico para que realicen una evaluación más completa y trasladen la información al **Comité de Atención y Prevención del maltrato infantil** para que tomen las medidas pertinentes mencionadas anteriormente.

Independientemente que se confirme posteriormente el maltrato en niñas o niños, los signos encontrados durante la consulta hacen necesario que el profesional de salud refuerce comportamiento positivo de buen trato; promueve medidas preventivas; y refuerce el respeto y garantía de los derechos de la niñez. Debe controlarse en 14 días con el fin de confirmar si asistió a la valoración de trabajo social o psicología. En el caso de haber asistido a uno o a ambos profesionales, se deberá reforzar lo recomendado durante esas visitas.

### Falla de la crianza

Las niñas o niños que no presentan sospecha de maltrato y que tiene uno solo de los signos mencionados se clasifica como "falla en la crianza". El profesional de salud debe reforzar comportamientos positivos de buen trato. Se deberá promover medidas preventivas, reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez y asegurar que los padres están llevando a la consulta de crecimiento y desarrollo.

### No hay sospecha de maltrato

Cuando durante la evaluación no se encuentra ninguno de los signos, se clasifica como "**no hay sospecha de maltrato**". En estos casos, se debe felicitar a la madre, o a quien llevó a la niña o niño a la consulta y al grupo familiar conviviente. Se debe reforzar comportamientos positivos de buen trato y promover medidas preventivas.

## Cuadro 2: Cuadro de clasificación del maltrato infantil en niñas y niños - AIEPI -

¿Tiene la niña o el niño signos compatibles con maltrato, abuso, negligencia o falla en la crianza?

PREGUNTAR EL IDIOMA MATERNO	OBSERVAR Y DETERMINAR	CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO	
Si la niña o el niño presenta alguna lesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si presenta lesión física: Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huellas de un objeto, lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura.</li> </ul>	<p>Una de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesión física de maltrato</li> <li>Lesiones en genitales o ano</li> <li>Indicadores clínicos psicológicos de violencia: cambios de conductas repentinos, cambios del rendimiento escolar, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, vergüenza, aislamiento extremo, regresión de conductas, enuresis, retraimiento e inhibición. Poca relación interpersonal con su compañeros(as), fugas del hogar, intentos de suicidio, usos de drogas y alcohol, autolesiones</li> <li>La niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato y/o abuso sexual</li> <li>Lesiones secundarias a trabajo infantil Detectar Síndrome de Mümchaussen por poderes</li> </ul>		<p>COMPATIBLE CON MALTRATO INFANTIL SI PRESENTA ABUSO SEXUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brinde soporte básico de vida en trauma</li> <li>Trate las lesiones y el dolor. Estabilice.</li> <li>Registre en el SIGSA</li> <li>Notifique (vía telefónica):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerio Público</li> <li>Juzgados de Niñez y Adolescencia: en casos que se tenga evidencia que el menor sufre grave riesgo y el MP lo descarte.</li> <li>Juzgado de Niñez y Adolescencia o Juzgado de Paz para solicitar medidas urgentes de protección</li> <li>PNC: para medidas de protección y acompañamiento a la víctima</li> </ul> </li> </ul>	
¿Cómo se produjeron las lesiones?	Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido)					
¿Cuándo se produjeron las lesiones?						
¿Cómo corrige a su hija o hijo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si la niña o el niño está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabello, uñas.</li> </ul>	<p>Dos o más de los siguiente signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesiones físicas inespecíficas</li> <li>Comportamiento del niño o la niña alterado</li> <li>Comportamiento alterado de los cuidadores</li> <li>Niña o niño descuidado en su salud</li> <li>Niña o niño descuidado en su higiene</li> <li>La niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia</li> <li>Lesiones secundarias a trabajo infantil</li> </ul>		<p>SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si detecta caso de maltrato infantil en servicios de salud de primero y segundo nivel, refiera inmediatamente al hospital más cercano</li> <li>Registre en SIGSA</li> </ul>	
¿Cómo soluciona los conflictos en su hogar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si la niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato y/o abuso sexual, si la niña o el niño por su edad de desarrollo aun no puede hablar sea muy minucioso(a) en la observación.</li> </ul>					
¿La niña o niño trabajan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones.</li> <li>Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de la niña o del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño.</li> <li>Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.</li> <li>Determinar si la niña o el niño está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabellos, uñas.</li> <li>Determinar si la niña o el niño está descuidado en su salud:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>La consulta es tardía para la causa; o</li> <li>El esquema de vacunación está incompleto, o</li> <li>El niño o la niña se encuentra desnutrido</li> </ul> </li> </ul>					
			Presenta uno solo de los signos descritos en la fila anterior		<p>FALLA EN LA CRIANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforzar comportamientos positivos de buen trato</li> <li>Promover medidas preventivas</li> <li>Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez</li> <li>Citar para la próxima consulta</li> </ul>
			No tiene ninguno de los signos anteriores		<p>NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Felicitar a la madre, padre o encargado(a)</li> <li>Reforzar comportamientos positivos de buen trato</li> <li>Promover los derechos de la niña y el niño</li> <li>Promover medidas preventivas</li> <li>Recordar la próxima visita de crecimiento y vigilancia del desarrollo</li> <li>Promover decálogo del buen trato infantil (ver anexo 4)</li> </ul>

### 3.5

## Diagnóstico presuntivo de maltrato infantil

Si como proveedor(a) de salud se encuentra frente a un caso presuntivo de maltrato infantil al llenar la historia clínica, realice los siguientes procedimientos:

### 3.5.1

#### Expediente clínico completo

La elaboración de la historia clínica única (Ver anexo 5) es un proceso continuo que inicia con la sospecha y detección. Recordar que el expediente clínico será el instrumento que brinde a la autoridad competente la constancia de lo sucedido y servirá para proteger a la niña o el niño.

- Completar todos los datos solicitados en el expediente clínico.
- Se debe anotar la hora y fecha del ingreso y la hora en que se realizó la notificación al Ministerio Público.
- Toda lesión o problema de conducta deberá ser cuestionado y el mecanismo mediante el cual sucedió la lesión deberá ser explicado de manera convincente.
- Es indispensable que los datos del interrogatorio (directo o indirecto) concuerden con los hallazgos del examen físico y con los resultados de los exámenes de gabinete y laboratorio que se efectúen a la niña o el niño.
- Si existe presunción de que la niña o el niño experimentan maltrato es importante que quien preste el servicio de salud explicita su diagnóstico presuntivo en el expediente clínico, con el fin de que quede constancia de lo sucedido.

### 3.5.2

#### Examen físico completo

Deberá realizarse una búsqueda intencionada de lesiones, marcas, signos o síntomas que permitan establecer el diagnóstico presuntivo del maltrato y se precisarán con detalle en la historia clínica única y por medio del trauma grama (incluida la misma en Anexo 5), esto es, un diagrama de la figura desnuda donde el proveedor(a) de salud marca la ubicación de todas las lesiones visibles. Realizar una exploración de fondo de ojo, en busca de la presencia de una hemorragia retiniana, vítrea (o ambas) que se presentan cuando la cabeza de la niña o el niño es sacudida con violencia, o bien

cuando es golpeada directamente. Es importante que sea con respeto hacia la niña y el niño, explicarle en su idioma materno a la madre o al acompañante los procedimientos que se realizarán principalmente si hay que desvestirlo. A continuación se observan algunos indicadores de maltrato infantil de acuerdo al tipo de maltrato:

#### INDICADORES DEL MALTRATO FÍSICO

- Hematomas, equimosis, eritemas y contusiones en la cara, labios, boca, tórax, abdomen, brazos y piernas
- Cicatrices en varias etapas de evolución
- Marcas de objetos como cinturón, cable, cadena, plancha, etcétera
- Quemaduras inexplicables en palmas de manos, pies, brazos, espalda (huellas de quemaduras de cigarrillos)
- Luxaciones y fracturas inexplicables en diversas fases de consolidación (fractura de clavícula)
- Lesiones musculares
- Señales de mordeduras humanas
- Trauma ocular
- Traumatismo craneoencefálicos
- Otros

#### INDICADORES DE MALTRATO PSICOLÓGICO

- Retardo en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- Cansancio
- Somatizaciones
- Problemas de lenguaje
- Fobias
- Autoestima baja
- Sentimiento de miedo e ira
- Tristeza
- Trastornos de la alimentación
- Otros

## EL ABUSO SEXUAL:

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera abuso sexual infantil el involucrar a la niña o al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales. El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre una niña o un niño y un adulto, o entre una niña y un niño y otro que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades, cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona, abarcan, pero no se limitan a la inducción a que una niña o un niño se involucre en cualquier tipo de actividad sexual, la explotación de niñas y niños a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales y la explotación de niñas y niños en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas.

### **Tipos de comportamientos sexuales que constituyen abusos sexuales hacia los niños, niñas y adolescentes.**

Los comportamientos sexuales inadecuados y abusivos abarcan una amplia gama de acercamientos que se detallan a continuación. Es importante destacar que para que ocurran actos abusivos NO es necesario el contacto físico ni que haya penetración.

#### **Tipos de comportamientos sexuales sin contacto físico.**

- Comentarios sexualizados hacia la niña o el niño (lo más frecuente es que se realicen en su presencia. Sin embargo, el agresor o agresora puede realizar comentarios obscenos por teléfono, notas o cartas).
- Exhibición de genitales frente al niño o la niña llegando, a veces, incluso a masturbarse delante de él o ella.
- Voyeurismo (espíar la intimidad del niño, niña o adolescente).
- Exhibición de materiales pornográficos al niño, niña o adolescente (libros, revistas o películas, vídeos, DVD).
- Inducción a que el niño, niña o adolescente se desnude o se masturbe delante del agresor/a.

#### **Comportamientos con contacto sexual (por encima o por debajo de la ropa)**

- Tocamientos en las partes íntimas (genitales, glúteos, pechos).
- Inducción a que el niño, niña o adolescente realice tocamientos al agresor/a.
- Frotamiento de los genitales del agresor/a contra el cuerpo o la vestimenta del niño, niña o adolescente.

#### **Penetración digital o con objetos**

- Agresor o agresora introduce su dedo en vagina y/o en ano.
- Agresor o agresora induce al niño, niña o adolescente a introducir su(s) propio(s) dedo(s) en vagina y/o en ano.
- Agresor o agresora introduce algún elemento en vagina y/o en ano.
- Agresor/a induce al niño, niña o adolescente a introducir algún elemento en vagina y/o en ano.
- Sexo oral (niña o niño práctica sexo oral al agresor o agresora o el agresor o agresora lo realiza con el niño/a o las dos modalidades).
- Besos de lengua.
- Succionar, besar, lamer o morder pechos.
- Cunnilingus (lamer, besar, chupar o morder la vagina o colocar la lengua en el orificio vaginal).
- Felaciones (lamer, besar, chupar o morder el pene).
- Anilingus (lamer, besar el orificio anal).

#### **Penetración peneana**

- Coito vaginal
- Coito anal
- Coito con animales

#### **La complejidad del diagnóstico:**

Validar un diagnóstico de abuso sexual es una cuestión no sólo complicada sino también delicada por las implicaciones legales a corto y medio plazo, y las emocionales a largo plazo. Aunque uno de los indicadores más específicos es el relato que hace la víctima, pocas veces es tomado en cuenta tanto por las personas que lo escuchan por primera vez como por los profesionales y/o autoridades que intervienen. Por lo

tanto, la precisión diagnóstica será mayor en la medida en que los proveedores de salud intervinientes puedan reconocer la presencia de signos y síntomas físicos y emocionales que corroboren la sospecha.

Es importante destacar que raramente la confirmación del abuso sexual se basa tan sólo en el hallazgo de signos físicos específicos o se realiza con la presencia de sólo uno de los indicadores descritos en este apartado. Con frecuencia, la tarea diagnóstica se asemeja a la del investigador que va articulando diversas pistas (los indicadores) para obtener un panorama lo más cercano posible a lo que verdaderamente sucedió.

#### **Aclaraciones importantes**

##### ***Abuso sexual infantil ocurre, aunque no haya penetración***

Raramente el agresor o agresora utiliza la fuerza física para concretar la agresión. Por el contrario, suele establecer o preexistir un vínculo de confianza, de autoridad o de poder del que se abusa. La victimización consiste en un proceso gradual.

A diferencia de la violación de personas adultas que suele presentarse como un episodio único, que ocurre de manera brusca, impredecible, con características propias de un hecho accidental, el abuso sexual de niñas, niños y adolescentes ocurre de manera crónica, repetida, a partir de un proceso de intromisión gradual en la intimidad del menor siguiendo pautas de planificación previa del agresor o agresora. Ocasionalmente la agresión sexual a niños y niñas puede ser con uso de fuerza y de manera brusca produciendo lesiones graves que pueden poner en riesgo su vida y requerir medidas de atención urgentes.

##### ***Abuso sexual infantil no es sinónimo de incesto***

Existen abusos perpetrados por personas de la familia (intrafamiliares) y por personas ajenas a la familia (extrafamiliares). Se denominan incestuosos a aquellos actos abusivos que ocurren entre familiares que, por las pautas socioculturales y las leyes, no tienen permitidas las relaciones sexuales ni los vínculos de pareja. Ejemplos de este tipo de vínculos serían el del padre y la hija, el padre y el hijo, la madre y la hija, la madre y el hijo, abuelos y abuelas y nietos y nietas, tíos y tías y sobrinos y sobrinas y hermanos y hermanas entre sí.

##### ***Abuso sexual infantil no ocurre únicamente entre una niña o niño o adolescente y un adulto***

El abuso sexual intrafamiliar perpetrado por familiares adultos

suele predominar, sin embargo, los abusos cometidos por adolescentes pueden representar un alto porcentaje dependiendo del lugar en donde ocurran dichos abusos.

#### **Indicadores físicos específicos**

Si bien la presencia de estos indicadores certifica que los abusos sexuales han ocurrido, están ausentes en la mayoría de los casos. Sin embargo, la ausencia de indicadores físicos específicos no descarta la posibilidad de que haya ocurrido un abuso sexual.

#### **Se consideran indicadores físicos específicos los siguientes:**

##### **a. Embarazo:**

Especialmente en niñas menores de 14 años, aunque en embarazos de mayores de 14 años debe agotarse los procesos de investigación antes de descartar el diagnóstico, ya que los datos epidemiológicos del MSPAS muestran una alta incidencia en el grupo etario de 14 a 19 años.

##### **b. Lesiones en zonas genitales:**

- Lesiones en zonas genital y/o anal
- Desgarros recientes o cicatrizales del himen
- Diámetro del himen mayor que 1 cm
- Desgarro de la mucosa vaginal
- Dilatación anal y esfínter anal hipotónico
- Sangrado por vagina y/o ano
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado asociadas a hallazgos anteriores).

##### **c. Enfermedades de transmisión sexual:**

No está de más insistir en que, cuando una niña o niño menor de 12 años sin vida sexual activa padece una enfermedad de transmisión sexual, hay que sospechar que pudo haberse contagiado debido a abusos sexuales, ya que la única vía de contagio es el contacto directo con una persona infectada.

No constituyen vías comprobadas y válidas de transmisión de estas enfermedades el contagio a través de la ropa interior prestada, por compartir toallas o apoyarse en sanitarios supuestamente contaminados. La mayoría de los agentes infecciosos que provocan estas dolencias necesitan infectar y reproducirse en células vivas y no resisten el pasaje por el medio ambiente.

Si se detectan enfermedades de transmisión sexual, corresponde realizar estudios clínicos a todo el grupo familiar para investigar qué otra persona está contagiada.

### **Pruebas que deben solicitarse para estudiar el caso**

Las pruebas solicitadas a la niña, niño o adolescente y a su grupo familiar deben incluir examen de flujo y/o secreciones vaginal o uretral y anal, además de un frotis faríngeo ya que, en casos en que hayan ocurrido episodios de sexo oral, los agentes infecciosos pueden hallarse en la garganta de la víctima o del agresor o agresora.

### **Organismos causantes de ITS altamente relacionados con la posibilidad de abusos sexuales:**

- *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea, blenorragia).
- *Treponema pallidum* (sífilis): está fuertemente asociada a la posibilidad de abusos cuando no es congénita.
- *Chlamydia trachomatis*: está altamente asociada a abusos sobre todo en niñas y niños mayores de 3-4 años. Si son menores puede deberse a una infección transmitida por la madre durante el parto ya que el germen puede sobrevivir durante esa cantidad de años.
- *Trichomona vaginalis*: altamente asociada a abusos en niños/as mayores de 1 año; en menores puede corresponder a una infección originada en el momento del parto.
- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH causante del sida): altamente asociado a la probabilidad de abuso siempre que se pueda excluir la posibilidad de transmisión por vía materna y por transfusiones.
- Virus del Herpes Tipos 1 y 2: están asociados a abusos, aunque en niñas o niños pequeños con antecedentes de dos semanas antes de infecciones herpéticas en las encías o en la boca pueden producirse auto contagios en la zona genital.
- Virus del Papiloma Humano (VPH): produce verrugas en la zona genital llamadas condilomas acuminados. Se transmite por vía sexual y por canal de parto. Raramente puede transmitirse por vía no sexual.
- Otros organismos como la *Gardenella Vaginalis*, los bacteroides y el *mycoplasma hominis*: no están tan fuertemente asociados con abusos, ya que también pueden contagiarse por mala higiene en niñas y niños pequeños.

### **Indicadores físicos inespecíficos**

- Ciertos trastornos psicosomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica. Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa, en especial cuando se asocian).
- Fenómenos regresivos como la enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niñas y niños que ya habían logrado el control de esfínteres.
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable.
- Inflammaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en zona genital no asociadas a otras lesiones descritas en el apartado de Indicadores altamente específicos.

Estos trastornos orgánicos no tienen una relación causal con el abuso y pueden aparecer sin que éste exista, pero dado que están estrechamente vinculados a situaciones de estrés elevado, su presencia es indicadora de sospecha.

El flujo vaginal no es normal en las niñas, sobre todo antes de la etapa puberal. Lo que no significa que se deba exclusivamente a la posibilidad de abusos sexuales. Por esa razón, siempre se debe estudiar cuál es la causa del problema y eventualmente qué lo están causando. Para ello, se requieren exámenes de laboratorio y, a veces, cultivos para identificar a los agentes infecciosos que están provocando la dolencia.

En la mayor parte de los casos se debe a contaminaciones con microbios habituales en la piel y en las mucosas de las niñas. Es imposible identificar al agente causal a simple vista o solamente por los hallazgos clínicos.

### INDICADORES DE MALTRATO POR ABANDONO

- Hija o hijo no deseada.
- Se presenta con ropa inadecuada para el clima.
- Falta de atención médica u odontológica.
- Con hambre.
- Con evidente falta de supervisión adulta.
- Desnutrición desconcertante con el nivel socio económico del hogar.
- Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual.
- Constante fatiga, sueño o hambre.
- No cuenta con documentos oficiales, como acta de nacimiento o carné de vacunación.
- Otros

### INDICADORES CONDUCTUALES DE LA NIÑA Y EL NIÑO MALTRATADO

- Temor al contacto o a los acercamientos físicos.
- Temor exagerado a un adulto(a).
- Conducta agresiva, destructiva o excesivamente sumisa.
- Depresión.
- Intentos de auto agredirse o auto eliminarse.
- Enuresis, encopresis.
- Problemas alimenticios: muy glotón o pérdida de apetito.
- Bajas calificaciones escolares.
- Inasistencias escolares frecuentes e injustificadas.
- Inhibición para jugar.
- Se torna pedigüeño(a); roba comida y objetos.
- Tiende a beber alcohol o consumir otras drogas lícitas e ilícitas.
- Timidez exagerada.
- Carencia de afecto.
- Otro

### 3.5.3

### Exámenes de laboratorio y gabinete

Solicite los exámenes de laboratorio y de gabinete, que sean pertinentes para el caso, de acuerdo con la historia clínica y los hallazgos en el examen físico. Cada caso debe individualizarse.

En los casos de agresión sexual con fuerza corporal en los que ha habido penetración (vaginal, anal o bucal) realizar estudios cito-bacteriológicos y análisis de sangre basales:

- VDRL
- Hepatitis B y C
- Prueba de embarazo
- VIH
- Hematología
- Frote Gram y cultivo de flujo o secreción vaginal o uretral y anal
- Frotis faríngeo, si hubo episodios de sexo oral
- Química sanguínea con pruebas hepáticas y renales por la toxicidad de los fármacos antirretrovirales
- Otros de acuerdo con el caso.

Si al completar la Historia Clínica y los exámenes respectivos se confirma el maltrato infantil en la niña o el niño y se considera en riesgo, es prudente tomar la decisión de internarlo, se le informa a los familiares la necesidad de la internación para estudiar el caso y asistirle adecuadamente, omitiendo manifestar la sospecha de que haya sido maltratado para evitar la fuga y que la situación de riesgo se agrave sensiblemente para la niña o el niño.

Según lo encontrado en la historia clínica y los hallazgos en el examen físico, individualice cada caso y si no cuenta con la capacidad resolutiva refiera inmediatamente al servicio de salud más cercano y con mayor capacidad resolutiva.

Paralelamente el Comité de Atención y Prevención contra el Maltrato infantil tomará las medidas necesarias para proteger a la niña o el niño, derivar el caso y/o denunciar.

## Tratamiento profiláctico (Protocolo de Atención de Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual)

### Prevención o tratamiento de ITS en niñas y niños

ITS	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y dosis	Total de frascos o tabletas por tratamiento
Sífilis*	Elección: Penicilina Benzatínica	Vial de 1,200,000 UI	50,000 UI/kg vía IM dosis única	1 vial
Gonorrea y Chlamydia	Elección: Azitromicina	200 mg/5 ml frasco de 15 ml	20 mg/kg dosis única vía oral, máximo 2 gramos	1 frasco
	Alternativa: Doxiciclina (administrar en niños mayores de 8 años)	Tableta 100 mg	100 mg cada 12 horas x 7 días vía oral	14 tabletas
Tricomoniasis	Elección: Metronidazol	250/5 ml frasco de 120 ml	15-30 mg/kg vía oral dosis única	1 frasco
	Alternativa: Tinidazol	500 mg tabletas	50 mg/kg dosis única vía oral	4 tabletas

\*Paciente alérgico a la penicilina, la alternativa es Claritromicina

### Profilaxis Post Exposición al VIH (PPE) en niñas, niños y adolescentes (Antes de 72 horas)

Infección	Peso	Fármacos	Presentación y concentración	Administración y dosis	TOTAL FRASCO S O TABLETAS
VIH	Menor de 30 kg	Zidovudina +	Solución 10 mg/ml frasco de 240 ml	9-12 mg/kg vía oral cada 12 horas por 28 días	5-7 frascos
		Lamivudina +	Solución 10 mg/ml frasco de 240 ml	4 mg/kg vía oral cada 12 horas por 28 días	2-3 frascos
		*Lopinavir + Ritonavir*	Solución 400 mg/ 100 mg/5 ml frasco de 120 ml	Para menores de 15 kg 12 mg/kg vía oral cada 12 horas por 30 días Para mayores de 15 kg 10 mg/kg vía oral cada 12 horas por 28 días	1-2 frascos
Mayor de 30 kg	Zidovudina + Lamivudina	300 mg + 150 mg	1 tableta cada 12 horas por 28 días	56 tabletas	
	Lopinavir + Ritonavir	200 mg + 50 mg	2 tabletas cada 12 horas por 28 días	112 tabletas	
Mayor de 40 kg	Tenofovir + Emtricitabina	300 mg + 200 mg	1 tableta cada 24 horas por 28 días	28 tabletas	

\*Necesita cadena de frío

### Dosificación para tabletas de Lopinavir/Ritonavir 100/25 mg basada en peso corporal

Guías de dosificación pediátrica basadas en el peso corporal sin la administración concomitante del Efavirenz, Nevirapina, Nelfinavir ni Amprenavir	
Peso corporal	Número de tabletas de 100/25 mg
7 a < de 15 kg	No se recomiendan tabletas sino la solución oral
15 a 25 kg	2
> 25 a 35 kg	3
> 35 kg	4*

(\* Alternativamente pueden usarse dos tabletas de 200/50 mg para administrar la dosis en estos pacientes que puedan deglutir tabletas más grandes.

Fuente: Programa Nacional de ITS, VIH y Sida

### Anticoncepción de emergencia\*

	Principio activo	Composición	Dosis
Primera elección	Progestágeno	Levonorgestrel 0.75 mg	1 tableta en la primera consulta y 1 tableta 12 horas después de la primera (no se recomienda dar a tomar las dos tabletas juntas ya que aumenta los efectos adversos como mayores posibilidades de náusea y vómitos)
		Levonorgestrel 1.5 mg	1 tableta dosis única. La OMS recomienda que la mujer tome una sola dosis de progestágeno de 1.5 mg en los cinco días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección.
Alternativa	Progestágeno + Estrógeno	Levonorgestrel 0.15 mg + Etinilestradiol 0.30 mg	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.

\*En menores de 14 años solamente dar anticoncepción de emergencia y no métodos para planificación familiar pues podría estarse colaborando con la comisión de un delito (violación continuada, trata de personas, etc.). Se debe dar consejería. En caso de utilizar las dosis altas administrar un antiemético.

## Vacunación

**Profilaxis Hepatitis B:** dar profilaxis frente al virus de la Hepatitis B individualmente, si no tiene antecedente de vacunación completa y solicitar el biológico a la Dirección del Área de Salud (DAS). La segunda dosis se da al mes y la tercera a los cinco meses.

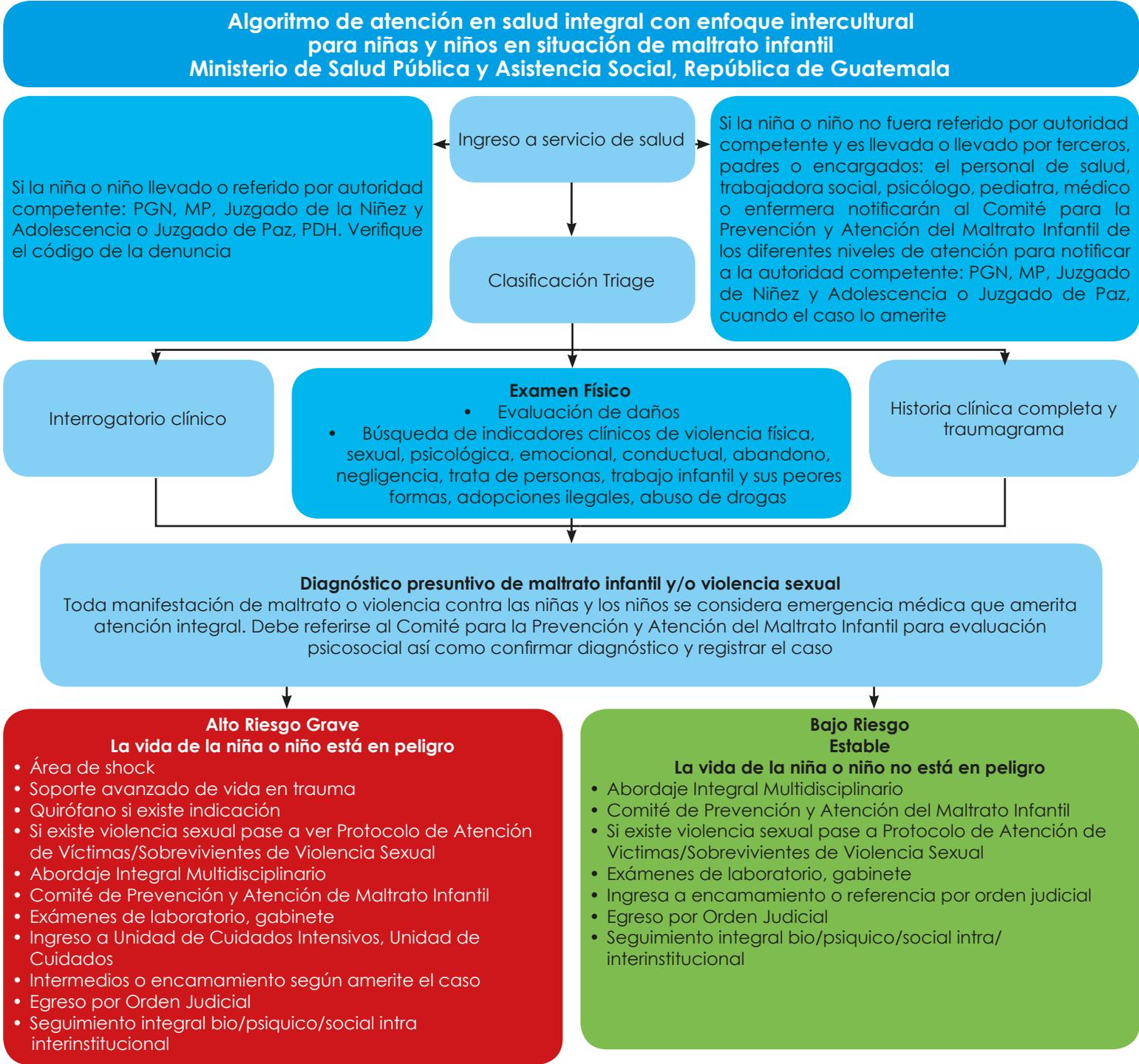
**Vacunación antitetánica:** siempre vacunar en caso de agresión sexual con penetración.

**Vacunación en menores de seis años:** en niñas y niños menores de seis años, se debe investigar el esquema de vacunación al momento de realizar la historia clínica en los antecedentes. En estos casos preferiblemente aplicar DPT.

**Vacunación en mayores de seis años:** en caso de mayores de seis años que hayan sido víctimas/sobrevivientes de abuso físico o agresión sexual con fuerza corporal y que presenten lesiones corto-contundentes, erosiones y/o excoriaciones con pérdida de sustancia, quemaduras, lesiones penetrantes en cualquier parte del cuerpo o evidencia de haber sufrido penetración ano-genital, aplicar DT (por neurotoxicidad de Bordetella Pertussis).

# Capítulo 4

## Algoritmo de atención en salud integral y rutas de derivación



# Ruta de atención y notificación de casos de maltrato infantil y violencia sexual en los servicios de salud



**Atención inmediata**

Historia Clínica

- ¿Qué ocurrió?, ¿Cuándo ocurrió?, ¿Cómo ocurrió?
- En niños preguntar dónde les duele
- En víctimas inestables (alto riesgo) medidas para salvaguardar su vida e integridad

Examen Físico completo:

- Búsqueda activa de lesiones, describirlas

Exámenes complementarios:

- Estudios cito-bacteriológicos, análisis de sangre basales
- Rx, USG, etc.

Tratamiento

- Soporte básico de vida
- Tratar lesiones, dolor, estabilizar
- Administrar Kit de emergencia si procede

Registro:

- Expediente Clínico
- Ficha Clínica
- En Sistema de Información del MSPAS

**Protección:**

- Atención integral y multidisciplinaria
  - Atención Psicológica
  - Atención Trabajo Social
- Evaluación de riesgos
- De ser necesario hospitalizar



**Vía telefónica al tener el diagnóstico o sospecha de abuso**

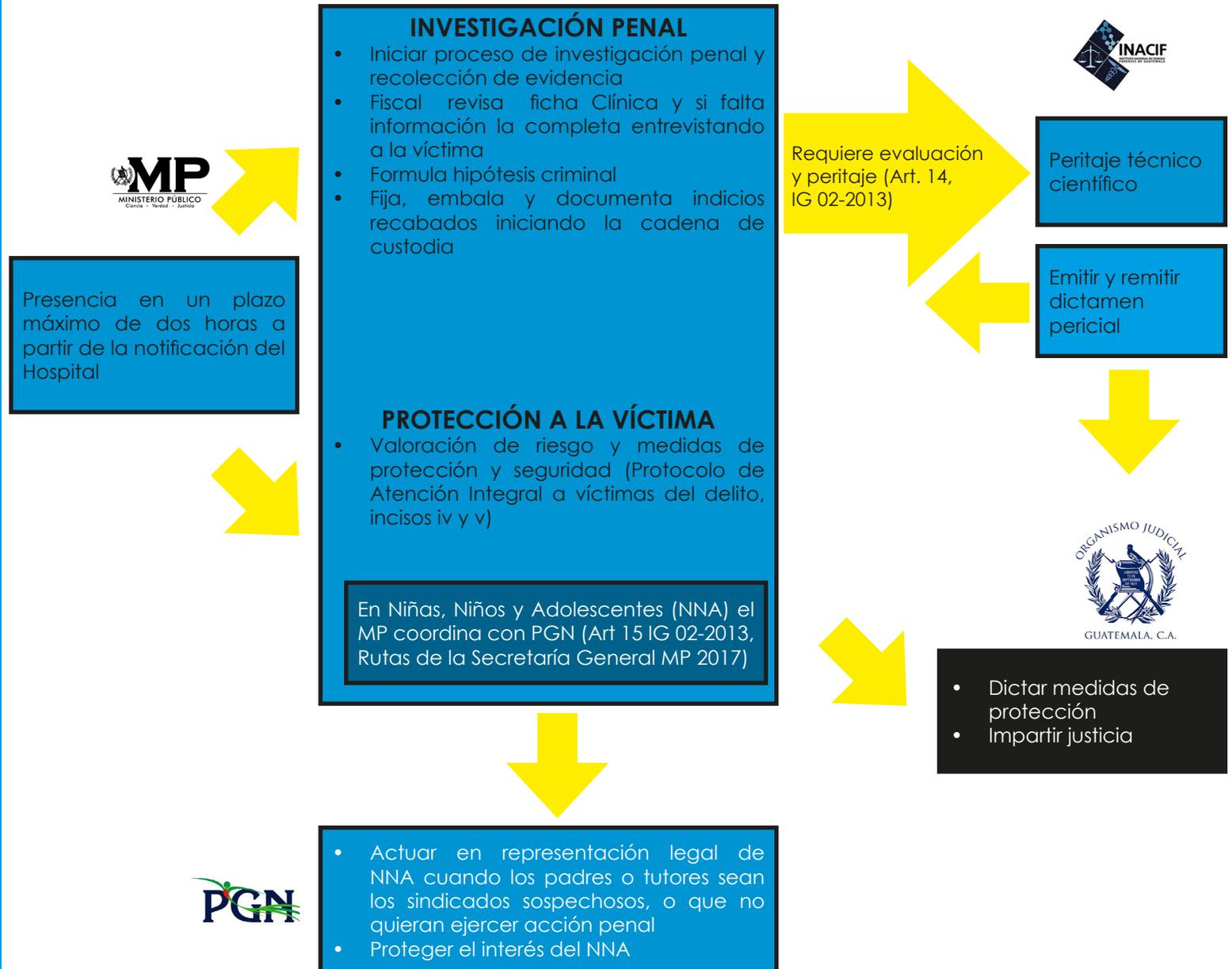


**Seguimiento**

Citas para seguimiento y control



## Ruta de actuación del sistema de justicia luego de la notificación de casos de maltrato infantil y violencia sexual



## Capítulo 5

# Procesos de investigación y evaluación de casos sospechosos de maltrato infantil y/o abuso sexual en niñas, niños y adolescentes

### 5.1

Le corresponde al Comité de Prevención y Atención al Maltrato Infantil, a través de sus equipos la evaluación de:

- Las situaciones de desprotección en casos de maltrato infantil.
- Los casos con indicadores altamente específicos de abuso sexual.

La evaluación será realizada de forma colegiada y multidisciplinaria por equipos de trabajadores sociales y psicólogos. Ante la sospecha de que una niña, niño o adolescente esté sufriendo abusos (sexuales, físicos, psicológicos, tratos negligentes), se inicia el proceso de intervención:

**Investigación:** si según los procedimientos y criterios establecidos se valora que existen elementos para la sospecha, se inicia la investigación por lo que se procede a:

- Verificar la existencia de la situación de desprotección y valorar su gravedad.
- Valorar las posibilidades de repetición y el riesgo que corren la salud y la integridad básicas de la niña, niño o adolescente. Valorar la necesidad de adoptar medidas de protección de urgencia.

**Evaluación:** se investigan las causas que la produjeron.

- Se procede a identificar los factores individuales, familiares y sociales que pudieran estar relacionados con el origen y la continuidad de la situación de riesgo.
- Se busca identificar la presencia de factores de protección.
- Se evalúan también las consecuencias de la desprotección en el desarrollo físico, psicológico, cognitivo y/o social a la vez que se identifican las necesidades de tratamiento y apoyo para el niño/a o adolescente y su familia y se valora el pronóstico de rehabilitación de los padres y/o personas encargadas de los cuidados.

**Toma de decisión:** una vez obtenida esta información, se procede a la toma de decisiones y a la elaboración del Informe del caso en el que se determinan los problemas que serán abordados y cuáles serán las prioridades en el abordaje.

### Investigación de las sospechas de abuso sexual

El procedimiento antes descrito se aplica a todas las sospechas de desprotección infantil. En los casos en los que las sospechas se relacionan con posibles **abusos sexuales** hacia niñas, niños, y adolescentes. Los casos de **abusos sexuales intrafamiliares** son considerados como de desprotección grave. Sin embargo, las sospechas de abusos sexuales **extra familiares** en las que los padres o responsables legales se muestren incapaces de proteger a la niña, niño, o adolescente y los casos de explotación sexual también se considerarán graves.

Los indicadores de una situación de abuso sexual pueden presentar diferentes grados de especificidad:

- En algunos casos, los indicadores son altamente específicos de un abuso sexual (Indicadores altamente específicos) lo que significa que hay muchas probabilidades de que haya ocurrido. Estos casos deberán ser objeto de investigación por los equipos de psicología y trabajo social.
- En otros casos, los indicadores no son específicos, pero se sabe que aparecen con frecuencia en los casos de abuso sexual (Indicadores de probable abuso). La observación de estos indicadores ha de hacer pensar siempre en la hipótesis de la ocurrencia del abuso, que debe ser investigada. No obstante, hay que tener en cuenta que este tipo de indicadores también pueden aparecer asociados o ser consecuencia de otro tipo de situaciones diferentes al abuso sexual.
- Por último, hay otro tipo de indicadores, que en ocasiones aparecen asociados al abuso sexual aunque en la mayoría de casos están asociados o son consecuencia de otro tipo de situaciones de desprotección o dificultades en la familia o en el menor (Indicadores inespecíficos). En estos casos, a la hora de establecer hipótesis sobre el posible origen de estos indicadores, siempre ha de incluirse la posibilidad de ocurrencia de un abuso sexual. Esta hipótesis deberá ser siempre valorada.

### Elaboración del informe del caso:

En todo caso, se elaborará un informe que incluya:

- Una descripción detallada de los indicadores concretos que hacen sospechar la existencia de abusos sexuales, fuentes de información, y posibles indicadores de otros

tipos de maltrato.

- La información disponible sobre la familia y el menor en relación con las variables relevantes para la investigación y la evaluación.
- Otra información que se considere relevante.

Desde el Comité de Atención al Maltrato Infantil y Abuso Sexual se realizará un primer análisis de dicho informe.

### **Principio de investigación y evaluación ante sospechas de abuso en niñas, niños y adolescentes**

Los casos de abusos serán notificados al Ministerio Público e investigados de acuerdo a lo normado por dicha institución.

Si bien en el presente Protocolo de atención no establece cuánto tiempo durará la investigación y la evaluación dentro de los servicios de salud, lo aconsejable es que transcurra el menor tiempo posible. Es importante que, como máximo, entre 48-72 horas después de producida la detección de casos sospechosos de abusos, los Comités de Atención al Maltrato Infantil puedan contar con información para:

- a. Confirmar si la sospecha está justificada,
- b. Si existen factores de riesgo en la familia y/o en el niño, niña o adolescente que posibiliten la reiteración de los abusos, y
- c. Si es necesario adoptar medidas de protección de urgencia.

Cuando se investiga y valora la situación de riesgo, puede recogerse información de otras fuentes (familiares, vecinos, profesores, etc.). Sin embargo, la decisión acerca del grado de riesgo en que se encuentra el niño, niña o adolescente dependerá siempre de los servicios hospitalarios.

Al valorar el riesgo que implica la permanencia del niño, niña o adolescente dentro de su grupo familiar, se consideran las posibilidades de asegurar la integridad y la protección de las víctimas. Si el Comité de Atención al Maltrato Infantil considera que en el hogar estas condiciones no están dadas, deberá recomendar tanto a la Procuraduría General de la Nación o en su caso a los Jueces de Niñez, que valoren medidas de intervención en donde los niñas, niños o adolescentes sean acogidos, ya sea por familiares, o reciban abrigo temporal en entidad pública o privada. Sin embargo, siempre debe valorarse como medida cautelar el retiro del agresor del hogar. Cuando se valora una sospecha de abuso sexual a niñas, niños y adolescentes es importante recoger información

acerca de la presencia de otras personas menores que podrían haberse visto afectadas por el mismo agresor o agresora (hermanos, hermanas, parientes, niños, niñas que realizan actividades similares o que frecuentan a las mismas personas). En estas situaciones es aconsejable considerar la posibilidad de extender la investigación y la evaluación a estos niños y niñas también.

En casos de sospecha de abusos a niñas, niños y adolescentes es bastante frecuente que los servicios de salud tengan que colaborar, compartir información y elaborar informes para profesionales de la justicia. Es conveniente recordar que los servicios de salud y los profesionales de la justicia no suelen tener los mismos objetivos ya que los profesionales de la justicia están enfocados en recoger pruebas para juzgar y, eventualmente, condenar a los responsables de delitos. Estas diferencias no constituyen necesariamente un obstáculo insalvable sino una realidad que conviene tener en cuenta.

Como parte del proceso de atención en los casos en los que se sospecha de maltrato a niños, niñas y adolescentes, es necesario considerar las alternativas disponibles para conformar una red de apoyo o referencia a nivel local (ver anexo 6).

## Abreviaturas

<b>AIEPI</b>	Atención de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
<b>CAP</b>	Centro de Atención Permanente
<b>CAIMI</b>	Centro de Atención Integral Materno Infantil
<b>CUM</b>	Centro de Urgencias Médicas
<b>DAS</b>	Dirección Área de Salud
<b>ENCOVI</b>	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
<b>IGSS</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>INACIF</b>	Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala
<b>MP</b>	Ministerio Público
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>ODHAG</b>	Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PGN</b>	Procuraduría General de la Nación
<b>PNC</b>	Policía Nacional Civil
<b>PDH</b>	Procuraduría de Derechos Humanos
<b>SIGSA</b>	Sistema de Información Gerencial de Salud
<b>UNICEF</b>	Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia
<b>DRPAP</b>	Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
<b>DGRVCS</b>	Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

## Bibliografía

- America Academy of Pediatrics- A guide to Reference and Resources in Child Abuse and Neglect. Elk Grove Village, IL AAP Pres, 1994
- Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil, Organización Panamericana de la Salud, Serie HCT/AIEPI-44.E, Alberto Concha-Eastman, Yehunda Benguigui, René Salgado, Washington D.C.: OPS 2002
- CERIGUA Centro de reportes informativos sobre Guatemala Violencia en América Central Niñez truncada por Danilo Valladares, [www.cerigua.info/portal/mayo2010](http://www.cerigua.info/portal/mayo2010)
- Cruzada Nacional por el buen trato a la infancia, sociedad Colombiana de Pediatría, segunda edición 2001
- Informe Mundial Sobre la Violencia contra Los Niños y las Niñas, Pulo Sérgio Pinheiro, Ginebra Suiza 2006
- Maltrato infantil y abuso sexual infantil en la niñez, y su interacción a la estrategia AIEPI. OPS, Carlos Montoya y col. Colombia. 2007
- Modelos Carlos y col. Maltrato infantil, Promoción de buen trato para la prevención y atención del maltrato infantil y el abuso sexual. Seguro Social, Santafé de Bogotá, 1998
- Official Publications of the Internacional Society of Prevention of Child Abuse and-Neglect
- [http://www.elsevier.com/wps/journaldescription.cws\\_home/586/description#description](http://www.elsevier.com/wps/journaldescription.cws_home/586/description#description)
- OMS. Informe de reunión consultiva sobre maltrato de menores, Ginebra. 2000
- OPS/OMS. Guías para la vigilancia epidemiología de violencia y lesiones. Febrero, 2001
- OPS/OMS. Pan American Journal of Public Health. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez. Vol. 9, No 4 abril 2001
- Revista electrónica latinoamericana de Desarrollo sustentable Futuros La Violencia Facilitación digital de Organización Canadiense [www.revistafuturos.info/junio2010](http://www.revistafuturos.info/junio2010)
- Manual básico para el diagnóstico y tratamientos del maltrato infantil. Save the Children. Reino Unido, Colombia, Segunda edición. Marzo 2004

# Anexo 1

## 1.1

### Definición de violencia

La violencia (del latín violentia), es un comportamiento que provoca, o puede provocar daños físicos o psicológicos a otros seres y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión física, psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas.

## 1.2

### Examen de las raíces de la violencia: un modelo ecológico

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relaciones, sociales, culturales y ambientales.

Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia

## 1.3

### Modelo ecológico para la comprensión de la violencia

Se presenta un modelo ecológico para ayudar a comprender la naturaleza polifacética de la violencia. El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales (comunidad y sociedad) y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

Fig. 1 Modelo Ecológico para comprender la violencia



El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia en los ámbitos social, cultural y económico

más amplios.

Es un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas en el curso de la vida. Comprenden los siguientes niveles:

**Nivel individual:** Este primer nivel identifica los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de un individuo, además de factores como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso en el consumo de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber vivido maltrato. Centra su atención en las características del individuo que pueden aumentar la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos violentos.

**Nivel familiar:** Considera el descuido de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil (diferente a nivel relacional). Situación de los padres respecto a la niña o el niño como consumo de drogas o alcohol, participación en actividades delictivas, dificultades económicas, falta de vínculos afectivos con el recién nacido, u otras causas.

**Nivel relacional:** Es aquel que indaga el modo de las relaciones sociales cercanas (amigos, pareja, familia) aumentan el riesgo de convertirse en persona víctima o perpetradora de actos violentos.

**Nivel comunitario:** Examina el contexto de la comunidad en el que se inscriben las relaciones sociales tales como escuela, trabajo, recreación, y busca identificar las características que en estos ámbitos generan violencia, ya sea como víctima o como perpetradores.

**Nivel social:** En el se examinan los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad o generan tensiones entre diferentes grupos o países.

Entre los factores más generales que influyen en los niveles ya mencionados se citan:

- Normas culturales que validan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.
- Normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de las hijas y los hijos.
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres, los niños y las niñas.

## Anexo 2

### Protocolo de coordinación interinstitucional entre el Ministerio Público, el Organismo Judicial y la Procuraduría General de la Nación en materia de niñez y adolescencia víctima en procesos de protección y de persecución penal.

#### INTRODUCCIÓN

Desde la implementación del Código Procesal Penal, la visión, tanto del sindicado como de la víctima, sufrió grandes cambios y en el caso de la niñez y adolescencia víctima, la misma se vio reforzada con la implementación de la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, la cual entró en vigencia en el año 2003.

Actualmente se ha dado un incremento en la atención de casos relacionados con los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de amenaza o transgresión de sus derechos humanos y además son agraviados dentro del contexto del delito penal. Y eso ha permitido observar en una forma más incidental la situación del niño, niña o adolescente, tanto dentro de un proceso de protección como cuando está involucrado directa o colateralmente en un proceso penal.

De esa cuenta se hizo necesario suscribir el presente Protocolo de Coordinación Interinstitucional para evitar o minimizar la victimización secundaria a través de simplificación de actuaciones, coordinadas y con homogeneidad de criterios y a su vez, mejorar la eficacia del Sistema de Justicia en la atención de estos casos.

#### Objetivos del protocolo:

a) Ser un instrumento que permita la atención al niño, niña o adolescente víctima para disminuir eficazmente la victimización secundaria.

b) Definir criterios de actuación que propicien la conservación y protección del principio de tutela que gozan los niños, niñas y adolescentes cuando las instituciones involucradas converjan dentro de los procesos, tanto de protección como de persecución penal.

c) Unificar criterios de recepción de denuncias en casos de niñez víctima, para que los hechos a investigar se canalicen paralelamente a la Procuraduría General de la Nación y Ministerio Público para lo que corresponda.

#### DEFINICIONES

**1. Concepto de niño, niña y adolescencia víctima.** Se entenderá por niño, niña, tomando como base lo establecido en el artículo 2 de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, a todos aquellos comprendidos desde la concepción hasta los trece años, y adolescentes aquellos que se encuentran en el rango de edad comprendidos desde los trece hasta antes que cumpla dieciocho años, y que hayan sido amenazados o violentados en sus derechos humanos.

**2. Entrevista a niños, niñas y adolescentes víctimas.** Se entenderá a aquella diligencia inicial a través de la cual se obtiene; el relato circunstanciado sobre los hechos, partícipes, información completa de la víctima y de los mecanismos idóneos de protección.

**3. Coordinación interinstitucional.** Se entenderá a la unificación de criterios de actuación en las diferentes actividades procesales ya sea conjuntas o paralelas dentro de los procesos de Protección y de Persecución Penal en que se encuentren involucrados niños, niñas y adolescentes víctimas.

**4. Modelo de Atención Integral.** Es un mecanismo de atención con el cual se establece procedimientos de gestión uniformes para garantizar a la víctima el goce y ejercicio de sus derechos así como la representación para brindarle una atención que incluya no solo la asesoría legal sino el soporte emocional y psicológico que necesite la víctima en ese momento así como, para realizar y promover la persecución penal en una forma ordenada y coordinada entre las diferentes instituciones involucradas, así como el efectivo derecho a la reparación de daños y prejuicios emergentes del delito.

**5. Efectividad en casos de Niñez.** Se entenderá que es la garantía de la aplicación de los Principios del Interés Superior del Niño y Tutela de la Niñez en la fundamentación de estos casos.

**6. Revictimización.** Se entenderá por victimización secundaria todos aquellos efectos y secuelas las cuales son producto del sometimiento de la víctima (en especial niñez y adolescente víctima) a un proceso, ya sea de protección o persecución penal.

**7. Comunidad de prueba.** El Ministerio Público y la Procuraduría General de la Nación deben compartir las pruebas que

recaben dentro de la investigación penal, así como del proceso de protección respectivamente y que sean de interés para el cumplimiento del proceso que a cada una de esas entidades compete para evitar la duplicidad, repetición y victimización en casos de niñez y adolescencia.

**8. Acciones de coordinación interinstitucional para el conocimiento del hecho.** El personal del Ministerio Público, Organismo Judicial y Procuraduría General de la Nación deberá realizar las siguientes acciones para priorizar la atención en casos de niñez.

a. Cuando la denuncia sea presentada ante el Ministerio Público podrá ser recibida en Cámara Gasell y/o Modelo de Atención Integral realizándose inmediatamente:

- Las diligencias de investigación que sean necesarias, tales como verificación de escena de crimen, examen médico forense documentación de la declaración de la víctima, entre otras.
- Informará de inmediato a la Procuraduría General de la Nación a través de la Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia para que se haga presente al Ministerio Público en el Modelo de Atención integral para poder representar a la víctima y determinar las medidas de protección adecuadas cuando legalmente sea necesaria su intervención.
- En caso que el hecho no sea constitutivo del delito la Procuraduría General de la Nación actuará de conformidad con el Proceso de Protección ya establecido.
- En horario inhábil el Ministerio Público y el Organismo Judicial harán las coordinaciones con la Procuraduría General de la Nación a través de la Unidad de Rescate, en cuanto no haya otra unidad que realice turno fuera de horario convencional.

Cuando la denuncia sea presentada a la Procuraduría General de la Nación, el personal deberá:

- Aplicar el protocolo de atención ya establecidos para su institución.
- Trasladarse con la víctima al Ministerio Público o pedir el auxilio de traslado al Ministerio Público, al Modelo de Atención Integral a efecto de realizar las primeras diligencias de investigación juntamente con el

Ministerio Público; y

- Determinar las medidas de protección adecuadas para el mismo.

b. Cuando la denuncia sea presentada antes los Juzgados de la Niñez y adolescencia, o bien, Juzgados de Paz de Turno, estos deberán poner en conocimiento al Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación de la certificación de lo conducente, a efecto de iniciar inmediatamente y de forma paralela el proceso de protección así como la persecución penal.

**9. Medidas de Protección y de Seguridad.** Para la gestión de las medidas de protección se deberá tomar en cuenta los siguientes criterios de solicitud:

- a. Para las mujeres adultas se deberá fundamentar y utilizar las contenidas en la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar.
- b. Para el caso de niño, niña o adolescente víctima las contiendas en la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia ya que son número apertus; debiendo la Procuraduría General de la Nación decidir cuáles son las medidas idóneas a solicitar al Juez. En atención a los siguientes criterios: 1ro. El recurso familiar, 2do. El recurso de la familia ampliada, 3ro. Un apoyo en la comunidad, 4to. Un hogar sustituto.
- c. En caso de mayores de edad con niños víctimas se deberá gestionar conforme ambas leyes, teniendo el cuidado de que no se contradigan.

**10. Procedimiento.** Para la gestión de las mismas se deberá proceder de la siguiente forma:

- En caso de mujer adulta en horario hábil, se solicitarán al Juzgado de Paz Penal Móvil, y en horario inhábil, de manera informática al Juzgado de Paz de Turno.
- En caso sea de niñez víctima, horario hábil e inhábil, se gestionará ante el Juzgado de Paz Penal de Turno.

**11. Casos de Hospital.** En los casos de que el niño, niña o adolescente se encuentre en hospital y se haya requerido la presencia de las autoridades, el Ministerio Público conjuntamente con la Procuraduría General de la Nación se harán presentes al lugar debiendo realizar las diligencias que correspondan respectivamente

**12. Informes Preliminares.** El personal del Ministerio Público y Procuraduría General de la Nación deberá verificar antecedentes de informes psicológicos, médicos, sociales y cualesquiera otros realizados por otras instituciones públicas o privadas para ser incluidos dentro del expediente de investigación.

#### **DISPOSICIONES FINALES**

**13. Unidades que ejecutarán el protocolo.** Cada institución coordinará para generar la protección efectiva en los casos de conformidad con lo siguiente:

- a. En el caso de la Procuraduría General de la Nación la coordinación material y ejecutiva se realizará entre las diferentes unidades que componen la Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia con conocimiento del señor Procurador General de la Nación.
- b. En el caso del Ministerio Público la coordinación se hará entre la fiscalía de la mujer, Unidad de Trata de personas de la Fiscalía contra el Crimen Organizado, el Modelo de Atención Integral y Oficina de Atención a la Víctima.
- c. Del Organismo Judicial a través de los diferentes jueces de Niñez y Adolescencia, la sala de la corte de Apelaciones de la Niñez y la Adolescencia, así como con los Juzgados de Paz de Turno.

**14. Actualización de directorios.** Las instituciones involucradas en el presente protocolo deberán proporcionar directorios a las demás instituciones para su localización inmediata en caso de ser necesaria su intervención en algún caso.

**15. Implementación del protocolo.** El presente protocolo se implementará con la disponibilidad actual de cada una de las instituciones involucradas, sin embargo se podrá perfeccionar su aplicación en la medida que las instituciones que así lo requieran fortalezca las mismas.

**16. Seguimiento.** Para el seguimiento y optimización del presente protocolo el Ministerio Público, el Organismo Judicial y la Procuraduría General de la Nación deberán realizarse reuniones periódicas.

**17. Casos de Trata de Personas.** En el trámite de los procesos de protección en que paralelamente se está tramitando un proceso penal, el Juez de la Niñez y adolescencia permitirá la presencia del Ministerio Público en las audiencias de

conocimiento y le escuchará de conformidad con el artículo 119 inciso C de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

La Procuraduría General de la Nación será la encargada de informar al Ministerio Público de la fecha y hora de la audiencia indicada en el inciso anterior, en atención a que la intervención del Ministerio Público no es como parte activa del proceso.

**18.** En caso de cualquier duda, inquietud, sugerencia o situación no prevista así como cualquier obstáculo que se encontrara en la aplicación del presente protocolo, deberá ponerse en conocimiento de la autoridad designada en cada una de las instituciones involucradas, esto es Ministerio Público, Organismo Judicial y Procuraduría General de la Nación.

Guatemala de la Asunción, 19 de enero de 2010

**Dr. Erick Alfonso Álvarez Mancilla**  
Presidente del Organismo Judicial y de la  
Corte Suprema de Justicia

**Lic. José Amílcar Velásquez Zarate**  
Fiscal General de la República de Guatemala  
y Jefe del Ministerio Público

**Lic. Guillermo Antonio Porras Ovalle**  
Procurador General de la Nación



ACUERDO INTERINSTITUCIONAL DE ACTUACIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL A TRAVÉS DE LOS HOSPITALES NACIONALES, MINISTERIO PÚBLICO, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS FORENSES DE GUATEMALA (INACIF) Y LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y/O MALTRATO

1. Objeto. El presente acuerdo interinstitucional tiene por objeto garantizar y proteger la vida humana al establecer acciones de coordinación permanente entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del personal de las Hospitales, Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), y la Procuraduría de los Derechos Humanos, proporcionando atención digna e integral a víctimas de violencia sexual y/o maltrato que ingresen al sistema de justicia penal para los hospitales de la red pública nacional.

2. Niveles de Coordinación. Se concebirá como todos aquellos mecanismos de trabajo que permiten dentro de cada institución trabajar en coordinación hacia un mismo objetivo, con relación a los casos de violencia sexual y/o maltrato en contra de la niñez, adolescencia y personas adultas, cuyo conocimiento de la comisión de estos delitos es obligatorio denunciar al Ministerio Público, en virtud que la legislación nacional, las regula como delitos de acción pública.

3. Definiciones: Para fines del presente acuerdo se entenderá por:

a. Atención Digna. Los funcionarios, empleados y personal en general, hombres o mujeres, deberán tratar a las víctimas de violencia sexual y/o maltrato con el respeto inherente a su dignidad humana, dándoles una atención como sujetos de derechos. En consecuencia, procurarán evitar cualquier sufrimiento, sentimiento de inseguridad, frustración y cualquier otra situación o circunstancia que pueda provocar victimización secundaria, tales como demoras injustificadas en la atención, negativas a dar información a que tiene derecho la víctima, comentarios que puedan dar lugar o ser percibidos como vergonzosos, que vuelvan a narrar el hecho sucedido, exponerlas innecesariamente a comentarios que pueden humillarla, entre otras.

b. Cadena de Custodia: Conjunto de procedimientos que garantizan la identidad e integridad del indicio o evidencia.

c. Embalaje: Es el envoltorio o mecanismo de protección que se coloca



a los indicios, según su naturaleza, para guardarlos y preservar su identidad e integridad: debe incluir datos que individualicen el indicio.

d. Evidencia: todo elemento que aporte datos útiles a la investigación.

e. Fiscal: personal, hombre o mujer, del Ministerio Público que puede ser: Fiscal Distrital, Fiscal de Distrito Adjunto, Fiscal Municipal, Fiscal de Sección, Fiscal Especial, Agente Fiscal y Auxiliar Fiscal del Ministerio Público.

f. Identidad: es la característica que garantiza que se trata del indicio o evidencia inicialmente recolectado.

g. Indicio: todo elemento levantado del cuerpo de la víctima, sus prendas o sitio relacionado con el hecho, susceptible de llevarnos a identificar a la o las personas responsables del crimen, a través de una pericia científica.

h. Integridad: es la característica que garantiza que el indicio o evidencia recolectada no se ha alterado por descuido, mal embalaje o dolo.

i. Maltrato: Cualquier acción u omisión contra la niñez, adolescencia y personas adultas, con o sin capacidad volitiva o cognitiva, que les provoquen daño físico, psicológico, enfermedad o lo exponga a riesgo de padecerlos.

j. Médico: Profesional de la medicina, hombre o mujer, que presta servicios en los hospitales.

k. Perito: Personal, hombre o mujer, del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) especialista en la rama de ciencia técnica o arte para la que está nombrado, que realizará el proceso correspondiente y emitirá su dictamen investido con la responsabilidad del cargo que tiene la cual asumió bajo juramento de Ley.

l. Violencia Sexual: Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual, incluyendo la violación, agresión sexual, humillación y la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer



uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales o adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

4. Acciones que deberá ejecutar el personal del Hospital. Las acciones que deberá ejecutar el personal del hospital son las siguientes:

a. Comunicación al Ministerio Público, El personal del hospital, hombre o mujer, obligatoriamente deberá poner en conocimiento inmediato al Ministerio Público vía telefónica, de un hecho relacionado con violencia sexual y/o maltrato, a efecto de que un fiscal se apersona a realizar las diligencias de investigación pertinentes. La comunicación será a la Unidad de Monitoreo del Ministerio Público y en el caso que la víctima sea menor de edad, obligatoriamente se debe notificar también a la Procuraduría General de la Nación. En todo caso, se debe dejar constancia escrita dentro del expediente clínico del paciente. (Anexo 1: Directorio telefónico de las dependencias y unidades a donde realizar la comunicación).

b. Atención inmediata y digna. En el momento de atender a una persona que ha sido víctima de violencia sexual y/o maltrato, deberá proteger su vida, integridad y dignidad tomando las medidas pertinentes necesarias, garantizando la atención integral.

c. Recolección de objetos y prendas. El personal del Hospital pondrá a disposición del personal del Ministerio Público todos los objetos y prendas de la víctima. Para lo cual el personal del Ministerio Público determinara cuales son útiles para la investigación dejando constancia escrita, con firma y sello en las registros del hospital a través del acta correspondiente.

d. Toma y embalaje de muestras durante la práctica de examen médico. El médico que practique el reconocimiento a la víctima con el apoyo del personal de enfermería, tomará las muestras necesarias debiendo considerar que las mismas se subdividirán en dos grupos:

d.1. Muestras en resguardo de la salud y la vida de la víctima. Las muestras cuya utilidad son de carácter clínico que deban ser analizadas con carácter inmediato serán remitidas al laboratorio del hospital y pasarán a formar parte de su registro,



debiendo proporcionar y/o facilitar el expediente clínico para su reproducción, cuando sea requerido por el Ministerio Público.

d.2. Muestras útiles para la investigación penal. Las muestras que sean útiles para ser entregadas al Ministerio Público, deberán ser tomadas por personal médico con el apoyo del personal de enfermería, embalarlas y entregarlas al personal que el Fiscal del caso indique para su traslado al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) y sean sometidas al peritaje correspondiente. (Anexo 2: Guía para el manejo de evidencia)

Baja ningún concepto se pondrá en riesgo la vida y la salud de la víctima, por la obtención de alguna de las muestras útiles para la investigación, ya que el medico al realizarle examen clínico, evaluará y priorizará sus heridas, lesiones y/o padecimientos, a efecto de no comprometer su salud.

e. Facilitar el acceso a las instalaciones del hospital. El personal del Hospital que se encuentre de turno en la emergencia, deberá facilitar el acceso de la autoridad del Ministerio Público en cualquier horario, previa identificación, de conformidad con lo establecido en las normas de seguridad del mismo.

f. Entrega de muestras, objetos y prendas al Fiscal del Ministerio Público. El personal de admisión, médico o enfermería, deberá entregar directa e inmediatamente las muestras, objetos y prendas al fiscal del Ministerio Público, para su resguardo, custodia o remisión a los laboratorios correspondientes, según proceda, a los laboratorios correspondientes para su análisis.

g. Informar de sus derechos a la víctima. El personal del hospital orientará a la víctima sobre la importancia del trabajo que realiza el Ministerio Público y la Procuraduría General de la Nación, en caso de niñez y adolescencia, ya que son las instituciones encargadas de investigar, asesorar y gestionar las medidas de seguridad y protección, según sea el caso. Asimismo, explicará a la víctima la importancia de colaborar con el Ministerio Público entregando los objetos relacionados al hecho que tenga en su poder.

h. Requerimiento de insumos. El personal del Hospital, deberá requerir al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF)



los insumos necesarios para la toma y embalaje de muestras biológicas. Asimismo, deberá requerir al Ministerio Público los insumos necesarios para el embalaje de prendas y objetos debiendo llevar los controles administrativos y de logística.

i. Presencia de médicos ante las autoridades correspondientes. En caso de orden de juez competente, el médico que atendió a la víctima en el hospital, deberá acudir al requerimiento respectivo.

5. Acciones que deberá ejecutar el Ministerio Público, Además de las propias del cargo, deberá ejecutar las acciones siguientes:

a. Presencia en el hospital. El personal del Ministerio Público, debidamente identificado mostrando su carné oficial, deberá hacerse presente en el hospital para la recolección de evidencias cuando sea notificado por la Unidad de Monitoreo del Ministerio Público.

b. Entrevista a la persona que atendió. El fiscal, o la fiscal, que asista al hospital debe, en lo posible, contar con la información para formular la hipótesis criminal preliminar de conformidad con la información que proporcione la persona que atendió a la víctima.

c. Custodia de muestras, objetos y prendas. De conformidad con la ley, el fiscal desde el momento de recibir las muestras, objetos y prendas, será responsable de su custodia y traslado.

d. Coordinación para traslado de indicios. De conformidad con los protocolos de actuación internos, el fiscal deberá coordinar el traslado de aquellas muestras, objetos y prendas recabados en el hospital, quedando responsable de su custodia y traslado al lugar donde quedaran para su resguardo o de su entrega al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) para el peritaje correspondiente, los cuales serán ingresados a este por el personal del Ministerio Público, a través de las ventanillas de recepción, control y distribución de indicios, con las formalidades de manejo de cadena de custodia, debiendo anexar copia del expediente clínico o bien de la hoja de urgencia.

e. Requerimiento al instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) para la realización de reconocimiento clínico de la víctima y en su defecto evaluación de expedientes clínicos.



El, o la fiscal requerirá al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) la realización de los peritajes oportunos; siendo lo deseable que se haga el reconocimiento a la víctima teniendo a la vista el expediente original. En situaciones que por razones extremas no sea factible el reconocimiento a la víctima, se evaluará únicamente el expediente clínico, copia del cual será ingresado al INACIF, por personal del Ministerio Público, a través de las ventanillas de recepción de indicios, con las formalidades de manejo de la cadena de custodia.

f. Requerimiento al Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) para que el o la perito del área médica, previa identificación, asista a los hospitales a fin de evaluar a víctimas atendidas que permanezcan hospitalizadas.

g. Insumos. Para el adecuado embalaje, identificación, preservación de la identidad e integridad de los objetos y prendas, así como el manejo de la cadena de custodia, proporcionará los insumos, previo requerimiento del hospital.

6. Acciones que deberá ejecutar el personal del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF)

a. Peritaje de reconocimiento a la víctima y en su defecto y por razones extremas, evaluación del expediente clínico. El Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) deberá asignar a un perito profesional de la medicina para que atienda el requerimiento puntual del Fiscal de realizar el peritaje técnico científico en materia médica, biológica, genética, toxicológica, según proceda, y emitir dictamen pericial correspondiente.

b. Insumos. Para la adecuada toma de muestras, embalaje e identificación, preservación de la identidad e integridad de los indicios biológicos, y manejo de la cadena de custodia, proporcionará los insumos necesarios, previo requerimiento del hospital.

c. Realización de peritajes y emisión de dictámenes correspondientes a los análisis de los indicios que sean ingresados por personal técnico del Ministerio Público, a través de sus ventanillas de recepción



7. Acciones que deberá ejecutar el personal de la Procuraduría de los Derechos Humanos

a. Remisión de denuncia inmediata. Cuando una persona víctima de violencia sexual y/o maltrato acuda a la Procuraduría de los Derechos Humanos, el personal que la atiende comunicará al Ministerio Público y en caso de niñez víctima dará aviso a la Procuraduría General de la Nación y le acompañará al hospital más cercano para su atención inmediata.

b. Niveles de Coordinación. El personal de la Procuraduría de los Derechos Humanos, deberá generar los espacios de comunicación entre las instituciones que suscriben el presente acuerdo a efecto del cumplimiento del mismo.

c. Verificación, seguimiento y monitoreo. La Procuraduría de los Derechos Humanos, realizará la verificación, cumplimiento, seguimiento y monitoreo del presente acuerdo y entregará un informe semestral a las instituciones que suscriben el mismo.

8. Coordinaciones interinstitucionales. Las instituciones que suscriben el presente acuerdo desarrollarán las acciones propias de su competencia para dar cumplimiento al mismo.

9. Programa permanente de sensibilización, capacitación y divulgación a nivel nacional. Las instituciones que suscriben el presente acuerdo participarán en desarrollar y ejecutar, programas permanentes de sensibilización y capacitación a personal de las hospitales nacionales para la adecuada toma de muestras, embalaje e identificación, preservación de la identidad e integridad de los objetos, prendas y muestras de la víctima de violencia sexual y maltrato, así como del manejo de la cadena de custodia y contenidos a valorar en una evaluación médico legal, propiciando su abordaje integral.

La distribución del material de apoyo (ver anexo 2: Guía de manejo de evidencias relacionada con delitos de violencia sexual y cualquier otro material o anexo), serán proporcionados por el Ministerio Público, el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Procuraduría de los Derechos Humanos.



Asimismo, se desarrollarán talleres a nivel nacional para la divulgación de los derechos de las víctimas, elaborando y distribuyendo material informativo y/o de apoyo, los que serán proporcionados por el Ministerio Público, el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Procuraduría de los Derechos Humanos.

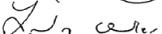
10. Fases de implementación. El presente acuerdo se desarrollará inicialmente en los Hospitales General San Juan de Dios y Roosevelt, previa capacitación del personal correspondiente de los referidos hospitales, la cual dará inicio inmediatamente después de la firma del presente acuerdo y posteriormente, se pondrá en ejecución en otros hospitales, previa aprobación por escrito por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y capacitación correspondiente.

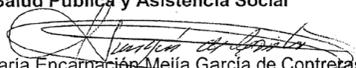
11. Anexos. Serán parte integral del presente acuerdo, las anexos adjuntos, así como otros que se incluyan posteriormente.

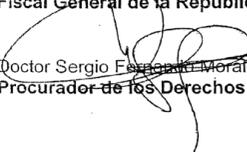
12. Vigencia. El presente Acuerdo será de observancia para las instituciones intervinientes, a partir de la suscripción del mismo.

Guatemala, 18 de noviembre de 2010

  
 Doctora Mirella Dolores Ovalle Gutiérrez de Monroy  
**Directora General Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala**

  
 Doctor Ludwig Werner Ovalle Cabrera  
**Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**

  
 Licenciada María Encarnación Mejía García de Contreras  
**Fiscal General de la República y Jefe del Ministerio Público a.i.**

  
 Doctor Sergio Fernando Morales Alvarado  
**Procurador de los Derechos Humanos**

## ADDENDUM

Que incorpora a la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y a la Procuraduría General de la Nación al Acuerdo Interinstitucional de Actuación por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de los Hospitales Nacionales, Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala - INACIF- y la Procuraduría de los Derechos Humanos en la Atención de Víctimas de Violencia Sexual y/o Maltrato

## ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio Público, el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), y la Procuraduría de los Derechos Humanos, suscribieron el 18 de noviembre de 2010, el Acuerdo Interinstitucional de Actuación por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de los Hospitales Nacionales, Ministerio Público, Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF) y la Procuraduría de los Derechos Humanos en la Atención de Víctimas de Violencia Sexual y/o Maltrato que en adelante se denominara "Acuerdo Interinstitucional", con el objeto de garantizar y proteger la vida humana, al establecer acciones de coordinación permanente entre las entidades partes, proporcionando atención digna e integral a víctimas de violencia sexual y/o maltrato que ingresen al sistema de justicia penal por los hospitales de la red pública nacional.

## CONSIDERANDO

Que las entidades partes del Acuerdo Interinstitucional, suscrito el 18 de noviembre de 2010, reconocen la importancia de incluir a la Procuraduría General de la Nación y a la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas como parte en este Acuerdo Interinstitucional, por las competencias y atribuciones que le corresponden de conformidad con la Constitución Política de la República de Guatemala y el Decreto 512 y 9-2009 respectivamente del Congreso de la República.

## CONSIDERANDO

Que la Procuraduría General de la Nación, actualmente tiene un rol importante en las diversas acciones para la protección, atención digna e integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de violencia sexual y/o maltrato y que en ese sentido resulta valiosa la coordinación que se debe establecer con todas las entidades que brindan atención en el tema.

## CONSIDERANDO

Que la Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, ejerce la función de ser el órgano asesor, articulador, coordinador y encargado de recomendar la realización de acciones de prevención, atención, protección, persecución y sanción en materia de violencia sexual, explotación y trata de personas

## POR TANTO

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio Público, el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), la Procuraduría de los Derechos Humanos, la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y la Procuraduría General de la Nación, acuerdan:

Suscribir el presente addendum, de conformidad con las siguientes cláusulas:

### PRIMERA:

La Procuraduría General de la Nación y la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, serán parte de las instancias involucradas en el Acuerdo Interinstitucional, implementando las acciones y medidas necesarias para el estricto cumplimiento del presente Acuerdo Interinstitucional.

### SEGUNDA:

Acciones que deberá ejecutar la Procuraduría General de la Nación:

- Acudir al centro asistencial donde se encuentre el niño, niña y/o adolescente víctima.
- Entrevistar a la trabajadora social del centro asistencial para la obtención de antecedentes de ingreso del niño, niña y/o adolescente víctima.
- Entrevistar al niño, niña y/o adolescente víctima de manera coordinada con el personal del Ministerio Público, del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala, a efecto de evitar la re victimización.
- Coordinar con el personal del centro asistencial el egreso del niño, niña y/o adolescente víctima.
- Iniciar el proceso de las medidas de protección a favor del niño, niña y/o adolescente víctima para su ubicación y resguardo.
- Coadyuvar con la investigación que realice el Ministerio Público.

### TERCERA

Acciones que deberá ejecutar la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas:

- Asesorar y recomendar a las instituciones que forman parte del presente Acuerdo Interinstitucional, la realización de acciones, así como la implementación de los instrumentos y normativa correspondiente en la lucha contra la Violencia Sexual y/o Maltrato y en la atención integral a las víctimas.
- A través de sus Unidades Internas, realizar el seguimiento y estudiar los efectos del presente Acuerdo Interinstitucional.

- c. Realizar el seguimiento a la aplicación de los instrumentos intra e interinstitucionales para la efectiva aplicación del presente Acuerdo Interinstitucional.
- d. Denunciar los hechos constitutivos de delitos de violencia sexual y/o maltrato, que tenga conocimiento a consecuencia del ejercicio de sus funciones.
- e. Impulsar en donde corresponda, procesos de capacitación, actualización y especialización, relacionados con la implementación del presente Acuerdo Interinstitucional.
- f. De acuerdo a su mandato legal, promover mecanismos de articulación e interlocución entre las instituciones que forman parte del Acuerdo Interinstitucional.

CUARTA

Se adiciona al numeral 3 del Acuerdo Interinstitucional, las literales siguientes:

- m. Casos Excepcionales y/o Extrema Urgencia

Se considera casos excepcionales y/o extrema urgencia, cuando el o la paciente esta inestable hemodinámicamente por herida punzocortante, herida por arma de fuego, trauma de cráneo, alteración de la conciencia, hemorragia profusa, heridas profundas, rasgaduras genito-anales, fracturas, abdomen agudo, trauma de tórax, intoxicación que requiera sala de operaciones o cuidado en área de intensivo.

- n. Resguardo de Objetos y Prendas

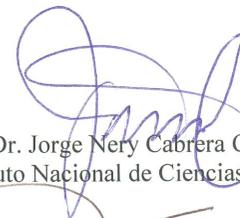
El resguardo de objetos y prendas de la víctima, le corresponde al personal de enfermería, independientemente de que estas tengan o no material orgánico e inorgánico, estén húmedas, mojadas o sucias.

Se adiciona al numeral 4 del Acuerdo Interinstitucional, la literal siguiente:

- j. En los casos excepcionales y/o extrema urgencia, los médicos de los hospitales realizaran todas las acciones del numeral 4 del Acuerdo Interinstitucional, garantizando en todo momento la vida e integridad física de las víctimas. Los demás casos, serán atendidos por el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala de acuerdo a su mandato legal



Dra. Claudia Paz y Paz Bailey  
Fiscal General y Jefa del Ministerio Público



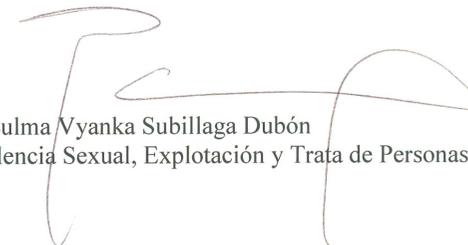
Dr. Jorge Nery Cabrera Cabrera  
Director del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala



MA. Jorge Eduardo De León Duque  
Procurador de los Derechos Humanos



Dr. Vladimir Osmán Aguilar Guerra  
Procurador General de la Nación



Licda. Zulma Vyanka Subillaga Dubón  
Secretaria contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas

## Anexo 3 **3.1**

### **Comités de prevención y atención del maltrato infantil**

**Concepto:** Es un equipo conformado por profesionales de diferentes disciplinas que persiguen un objeto común consistente en la prevención, tratamiento integral y recuperación del o la víctima del maltrato infantil y abuso sexual.

#### **CONFORMACIÓN DE LOS COMITÉS:**

Por lo general los comités están integrados por pediatras, psiquiatras, psicólogas/os, trabajadoras sociales, enfermeras profesionales, nutricionista, cirujanos(as) pediatras, traumatólogos(as), odontólogos(as), dermatólogos(as), sin embargo los mismos están abiertos para que personal de otras disciplinas puedan participar, ya que en este problema todo el trabajo que se pueda hacer es importante y es necesario que otras personas se involucren con compromiso.

#### **REQUISITOS DE LOS MIEMBROS:**

Laborar en el departamento de pediatría o en el centro de salud

Demostrar interés y deseo por trabajar en las tareas que se propone el comité

Conducirse con ética profesional

Estar calificado para trabajar en este problema

#### **OBJETIVOS GENERALES**

Realizar acciones de prevención del maltrato infantil.

Proporcionar tratamiento integral a niñas y niños maltratados(os) y abusados(os) sexualmente, así como a su familia.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Detectar los casos de maltrato infantil dentro de su área de influencia.

Promover la participación de todo el personal de la institución para la detección de referencia de casos.  
Dar tratamientos multidisciplinario a las niñas y niños maltratados(os) y abusados(os) sexualmente y a sus familias, para lograr su recuperación física y psicológica.

Coordinar con otras instituciones acciones de prevención y de tratamiento de los casos de las niñas y niños maltratados(os) y abusados(os) sexualmente, al igual que los miembros de sus familias

Denunciar los casos de maltrato infantil según la Ley de Protección Integral de Niñez y Adolescencia (Derecho Número 27-2003) en su CAPITULO II y su ART 29. Comunicación de casos de maltrato. Los casos de sospecha o confirmación de maltrato contra el niño, niña o adolescente detectados por personal médico o paramédico de centros de atención social, centros educativos y otros deberán obligatoriamente comunicarlos a la autoridad competente de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras medidas legales.

Participación en actividades educativas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Programa de Salud Integral de Niñez / DRPAP / DGRVCS / MSPAS, actividades educativas locales propias de los servicios dirigidos a proveedores(as) de salud para dar a conocer el problema del maltrato infantil

Planificar y participar en programas de educación sobre maltrato infantil y otros temas afines, dirigidos a usuarios de las instituciones, niñas, niños de sus áreas de influencia.

Planificar acciones y educarse continuamente sobre el tema de maltrato infantil y abuso sexual para mantenerse actualizado y capaz de responder a las necesidades de la niñez en riesgo o maltrata de sus familias.

#### **FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL COMITÉ FUNCIONES DEL O LA TRABAJADOR(A) SOCIAL:**

Entrevista inicial con los padres o encargados de la niña o niño referidos de los servicios de emergencia, consulta externa y encamamiento de pediatría.

Entrevista con la niña o niño si la edad lo permite.

Elaboración del informe socioeconómico.

Presentación y discusión de los casos al comité.

Visitas a otras instituciones, dependiendo de las situación de cada caso en particular.

Informar a los padres de los procedimientos realizados y a realizarse, así como de los motivos que los determinaron.

Referencia de la denuncia obligatoria por las y los proveedores(as) de salud a la Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público, Juzgados de Niñez y Adolescencia, Juzgados de Paz.

Seguimientos del caso, colocación en hogares temporales, etc. de acuerdo a la situación de cada caso social.

Registro de casos sociales referidos e investigados de maltrato infantil.

Convocar a las reuniones para la presentación de los casos, a los miembros del comité.

Además de estas funciones la Trabajadora Social efectúa otras funciones como:

Socializar con los integrantes de comité algunas actividades relacionadas con la temática de maltrato infantil o temas afines.

Participar en actividades programadas específicas con el tema de maltrato infantil y abuso sexual.

#### **FUNCIONES DE EL O LA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**

Aportar elementos diagnósticos que permitan confirmar la sospecha de maltrato infantil.

Iniciar junto con la Trabajadora Social y el Médico(a) las acciones necesarias para la protección de la niña y el niño.

Tomar contacto con la familia con el fin de apoyarlos y orientarlos en la resolución del problema.

Abrir un historial clínico del paciente en Psicología o Psiquiatría.

Realizar evaluación psicológica completa.

Plantear estrategias de abordaje y elaborar un informe detallado.

Informar a los padres en el idioma materno de los procedimientos realizados y a realizarse, así como de los motivos que los determinaron.

Dar seguimiento al paciente y a su familia según el caso como lo amerite.

#### **FUNCIONES DEL MÉDICO(A) (PEDIATRA):**

Identificar los casos de sospecha del maltrato infantil.

Hacer la historia y examen físico de los casos identificados y referidos por otro personal de salud.

Referir a Trabajo Social para la investigación de los casos de sospecha de maltrato infantil.

Consultar a otros especialistas si es necesario para hacer el diagnóstico.

Dar tratamiento a la niña o niño según el tipo de maltrato.

Referir los casos que ameriten hospitalización.

Mantener comunicación con el o la profesional de Psicología y Trabajo Social para el tratamiento integral de la niña o niño.

Tener representación en el comité de atención a los casos de maltrato infantil.

Referir a médicos especialistas cuando se requiera.

#### **FUNCIONES DEL ODONTÓLOGO(A)**

Identificar los casos de sospecha de maltrato infantil.

Hacer la historia y examen bucodental de los casos identificados y los referidos por otro personal de salud.

Referir a Trabajo Social para la investigación de los casos de sospecha de maltrato infantil.

Consultar con otros especialistas, si es necesario, para hacer el diagnóstico.

Dar tratamiento a la niña o niño según el tipo de maltrato.

Referir los casos que ameriten hospitalización.

Mantener comunicación con el o la profesional de Psicología y Trabajo Social para el tratamiento integral de la niña o niño.

Tener representación en el comité de atención a los casos de maltrato infantil.

Participar en actividades docentes relativas al tema de maltrato infantil.

#### **FUNCIONES DEL DERMATÓLOGO(A)**

Identificar los casos de sospecha de maltrato infantil.

Hacer la historia y examen dermatológico de los casos identificados y los referidos por otros personal de salud.

Referir a Trabajo Social para la investigación de los casos de sospecha de maltrato infantil.

Consultar a otros especialistas si es necesario para hacer el diagnóstico.

Dar tratamiento a la niña o niño según el tipo de maltrato.

Referir los casos que ameriten hospitalización.

Mantener comunicación con el o la profesional de Psicología y Trabajo Social para el tratamiento integral de la niña o niño.

Tener representación en el comité de atención a los casos de maltrato infantil.

Participar en actividades docentes relativas al tema de maltrato infantil.

#### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O) GRADUADA(O) O AUXILIAR:**

Contribuir a la detección de los casos que orienten a sospecha de Maltrato Infantil.

Al presentarse cualquier niña o niño con sospecha de Síndrome de Maltrato Infantil, debe proporcionar apoyo y atención inmediata, dependiendo del caso.

Reportar inmediatamente todo caso sospechoso de maltrato infantil al Médico(a) (Pediatra, Cirujano o Ginecólogo), Trabajo Social, Psicología, Supervisión de Enfermería y a los integrantes del Comité de tratamientos del maltrato infantil.

Asistir y acompañar al médico(a) durante la evaluación clínica y examen físico.

Observar al paciente y su familia para detectar indicadores de riesgos de maltrato infantil.

Realizar actividades de educación para la salud.

#### **FUNCIONES DE LA MAESTRA DE ESCUELAS DENTRO DE SERVICIOS DE SALUD**

Contribuir a la detección de los casos que orienten a sospecha de Maltrato Infantil.

Al presentarse cualquier niña o niño con sospecha de Síndrome de Maltrato Infantil, debe proporcionarse apoyo y atención inmediata, dependiendo del caso.

Reportar inmediatamente todo caso sospechoso de maltrato infantil al médico(a) (Pediatra, Cirujano o Ginecólogo), Trabajo Social, Psicología, Supervisión de Enfermería y a los integrantes del Comité de tratamientos del maltrato infantil.

Observar al paciente y su familia para detectar indicadores de riesgo de maltrato infantil.

Realizar actividades de educación para la salud.

### **Decálogo del buen trato infantil**

1. Expresarle todos los días tu amor con palabras y gestos.
2. Escúchales siempre con atención y cree en lo que te dicen.
3. Acéptalos como son, no olvides que son niñas y niños.
4. Reconóceles sus cualidades, así fortalecerás su auto estima y confianza
5. Ayúdeles a resolver los conflictos mediante el diálogo y facilítales que lleguen a acuerdos de sana convivencia.
6. Dedícales tiempo para la diversión. Juega con ellos y ellas.
7. Enséñales con buen ejemplo.
8. Estimula el aprendizaje valorando sus logros.
9. Conoce, enseña y respeta los derechos de las niñas y niños, para garantizar su cumplimiento.
10. Dialoga permanentemente y fortalece en las niñas y niños los valores. Una niña o niño que recibe buen trato expresa sus emociones con frases como:

**“Soy feliz porque, amo, me siento amado(a) y valorada(o)”**

# Anexo 5

FECHA:  HORA:  VÍA DE NOTIFICACIÓN: TELEFÓNICA  ESCRITA  PERSONAL

INSTITUCIÓN QUE RECIBE LA NOTIFICACIÓN  PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN  JUZGADO DE PAZ   
 MINISTERIO PÚBLICO  OTROS  Nombre:

No. DE CASO

HORA DE EVALUACIÓN DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE SE NOTIFICÓ:  
 Hora / minutos a.m. p.m.

MARKET LAS CASILLAS QUE CONSIDERE NECESARIAS. PUEDE MARCAR MÁS DE UNA.

ESTADO MENTAL:  CONSCIENTE  CONFUSO(A)  OBNUBILADO(A)  INCONSCIENTE  OTROS especifique

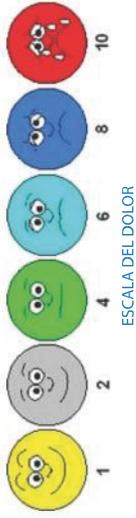
ESTADO EMOCIONAL DE LA NIÑA O NIÑO ANTES DE INICIAR LA HISTORIA CLÍNICA, RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS E INSPECCIÓN:

ANSIOSO(A)  INDIFERENTE  CONFUSO(A)  TEMEROSO(A)  OTROS   
 TRANQUILIZADO(A)  ABATIDO(A)  AVERGONZADO(A)  TRISTE   
 DISOCIADO(A)  DEPRIMIDO(A)  COOPERADOR(A)  ENOJADO(A)   
 AGRESIVO(A)  EN CHOQUE EMOCIONAL  CON ALTERACIÓN NO VALORABLE  CON RISAS INMOTIVADAS

## EVALUACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL Y DE CONSCIENCIA

### ESCALA GLASGOW PARA NIÑAS Y NIÑOS

De más de 3 años	PUNTAJE	De menos de 3 años
<b>APERTURA DE OJOS</b>		<b>APERTURA DE OJOS</b>
Espontánea	4	Espontánea
En respuesta a la voz	3	En respuesta a la voz
En respuesta al estímulo	2	En respuesta al dolor
Sin respuesta	1	Sin respuesta
<b>RESPUESTA VERBAL</b>		<b>RESPUESTA VERBAL</b>
Orientada	5	Charla o balbuceo
Desorientada	4	Llanto espontáneo consolable
Palabras inusuales	3	Gritos o llantos al dolor
Sonidos incomprensibles	2	Irritabilidad, quejido al dolor
Sin respuesta	1	Sin respuesta
<b>RESPUESTA MOTORA</b>		<b>RESPUESTA MOTORA</b>
Obedece orden verbal	6	Movimientos espontáneos normales
Localiza dolor	5	Retirada al tocar
Retirada al dolor	4	Alejamiento al dolor
Flexión normal	3	Flexión normal
Extensión anormal	2	Extensión anormal
<b>TOTAL</b>		



ESCALA DEL DOLOR

MARQUE LA CARA A LA QUE CORRESPONDE LA EXPRESIÓN FACIAL DE LA NIÑA O EL NIÑO

OTRAS OBSERVACIONES QUE QUIERA AGREGAR:

GLASGOW LEVE	13 a 15 puntos
GLASGOW MODERADO	9 a 12 puntos
GLASGOW SEVERO	8 puntos o menos

## ANTECEDENTES

PERSONALES  SI  NO  FAMILIARES  SI  NO  UTILIZA ALGÚN MEDICAMENTO  SI  NO

MÉDICOS  SI  NO  QUIRÚRGICOS  SI  NO  NOMBRE

TRAUMÁTICOS  SI  NO  ALÉRGICOS  SI  NO  DOSIS

INMUNIZACIONES COMPLETAS PARA LA EDAD  SI  NO  PSIQUIÁTRICOS / PSICOLÓGICO  SI  NO  FECHA DE LA ÚLTIMA TOMA

Nota: LA SIGUIENTE ES INFORMACIÓN QUE SE DESPRENDE DEL DICHO TEXTUAL DE LA NIÑA O NIÑO VÍCTIMA O DE LA PERSONA QUE LE ACOMPAÑA

FECHA: Día  Mes  Año  HORA: Hora / minutos a.m. p.m.

LUGAR DEL HECHO:

PUEDEN IDENTIFICAR AL AGRESOR(A) O AGRESORES (RES)  SI  N  QUIÉN ES

PUEDEN DAR NOMBRES:

## INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO

EXISTE ALGUNA RELACIÓN CON EL/LOS AGRESOR/ AGRESORES  SI  N  INDIQUE

DE ACUERDO AL RELATO DE LA NIÑA O EL NIÑO (SI POR LA EDAD DE DESARROLLO YA HABLE) O DE LA PERSONA QUE LE ACOMPAÑA, DE MANERA TEXTUAL ESCRIBA LA HISTORIA DEL EVENTO:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
**HISTORIA CLÍNICA EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL**

**INTRUCCIONES GENERALES: UTILICE BOLÍGRAFO, CON LETRA LEGIBLE, NO USE ABREVIATURAS, CORRECTOR Y EVITE TACHONES; FIRME AL FINAL O BORDE LATERAL DE CADA HOJA**

NIVEL DE ATENCIÓN:	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO (HOSPITALES)																																								
IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION Y LA PERSONA QUE ATIENDE																																											
IDENTIFICACION DE LA NIÑA O EL NIÑO	<p>NOMBRE Y APELLIDOS DE LA NIÑA O NIÑO:</p> <p>HOMBRE: <input type="text"/> MUJER: <input type="text"/> EDAD: <input type="text"/> años <input type="text"/> meses <input type="text"/> días</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p> <p>ESCOLARIDAD: NINGUNA ( ) PRE PRIMARIA ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) TERCER GRADO ( )</p> <p>INSTRUCCION DE RESIDENCIA: <input type="text"/> No. de calle/corredor: <input type="text"/> No. de casa: <input type="text"/> Zona: <input type="text"/></p> <p>Abides / finca / casita / barrio / colonia: <input type="text"/> Municipio / departamento: <input type="text"/></p> <p>OTRA FORMA DE IDENTIFICACION DE RESIDENCIA: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/></p> <p>ETNIA: MAYA <input type="checkbox"/> Q'EQCHE' <input type="checkbox"/> KAQCHIKEL <input type="checkbox"/> MAM <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> K'ICHE' <input type="checkbox"/> Q'EQCHI' <input type="checkbox"/> KAQCHIKEL <input type="checkbox"/></p> <p>XINCA <input type="checkbox"/> GARIFUNTA <input type="checkbox"/> OTRO especificar <input type="text"/> IDIOMA: MAM <input type="checkbox"/> OTRO especificar <input type="text"/></p> <p>VIENE ACOMPAÑADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO DE CONTACTO: <input type="text"/></p>																																										
IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑA	<p>NOMBRE Y APELLIDOS: <input type="text"/> RELACION DEL ACOMPAÑANTE CON LA NIÑA O EL NIÑO: <input type="text"/></p> <p>DIRECCIÓN: <input type="text"/></p> <p>TELÉFONO: <input type="text"/></p>																																										
IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE INTERPRETA	<p>NECESITA INTERPRETE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IDENTIFICACION DEL INTERPRETE: <input type="text"/> Nombres y apellidos</p> <p>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: <input type="text"/> TELÉFONO: <input type="text"/></p> <p>DIRECCIÓN: <input type="text"/></p>																																										
CONSENTIMIENTO INFORMADO	<p>YO, PREVIAMENTE IDENTIFICADA POR ESTE MEDIO DEJO CONSTANCIA DE <b>AUTORIZACIÓN</b> AL PERSONAL DE SALUD, DE REALIZAR LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION MÉDICA INTEGRAL Y/O FORENSE DE: <input type="text"/> (NOMBRE Y APELLIDOS DE LA NIÑA O NIÑO); FIRMA EL PADRE/MADRE/TUTOR/A O PERSONA ADULTA QUE ACOMPAÑA; ENTIENDO QUE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR SON: EL EXAMEN MÉDICO, RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS FORENSES, LABORATORIOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%; height: 30px;"></td><td style="width: 25%; height: 30px;"></td><td style="width: 25%; height: 30px;"></td><td style="width: 25%; height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td><td style="height: 30px;"></td></tr> </table> <p>DEJO CONSTANCIA QUE CON MI FIRMA O IMPRESION DIGITAL, ACEPTO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO AQUI AUTORIZADO:</p> <p>Firma de la persona que acompaña, madre/padre/encargado(a): <input type="text"/> Impresión digital: <input type="text"/></p> <p>Firma de la / o el interprete: <input type="text"/> Impresión digital: <input type="text"/></p>																																										

INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO

---

---

---

---

---

---

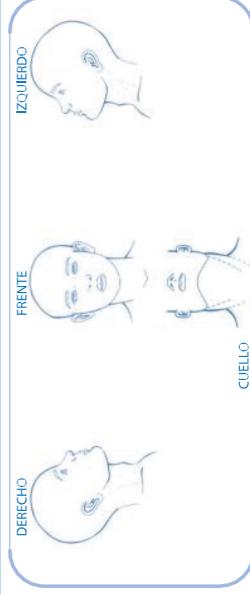
---

---

REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA

PESO	kgs	TALLA O LONGITUD	mts	PERIMETRO CEFÁLICO	cms
TEMPERATURA	°c	FRECUENCIA CARDÍACA	Latidos/minuto	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Respiraciones/minuto
PRESIÓN ARTERIAL	mm/Hg				

INSPECCIÓN Y EXAMEN DE CRÁNEO, CARA Y CUELLO



---

---

---

---

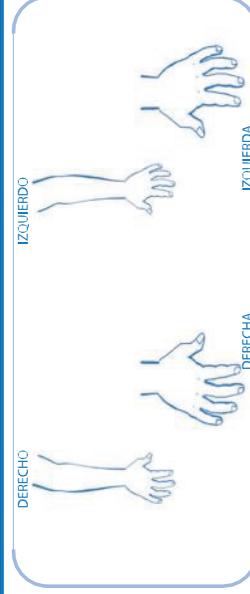
---

---

---

---

INSPECCIÓN Y EXAMEN DE EXTREMIDADES SUPERIORES (BRAZOS Y MANOS)



---

---

---

---

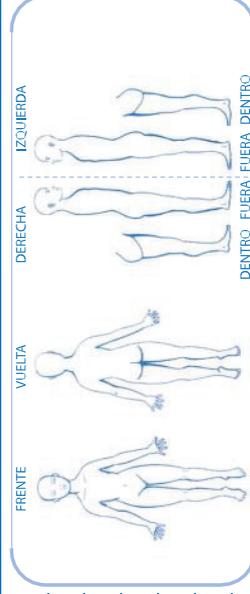
---

---

---

---

INSPECCIÓN GENERAL DE LA NIÑA



---

---

---

---

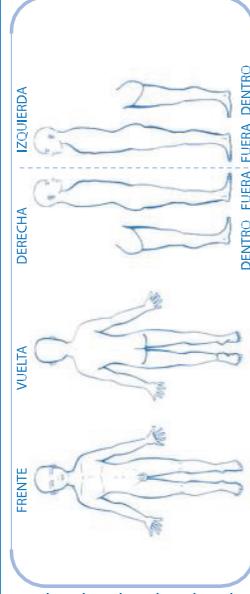
---

---

---

---

INSPECCIÓN GENERAL DEL NIÑO



---

---

---

---

---

---

---

---



## Anexo 6

<b>Directorio de Centros de Referencia</b>	
<b>Instituciones Receptoras de Denuncias</b>	<b>Centros de apoyo para la atención psicológica de niñas y niños</b>
<p>Procuraduría General de la Nación Procuraduría de la Niñez y Adolescencia 15 Ave 9-69, zona 13, Guatemala Ciudad Teléfono: 24014-8787 Ext.2014 Emergencia 1546</p>	<p>Centro de Apoyo Integral a la Comunidad CAIC 17 Avenida 10-95, Zona 15 Vista Hermosa III A un costado de la Universidad del Valle Teléfono: 2364-0531</p>
<p>Ministerio Público Oficina de Atención Permanente Teléfono: 2411-9136 Atención Integral Ext. 1365 y 1366 Atención a la Víctima Teléfono: 2411-9191/5 15 Avenida 15-16, zona 1 Barrio Gerona</p>	<p>Centro Landivariano de Prácticas 14 Calle, 3-14, Zona 1 Teléfono: 22305339 al 41</p>
<p>Policía Nacional Civil 12 Calle 11-23, Zona 1 Teléfono: 2251-0396/ 110</p>	<p>Unidad Popular de Servicios Psicológicos CUM 9na Ave. 9-45, Zona 11 Colonia Roosevelt Teléfono: 2485-1900 Ext. 1</p>
<p>Sala de la Corte de Apelaciones de la Niñez Víctima y la Adolescencia en Conflicto con la Ley 4ta Calle 4-44, Zona 9, 4to. Nivel Teléfono: 2426-7401 / Fax: 2426-7410</p>	<p>Misión Internacional de Justicia 13 Calle 2-73, Zona Teléfono: 2230-5377</p>
<p>Juzgado Primero de la Niñez y Adolescencia 4ta Calle 4-44 Zona 9, 3er Nivel Teléfono: 24267420 / Fax: 24267403</p>	<p>Colectivo de Investigación Social COISOLA 6a. Ave. 7-16, Zona 10 Teléfono: 5303-3742</p>
<p>Procuraduría de los Derechos Humanos Oficina de Atención a la Víctima Teléfono: 2424-1717 Ext. 1732 Defensoría de la Niñez y Adolescencia Teléfono: 2424-1759 12 Ave. 12-72, Zona 1</p>	

## Directorio Local

**Instituciones Receptoras de Denuncias**

**Centros de apoyo para la atención psicológica  
de niñas y niños**


## Participantes en la elaboración

### Grupo Conductor/Ejecutor

**Programa de Salud Integral de la Niñez**  
DRPAP-MSPAS

**Unidad de Atención a la Salud de  
Pueblos Indígenas e Interculturalidad**  
UASP-II-MSPAS

**Unidad de Género en Salud**  
MSPAS

**Departamento de Capacitación**  
DECAP-MSPAS

**Componente Desarrollo Editorial Digital**  
DRPAP-MSPAS

### Grupo de expertos

**Programa de Salud Integral de la Niñez**  
DRPAP-MSPAS

**Programa de Adolescencia y Juventud**  
DRPAP-MSPAS

**Unidad de Atención a Víctimas Sobrevivientes de  
Violencia Sexual, Embarazos en Menores de 14 años y  
Maltrato Infantil**  
SIAS-MSPAS

### Grupo de Apoyo

**Child Health Team Leader**  
MCHIP-Maternal and Child Health Integrated Program  
USAID Grantee  
United States of America

**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**  
Unicef

**Centro Médico Militar**  
Dirección de Enfermería

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Escuela Nacional de Enfermería

**Universidad Mariano Gálvez**

**Universidad de San Carlos de Guatemala/Hospital  
Roosevelt**  
Posgrado de Pediatría.

**Universidad Francisco Marroquín/ Hospital  
Roosevelt**  
Pediatría

**Hospital Roosevelt**  
Departamento de Pediatría y Clínica de Infecciosas

**Universidad de San Carlos de Guatemala/Hospital San  
Juan de Dios**  
Unidad de Terapia Crítica en Pediatría

**Hospital General San Juan de Dios**  
Comité de Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil



*Si sabe de salud!*



MINISTERIO  
DE ASUNTOS EXTERIORES  
Y DE COOPERACIÓN



Al servicio  
de las personas  
y las naciones



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

