Manual de Procedimientos:

Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia Red de Servicios de Salud de la CCSS

Código.MP.GM.DDSS.060921

Versión 01

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

2021

ELABORADO POR:

- Dra. Katherine Barquero Castro. Trabajo Social. Hospital Nacional de Niños.
- Dra. Yancy Milena Solano Chacón. Psicología Clínica. Hospital Materno infantil Adolfo Carit Eva.
- Dra. Yeimy Gonzalo Bermúdez. Medicina General. Área de Salud Naranjo.
- Dr. Juan Antonio Murillo Oviedo. Pediatra. Área Salud Mata Redonda-Hospital.
- Dra. María Gabriela Gamboa Alvarado. Enfermera coordinadora ATAP. Área Salud Aserrí.
- Dra. Ana Lorena Madrigal Vargas Pediatra. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña DDSS AAIP.
- Alexandra Chaves Ardón. Enfermera. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.

VALIDADO POR:

PRIMERA FASE

1.	Adriana Meza Leandro. Trabajo Social.	Área de Salud de La Unión
2.	Adriana Mora Gutiérrez. Psicología.	Área de Salud Carmen- Montes de Oca
3.	Adriana Pacheco Matamoros. Psicóloga Cl.	Área de Salud San Pablo de Heredia
4.	Alejandra Barrantes Solano. Trabajo Social.	Área de Salud Cariari
5.	Alejandra López Rodríguez. Médico General.	Área de Salud Liberia
6.	Alexander Bien Aime Whitter. Psicólogo.	Area de Salud Cartago
7.	Aleyda Obando Briceño. Trabajo Social.	Área de Salud Nicoya
8.	Allan Siles Ríos. Psicóloga.	Area de Salud Goicoechea 1
9.	Álvaro García Ruiz. Médico General.	Area de Salud Nandayure
10.	Amanda Segura Sanchez. Enfermera en Salud Mental.	CAIS Dr. Marcial Fallas Diaz
11.	Ana Cecilia Barboza Brenes. Trabajo Social.	Área de Salud Zapote Catedral
12.	Ana Isabel Carballo Gómez. Trabajo Social.	Area de Salud Tibás- Uruca-Merced
13.	Ana Lidia Vargas Nieto. Orientadora.	MEP-CEINNA. El Guarco, Cartago
14.	Ana Rita Chaves Delgado. Trabajo Social.	Area de Salud Buenos Aires
15.	Ana Ruth Vega Salas. Trabajo Social.	Area Salud Abangares
16.	Ana Yancy Rojas Salas. Trabajo Social.	Hospital San Carlos
17.	Andrea Cascante Campos. Enfermera.	Área de Salud Chomes-Monteverde
18.	Andrea Paola Pereira Cartín. Trabajo Social.	Area de Salud de Talamanca
19.	Andrea Sánchez Orozco. Enfermera en Salud Mental.	Hospital de La Anexión
20.	Andrea Vásquez Sáenz. Trabajo Social.	Área de Salud Alajuela Norte
21.	Andrea Vega Zamora. Trabajo Social.	Área Salud San Rafael Heredia
22.	Arelys Conejo Sanchez. Trabajo Social.	Area de Salud Carpio-León XIII
23.	Aryerie Rodriguez Duarte. Trabajo Social.	Hospital Dr. Tony Facio Castro Limón
24.	Bernardita Araya Salas. Trabajo Social.	Area de Salud Aguas Zarcas
25.	Carmen Maria Molina Salas. Trabajo Social.	Área de Salud Ciudad Quesada
26.	Cinthya Milena Chinchilla Badilla. Trabajo Social.	Área de Salud de Curridabat
27.	Cristina Villarreal Padilla. Trabajo Social.	Área de Salud Guatuso
28.	Cynthia Villalobos Arias .Trabajo Social.	Área de Salud de Desamparados 3
29.	Dania Zúñiga Carvajal. Psicología.	Área de Salud Desamparados 3
30.	Dayana Olivar Zamora. Trabajo Social.	Centro Nacional de Rehabilitación
31.	Diana Isel Araya Rojas. Trabajo Social.	Hospital Los Chiles
32.	Elizabeth Sandoval Rodríguez. Trabajo Social.	Área de Salud Santa Rosa de Pocosol
33.	Ericka María Guerrero Torres. Trabajo Social.	Area de Salud Aserrí

34.	Esmeralda Gómez Juárez. Trabajo Social.	Hospital de la Anexión.
35.	Estela Barquero Elizondo. Trabajo Social.	Área de Salud Buenos Aires
36.	Evelyn Carvajal Valverde. Trabajo Social.	Area de Salud de Alajuelita
37.	Evelyn Mora Fallas. Trabajo Social.	Hospital San Vito
38.	Evelyn Vega Guido. Trabajo Social.	Hospital Ciudad Neilly
39.	Eylin Céspedes Acuña. Trabajo Social.	Area de Salud de Paquera
40.	Flor Cruz Trujillo. Enfermería Obstétrica.	Área de Salud Guatuso
41.	Flory Sanchez Godínez. Trabajo Social.	Hospital Escalante Pradilla
42.	Gabriela Brenes León. Psicóloga.	Área Salud San Sebastián-Paso Ancho
43.	Gabriela Céspedes Castillo. Trabajo Social.	Área de Salud Los Chiles
44.	Garybeth Solano Alvarado. Medicina Familiar.	Area de Salud Tilarán
45.	Gioconda Morera Arguedas. Medicina General.	Área de Salud Zapote Catedral
46.	Hayda Maria Víquez Arias. Trabajo Social.	Area de Salud Jicaral-Islas
47.	Iliana Porras Soto. Trabajo Social.	Area de Salud Alajuela Sur
48.	Indira Montenegro Soto. Enfermera.	Área de Salud Zapote Catedral
49.	Ivette María Ramírez Chinchilla. Trabajo Social.	Área de Salud Cartago
50.	Jannina Espinoza Jiménez. Trabajo Social.	Área de Salud Chacarita
51.	Jehussica Araya García. Trabajo Social.	Hospital de Golfito
52.	Jeimmy Torres Quiros. Trabajo Social.	Hospital de Puntarenas
53.	Jeniffer Camacho Fernández. Trabajo Social.	Área de Salud San Juan, San Diego, Concepción
54.	Joao Carlo Briceño Bonilla. Trabajo Social.	Area de Salud de Santa Cruz
55.	Johana Yep Durán. Trabajo Social	Area de Salud Valle La Estrella
56.	Joseline Paola Sánchez Quiros. Trabajo Social.	Área de Salud Pital
57.	Karen Moya Torres. Trabajo Social.	Área de Salud Goicoechea 2
58.	Karen Valenciano Bolaños. Psicología.	Área Salud Guácimo
59.	Karla Mora Solis. Médico general.	Area de Salud Hatillo.
60.	Karla Bolaños Brenes. Trabajo Social.	Area de Salud Alajuela Central
61.	Karol Zúñiga Chinchilla. Trabajo Social.	Area de Salud de Coronado
62.	Katherine Hidalgo Granados. Trabajo Social.	Hospital Dr. Max Terán Valls
63.	Katherine Lewis Bolton. Trabajo Social.	Área de Salud Limón
64.	Kathya Barrantes Mondol. Psicología.	Área de Salud Zapote Catedral
65.	Kendra Clarke Hines. Psicóloga Clínica.	CAIS de Siquirres- Limón
66.	Kimberly Prendas Monge. Psicología.	Area de Salud Alajuela Oeste
67.	Leandra Jefford Cerdas. Trabajo Social.	Area de Salud Puerto Viejo Sarapiquí
68.	Leda Mata Quesada. Trabajo Social.	MEP-CEINNA El Guarco
69.	Leticia Andrade Jiménez. Trabajo Social.	Area de Salud Chomes Monteverde
70.	Lidiette Calvo Garita. Abogada. CEINNAA	Area de Salud El Guarco.
71.	Lisleydi Alemán Rodríguez. Medicina General.	Área de Salud Cariari
72.	Lourdes Mayela Zárate Leitón. Pediatra.	Área de Salud de Buenos Aires-Puntarenas
73.	Lucy Vindas Alvarez. Trabajo Social.	Area de Salud Heredia Cubujuquí
74.	Luis Guillermo Rojas Rojas. Trabajo Social.	Área Salud de Grecia
75.	Ma. Fernanda López Hernández. Trabajo Social.	Hospital San Vicente de Paúl - Heredia

76.	Magaly Villalobos Jiménez. Trabajo Social.	Area de Salud San Ramon
77.	Margarita Bolaños Rojas. Trabajo Social.	Área de Salud Aguas Zarcas
78.	María de los Angeles Traña Zeledón. Trabajo Social.	Área de Salud San Isidro
79.	Maria Villalobos Miranda. Trabajo Social.	Hospital Nacional de Niños
80.	María F. Jiménez Alfaro. Enfermera en Salud Mental.	Área de Salud Carpio-León XIII
81.	Maria Isabel Naranjo Soto. Trabajo Social.	Area de Salud Cóbano
82.	María José Aguilar Vargas. Pediatría.	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
83.	María José González Álvarez. Trabajo Social.	Área de Salud Garabito
84.	María Lizeth Herrera Chaves. Trabajo Social.	Área de Salud Alajuela Oeste
85.	María Viviana López Herrera. Trabajo Social.	Hospital San Juan de Dios
86.	Mariam Barquero Sanabria. Psicología.	Área Salud El Guarco
87.	Marianela Alfaro Zúñiga. Trabajo Social.	Area de Salud de Santa Ana, COOPESANA R.L
88.	Marielos Hernández Navarro. Psicología.	Area de Salud San Isidro de Heredia
89.	Maritza Chaves Castro. Psicología Clínica.	Hospital Dr Max Terán Valls
90.	Maritza Morales Calderón. Trabajo Social.	Area de Salud Paraíso Cervantes
91.	Marjorie Sandoval Lizano. Trabajo Social.	Hospital de Guápiles
92.	Marlen Ramirez Sanabria. Trabajo Social.	Area de Salud de Oreamuno
93.	Marta Isabel Valverde Brenes. Trabajo Social.	Área de Salud Los Santos
94.	Mary Anne Delgado Sánchez. Trabajo Social.	Área de Salud Escazú, COOPESANA
95.	Marysol Ballestero Zeledón. Trabajo Social.	Área Rectora de Salud Los Santos
96.	Mayela Lobo Chavarría. Trabajo Social.	Area de Salud Palmares
97.	Mayra Segura Arias. Trabajo Social.	Area de Salud de Acosta
98.	Mercedes Quant Samqui. Medicina General.	Area de Salud El Guarco
99.	Mercedes Sifontes Jiménez. Trabajo Social.	CAIS Puriscal Turrubares
100.	Merlin Chacón Solís. Psicología.	Area de Salud Alajuela Sur
101.	Michael Delgado Gómez. Trabajo Social.	Área Rectora de Salud de Nandayure
102.	Mirley Fernández Quiros. Trabajo Social.	Área Salud Nandayure
103.	Mónica Rojas Avila. Trabajo Social.	Area de Salud Naranjo
104.	Natalia Castro Freer. Trabajo Social.	Área de Salud de Hatillo
105.	Natalie Núñez Moya. Trabajo Social.	Área de Salud Barranca
106.	Natany Hidalgo Rivera. Trabajo Social.	Area de Salud Corralillo
107.	Noelia Salas Morera. Trabajo Social.	Hospital Carlos Luis Valverde Vega
108.	Norma Zamora Hidalgo. Sociología.	Área de Salud Heredia Virilla
109.	Olga Marita Ugarte Ulate. Médica de Familia	Área de Salud Goicoechea 2
110.	Olga Villaquirán Zapata. Atención primaria.	Área de Salud Tibás-Uruca-Merced
111.	Olivier Quiros Maroto. Enfermería.	Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho
112.	Pamela Rosales Arrieta. Trabajo Social.	Hospital Upala
113.	Robert Moya Vásquez. Pediatría.	Hospital Carlos Luis Valverde Vega
114.	Rocío Mata Brenes. Enfermera.	Área de Salud El Guarco
115.	Rosa Isell Murillo Díaz. Trabajo Social.	Area de Salud Orotina San Mateo
116.	Scarleth Ramírez Sandoval. REDES.	Área de Salud Zapote Catedral
117.	Silvia Castaing Murillo. Trabajo Social.	Hospital San Rafael de Alajuela

118. Silvia Marcela Jaén Ortega. Trabajo Social.	CAIS Cañas
119. Tatiana Paola Noguera Montero. Trabajo Social.	Area de Salud Goicoechea 1
120. Tatiana Retana Picado. Enfermera Salud Mental.	Area de Salud Mata Redonda Hospital
121. Tatiana Vargas Céspedes. Trabajo Social.	Área de Salud de Santo Domingo de Heredia
122. Viviana Méndez Barquero. Trabajo Social.	Área de Salud el Guarco
123. Yeimy Centeno Arias. Psicología.	Área de Salud Cóbano
124. Yeini Mora Roverssi. Trabajo Social.	Area de Salud San Pablo
125. Yendy Araya Quesada. Trabajo Social.	Area de Salud Poas
126. Yesenia Delgado Rodríguez. Trabajo Social.	Área de Salud Corredores
127. Yorleny Loaiza Salas. Psicología.	MEP-CEINNA El Guarco
128. Yuriana Alpízar Fernández. Trabajo Social.	Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho
129. Rafael Eduardo Matamoros Morales. Enfermero.	Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Central Sur
130. Alejandra Trejos Chacón. Enfermera.	
131. Gabriela Leiva Ulloa. Trabajo Social.	
132. Nuria Valverde Fallas. Trabajo Social.	Dirección Red Integrada Prestación Servicios Salud Central Norte
133. Mayra Pérez Chaves. Trabajo Social.	Dirección Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica
134. Magally Barahona Villalobos. Trabajo Social.	Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Norte
135. Karla Mora Ruíz. Trabajo Social.	Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Pacifico Central
136. Ana Gómez Porras. Psicología.	
137. Cinthya Rosales Brenes. Psicóloga.	Dirección Regional de CEN-CINAI
SEGUNDA FASE	
1. Doney Gerardo Hernández Azofeifa.	Unidad Gestión Recursos Humanos DRIPSS Pacifico Central
2. Ruth Campos Masis. Trabajo Social.	Coordinación Nacional de Trabajo Social
3. Ingrid Quesada Mata. Trabajo Social.	Coordinación Nacional de Trabajo Social
4. Celenia Corrales Fallas. Trabajo Social.	Coordinación Nacional de Trabajo Social
5. Ana Lorena Torres Rosales. Microbiología.	Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos
6. Ninfa Salas González. Psicología. DRIPSS HN	Coordinación Nacional de Psicología
7. Ana Gómez Porras. Psicología. DRIPSS. PC	Coordinación Nacional de Psicología
8. Sara Cubillo Escalante. Psicología.	Coordinación Nacional de Psicología
9. Jackeline Monge Medina. Enfermeria.	Coordinación Nacional de Enfermería
10. Marianela Espinoza Guerrero. Enfermería Salud Mental	Coordinación Nacional de Enfermería
11. Karla Pamela Ruiz Herrera. Enfermería Salud Mental	Coordinación Nacional de Enfermería
12. Ana Lucia Herrera Jiménez. Odontología.	Coordinación Nacional de Odontología
13. Angélica Vargas Campos. Ginecología.	Coordinación Programa de Normalización de la Atención a la Mujer

	14. David Augusto Ureña López. Psiquiatría. 15. Melissa Bermudez Otárola 16. Lorna Gámez Cruz 17. Karen Bonilla Salas PNA Violencia 18. Jessica Elena Castillo López 19. Luis Diego Chacón Gómez 20. Flor Sojo Marín	Comisión Institucional de Violencia Programa Institucional para la Equidad de Género Programa Institucional para la Equidad de Género Programa de Normalización de la Atención a la Violencia Área de Estadística en Salud Área de Estadística en Salud Equipo Salud Patronato Nacional de la Infancia
REVISADO Y APROBADO POR:	Dr. Jose Migue Angulo Castro. Jefe AAIP-DDSS. Dr. Mario Mora Ulloa. Enlace DDSS-GM.	
AVAL	Oficio GM-14329-2021	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	SETIEMBRE, 2021	
PRÓXIMA REVISIÓN:	*2026*	
OBSERVACIONES	*1. La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.* *2. Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:* • *DDSS. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.* • *AAIP. Área de Atención Integral a las Personas.* *3. Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.* *4. Se utilizan hipervínculos como parte del texto para conectar apartados entre sí. Esta estrategia de conexión se visibiliza mediante el subrayado y el uso de la letra tipo Century Gothic.*	

Tabla de contenidos

Índice de Tablas 9

INTRODUCCION 10

1. Definiciones y abreviaturas 13
   1.1. Definiciones 13
   1.2. Abreviaturas 15
2. Referencias normativas 16
3. Alcance y campo de aplicación 18
4. Objetivo 20
5. Metodología 20
6. Responsable de cumplimiento 20
7. Responsable de verificar cumplimiento 20

MARCO CONCEPTUAL 21

1. Concepto de violencia 22
2. Factores de riesgo 23
3. Factores protectores 25
4. Manifestaciones de violencia contra personas menores de edad: generalidades e indicadores 26
   4.1. Violencia por negligencia 27
   4.2. Violencia Sexual 30
   4.3. Violencia Física 37
   4.4. Violencia Psicológica 39
   4.5. Violencia Prenatal 43
   4.6. Violencia en el contexto de trata de personas 44
   4.7. Violencia en el contexto de trabajo infantil 46
   4.8. Violencia patrimonial 47

ATENCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA 48

1. Detección de la violencia 51

1.1. Funcionarios cuyo rol es diferente a la atención directa en salud sean o no profesionales 51
1.2. Funcionarios no profesionales que brindan atención directa en salud 52
1.3. Funcionarios profesionales no médicos que brindan atención en salud 52
1.4. Funcionarios profesionales brindan atención directa a las PME en situación de violencia 53
2. Valoración de riesgo 54
3. Abordaje 55
3.1. Proceso de atención según nivel de riesgo 56
3.2. Contención emocional y orientación 57
3.3. Criterios hospitalización (internamiento) y egreso hospitalario 58
3.4. Referencia y contrarreferencia 59
3.5. Plan de seguridad 65
3.6. Registro en Expediente Digital Único en Salud (EDUS) 66
3.7. Notificación obligatoria 68
3.8. Atención a la niña, niño o persona adolescente que se sospecha violentó el derecho de otra persona menor de edad 68
3.9. Integrantes del equipo de abordaje de las situaciones de violencia detectadas 69
4. Seguimiento integral de la PME en situación de violencia 70

ESTRATEGIAS DE PREVENCION 72

1. Definición 73
2. Recomendaciones 73
2.1. Iniciativa INSPIRE 74
2.2. Instrucciones derivadas de la normativa nacional en el tema 76

CONTACTO PARA CONSULTAS 78
ANEXOS 79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 89
VALIDACIÓN Y MONITOREO 95

1. Validación del Manual de Procedimientos 96
2. Monitoreo del Manual de Procedimientos 101

Índice de Tablas

Tabla 1.	Factores de riesgo asociados al maltrato infantil	23
Tabla 2.	Principales factores protectores que previenen la violencia contra las personas menores de edad	25
Tabla 3.	Indicadores de violencia por negligencia según sean observables en la persona menor de edad, en progenitores o persona cuidadora	28
Tabla 4.	Conductas sexuales esperables y no esperables en niños y niñas de 2 a 6 años	32
Tabla 5.	Relación entre enfermedades de transmisión sexual y violencia sexual en personas menores de edad	33
Tabla 6.	Indicadores de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes según su presentación en historia clínica, examen físico o exámenes de laboratorio	34
Tabla 7.	Indicadores de violencia en contexto de explotación sexual comercial según sean observables en la persona menor de edad o a nivel familiar y comunal.	36
Tabla 8.	Indicadores de violencia física en niños, niñas y adolescentes según presentación en historia clínica, examen físico o laboratorio y gabinete	37
Tabla 9.	Indicadores relevantes de violencia psicológica según sean observables en la persona menor de edad o en padre, madre o cuidador(a)	42
Tabla 10.	Indicadores de violencia prenatal según sean observables en padre, madre, cuidador(a), niño o niña	43
Tabla 11.	Intervenciones a personas menores de edad que han sufrido violencia según nivel de riesgo a cargo de profesionales en medicina, psicología, Trabajo Social y enfermería en salud mental	56
Tabla 12.	Diagnósticos y su código según Lineamiento técnico de registro y notificación del evento violencia	67
Tabla 13.	Ejes estructurales Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres relacionados con PME 2017-2032, Costa Rica	77

Introducción

El presente documento constituye la actualización de la Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso avalada por Gerencia Médica en el año 2012. Durante estos años, han ocurrido cambios importantes a nivel internacional, nacional e institucional que hacen necesaria la actualización de esta normativa. En el contexto nacional, se han publicado varios documentos importantes relacionados con la atención ante situaciones de violencia entre los cuales se destacan los siguientes:

- Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. (Diario Oficial La Gaceta Alcance 101 del 7 de mayo 2019).

- Plan Estratégico Nacional Hoja de Ruta para hacer de Costa Rica un país libre de Trabajo Infantil y sus peores formas 2015-2020, declarado de interés público el 29 de mayo 2019. (Diario Oficial La Gaceta).

- Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres 2017-2032.

- Ley 9406 “Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas” que rige desde enero 2017.

- Manual para la Atención Interinstitucional de Personas Menores de Edad en Explotación Sexual, Trata, Trabajo Infantil y Trabajo Adolescente Peligroso del 2015.

Además, debe resaltarse que en 2020 se establece en nuestro país, a nivel del Poder Judicial, la Fiscalía Adjunta de Atención de Hechos de Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes, que es una fiscalía rectora, con competencia nacional.

En el contexto de la Caja Costarricense de Seguro Social destaca que:

- Se incorpora como parte de la oferta básica para niños y niñas en primer nivel de atención la atención integral de situaciones de violencia[1]
- Se aprueba la Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia[2]

[1] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). MP.GM.DDSS.220216. Manual de Procedimientos para la atención integral del niño y la niña PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. San José, Costa Rica.
[2] Aprobado Acuerdo de Junta Directiva Acta 7.20 Sesión 8972, Artículo 3, 25 de junio 2018.

- Se progresa en la implementación del Expediente Digital Único en salud (EDUS) y en el proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en el cual se enfatiza en el trabajo en red.

Ahora bien, en términos de organización este Manual se divide en los siguientes apartados, a saber:

- Introducción
- Marco conceptual
- Atención de situaciones de violencia
- Estrategias de prevención
- Contacto para consultas
- Anexos
- Referencias bibliográficas
- Validación y monitoreo

Cada apartado a su vez se organiza a través de subapartados que permiten el desarrollo de los aspectos relevantes en cada temática. Este primer apartado incluye los siguientes subapartados que describen los elementos introductorios que permiten al lector(a) la comprensión de la visión general del Manual:

1. Definiciones y abreviaturas
2. Referencias normativas
3. Alcance y campo de aplicación
4. Objetivo
5. Metodología
6. Responsable de cumplimiento
7. Responsable de verificar cumplimiento.

El detalle acerca de cada uno se presenta seguidamente.

1. Definiciones y abreviaturas

1.1. DEFINICIONES

Adolescente. Toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho[3].

Bullying. Es una forma de violencia entre pares. Se manifiesta en comportamientos o conductas repetidas y abusivas con la intención de infringir daño por parte de una o varias personas hacia otra en una relación de poder. Puede ser violencia de tipo verbal, físico, psicológica, de índole sexual, material, o cibernética[4].

Factor de riesgo. Es cualquier rasgo, característica o exposición de un Individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión[5].

Factor protector[6]. Toda aquella circunstancia, característica, condición y atributo vinculado al comportamiento prosocial, que potencia las capacidades de un individuo para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas.

Indicador. Según diccionario de la Real Academia Española indicador se refiere a lo que indica o sirve para indicar. Es mostrar o significar una cosa con indicios y señales[7]. Para efectos de este documento se considera como un indicio que hace sospechar que existe alguna situación de violencia contra algún niño, niña o adolescente.

---

[3] Artículo 2. Código de Niñez y Adolescencia. Ley N° 7739. San José, Costa Rica.

[4] Ministerio de Educación Pública y UNICEF. (2016). Protocolo actuación en situaciones de Bullying. En: https://www.mep.go.cr/sites/default/files/protocolo-actuacion-situaciones-bullying.pdf

[5] Organización Mundial de la Salud. (2020). Factores de riesgo. Definición. En: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:~:text=Temas%20de%20salud-,Factores%20de%20riesgo,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n.

[6] Blasco, C. (2012). Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito. Generalitat de Cataluña. Departamento de Justicia. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada). En: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_casrt.pdf?sequence=1

[7] RAE. (2014). Indicador. Diccionario de la Real Academia Española. Edición 23a. Madrid, España. En: https://dle.rae.es/indicador

Material de abuso (y explotación) sexual infantil. Término utilizado cuando se incluye a personas menores de edad en material pornográfico ya que una PME no está en capacidad de dar consentimiento para este tipo de actividad, la cual constituirá siempre un abuso sexual[8].

Niño y niña. Toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos[9].

Persona menor de edad. Persona menor de 18 años[10].

Rehabilitación. La rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismo. Es uno de los servicios esenciales definidos en cobertura universal[11]. Para efectos de violencia se consideran las intervenciones tendientes a optimizar el funcionamiento en individuos que después de experimentar estas situaciones presentan trastornos o lesiones.

Sospecha razonable. Este concepto procede del ámbito legal. El espíritu del legislador ha sido dejarlo abierto, ya que debe analizarse caso por caso desde el punto de vista legal. No obstante, en el ámbito de salud, la existencia de "sospecha razonable" es lo que fundamenta la realización de las diversas acciones de atención, referencia intrainstitucional, referencia -denuncia y notificación obligatoria derivadas. Se establece que, para el ámbito de salud, se considerará que existe una sospecha razonable de violencia contra persona menor de edad si un funcionario identifica la existencia de indicadores de riesgo sugestivos de esta condición.

Valoración del riesgo. Es un procedimiento para predecir la probabilidad de aparición de una conducta violenta determinada con el fin de asegurar la protección de la víctima[12].

Violencia institucional: Cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación por acción u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual de los profesionales

---

[8] Unión Internacional de Telecomunicaciones. (2020). Protección de la Infancia en Línea: Guía para padres y educadores. En: https://8a8e3fff-ace4-4a3a-a495-4ea51c5b4a3c.filesusr.com/ugd/9ad503_9ae84eec937942639fee796b98415912.pdf

[9] Artículo 2. Código de Niñez y Adolescencia. Ley N° 7739. San José, Costa Rica.

[10] Convención de los Derechos del Nino. Parte I Articulo 1

[11] Organización Mundial de la Salud. (2020) Rehabilitación. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

[12] Ministerio de Salud Costa Rica. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S.

que comporte abuso, negligencia, perjuicio de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que vulnere los derechos básicos de las personas[13].

Violencia interpersonal: Es la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos. Incluye la violencia familiar, de pareja y la violencia comunitaria[14].

Violencia comunitaria: Es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar"[15].

1.2. ABREVIATURAS

CCSS. Caja Costarricense de Seguro Social.

CEINNAA. Comité de estudio integral de niño, niña y adolescente agredido.

COCEINNAA. Consejo Institucional Interdisciplinario de coordinación de los CEINNAA.

FANNA. Fiscalía Adjunta de Atención de Hechos de Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes.

MASI. Material de abuso (y explotación) sexual infantil[16].

PANI. Patronato Nacional de la Infancia.

PME. Persona menor de edad.

---

[13] Martínez-Roig y Sánchez-Marín (1989) citado por Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica.

[14] OMS. (2003) citado por Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica. p. 6.

[15] OMS. (2003) citado por Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica. p. 7.

[16] Unión Internacional de Telecomunicaciones. (2020). Protección de la Infancia en Línea: Guía para padres y educadores. En: https://8a8e3fff-ace4-4a3a-a495-4ea51c5b4a3c.filesusr.com/ugd/9ad503_9ae84eec937942639fee796b98415912.pdf

2. Referencias normativas

N.º	Nombre	Año
Normativa Internacional		
NA[17]	Declaración Universal de los Derechos Humanos.	1948
NA	Convención de los Derechos del Niño.	1989
NA	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belem Do Para".	1994
Normativa Nacional: Leyes, Decretos, Reglamentos, Políticas		
L-5935	Ley General de Salud.	1973
L-7739	Código de la Niñez y la Adolescencia.	1998
L- 8654	Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante.	2008
NA	Reglamento del Registro del Estado Civil.	2011
L- 9063	Atención psicológica a personas agresoras insertas en procesos de todo tipo de violencia.	2012
NA	Plan Estratégico Nacional Hoja de Ruta para hacer de Costa Rica un país libre de Trabajo Infantil y sus peores formas 2015-2020.	2015
L-9406	Reforma artículos Código Penal, Código de Familia, Código Civil, Ley orgánico del TSE y del Registro Civil para el fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de genero asociadas a relaciones abusivas. Conocido como ley de relaciones impropias.	2017
NA	Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres 2017-2032.	2017
Decreto Ejecutivo N° 41632-S	Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia.	2019
Normativa interinstitucional		
NA	Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a víctimas de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento (edad joven y adulta).	2011

[17] NA= No aplica.

NA	Manual para la Atención Interinstitucional de Personas Menores de Edad en Explotación Sexual, Trata, Trabajo Infantil y Trabajo Adolescente Peligroso.	2015
Normativa Institucional		
IT.GM.DDSS. ARSDT. TS.001-2015	Atención social de personas menores de edad en los servicios de hospitalización y urgencias de los hospitales de II y III nivel, que requieren proceso especial de protección en Sede Administrativa del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) para su egreso.	2015
IT.GM.DDSS. ARSDT. TS.003-2015	Referencia y contra-referencia en la red de servicios de Trabajo Social del seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	2015
MP.GM.DDSS. 220216	Manual de procedimientos para la atención integral del niño y la niña Primer nivel de atención.	2016
NA	Adendum Referencia y contra-referencia en la red de servicios de Trabajo Social del seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.	2017
MP.GM.DDSS. AAIP 021216	Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA).	2017
LT. GM. DDSS. AAIP. 210916	Atención en los establecimientos de salud de la CCSS a niños y niñas que enfrentaron violación sexual.	2017
Acuerdo de Junta Directiva Acta 7.20 Sesión 8972, Artículo 3, 25 de junio 2018	Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia.	2018
CTI-015-19	Protocolo de atención integral a las víctimas del delito de trata de personas en los servicios de salud de la CCSS.	2019
PFPSS-E2-01	Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.	2019
L.GM. DDSS.10082020	Lineamiento técnico de psicología para el programa Adolescente con Conducta Sexual Abusiva con suspensión del proceso a prueba.	2020

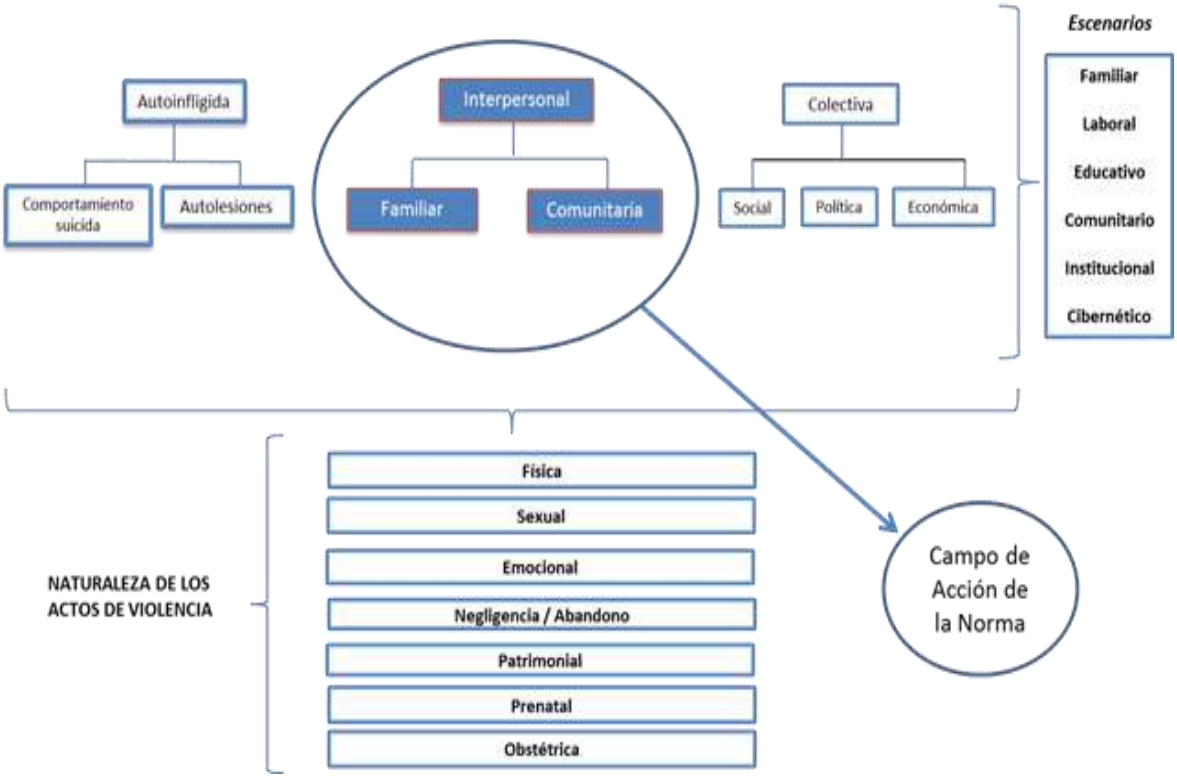
L.GM. DDSS. AAIP-PNAV-14042020	Lineamiento técnico para la atención y referencia de las diversas manifestaciones de violencia en los servicios de emergencia de la CCSS ante la emergencia del Covid-19.	2020
L.GM.DDSS.ASC. PS.241120	Lineamiento para el desarrollo de acciones de educación en salud, por parte de las comisiones locales de promoción de la salud.	2020
L.GM. DDSS.AAIP-PNAV 15062020	Lineamiento para conformación de comisiones locales y representación institucional en las redes locales de violencia en cumplimiento a la ley del sistema nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar".	2020
LT.GM.DDSS. AAIP. PNAV 050819	Lineamiento técnico registro y notificación del evento violencia en todas sus manifestaciones con el fin de estandarizar los códigos CIE10, bases de datos de estadística, SIES (EDUS) y sistema de vigilancia epidemiológica (SISVE), en los servicios de salud de la CCSS.	2021
MP.GM.DDSS. AAIP. PNAV.05042021 Versión 01	Manual de Procedimientos para la Atención a Víctimas de algunas manifestaciones de violencia en los Servicios de Emergencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.	2021

3. Alcance y campo de aplicación

De acuerdo con lo descrito en la *Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia* vigente en nuestro país, y que se resume en la Figura 1, este documento normativo se aplicará en la red de servicios de salud institucional en aquellas situaciones de violencia interpersonal tanto intrafamiliar como comunitaria que puedan sufrir las personas menores de edad (personas menores de 18 años). No se incluye aquí lo relativo a violencia autoinfligida ni a violencia estructural (o colectiva), considerando que, en cuanto al comportamiento suicida y autolesiones, existe normativa institucional específica que indica como proceder frente al problema[18] y en lo relativo a violencia estructural, esta implica aspectos políticos, económicos, legales o culturales que sobrepasan el ámbito de la prestación de los servicios de salud. No obstante, se recalca la importancia de estas formas de violencia para la comprensión global del problema.

[18] Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Lineamiento Técnico para el abordaje de las personas con riesgo de suicidio en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Figura 1. Tipología de la violencia y clasificación según su naturaleza



Fuente. Modificado a partir de Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. p. 10 y 18.

No se considera en este documento lo relativo a "Promoción de la salud" ya que también existe normativa institucional relativa al tema,[19] la cual indica que se debe educar en ejes temáticos como "Cultura de Paz" y "Habilidades para la vida".

[19] Caja Costarricense de Seguro Social. (2020) L.GM.DDSS.ASC.PS.241120 Lineamiento para el desarrollo de acciones de educación en salud, por parte de las comisiones locales de promoción de la salud. San José, Costa Rica.

Debe enfatizarse en el hecho de que este manual de procedimientos se orienta a la gestión del problema violencia contra PME en la institución, incluyendo a todos los funcionarios (as) y se complementa con el Manual de Gestión de CEINNAA, orientado a la gestión de estos comités.

4. Objetivo

Definir las acciones que todos los funcionarios(as) que trabajan en la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social deben considerar para facilitar la prevención, la detección y la atención integral de personas menores de edad (menores de 18 años) que están o han estado expuestas a cualquier situación de violencia en los diferentes escenarios, de forma coordinada entre niveles de atención y con otros sectores relacionados.

5. Metodología

Para la actualización de la *Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso* se realizó una consulta a funcionarios(as) participantes en CEINNAA aplicando durante reunión institucional en 2018 un cuestionario, que fue trabajado en grupos por regiones, consolidando luego las observaciones emitidas.

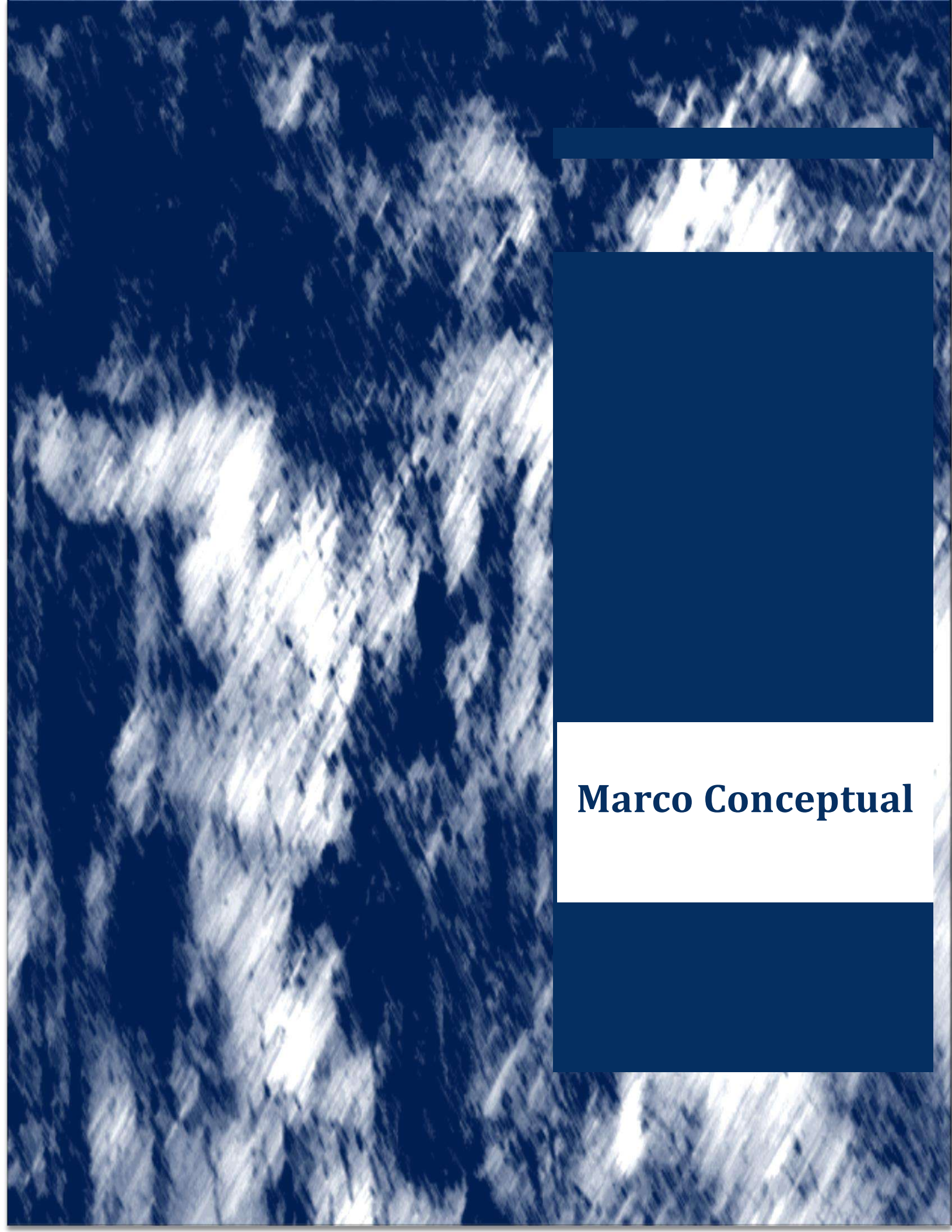
Posteriormente, se realiza revisión bibliográfica de fuentes que reflejan información basada en evidencia con pertinencia al tema y se designa un grupo ejecutor, el cual sesiona de manera virtual durante 2020 para analizar los insumos. Se construye luego un documento borrador, el cual se enriquece con aportes de los y las participantes en el proceso.

6. Responsable del cumplimiento

Persona funcionaria que en el cumplimiento de su actividad laboral están en la posibilidad de prevenir, detectar, atender y dar seguimiento a situaciones de violencia contra la PME.

7. Responsable de verificar el cumplimiento

- Direcciones Médicas de cada establecimiento de salud
- Jefaturas de Servicios
- CEINNAA de cada establecimiento de salud
- Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud
  Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.



Marco Conceptual

Este segundo apartado describe los conceptos básicos (marco de referencia) de las intervenciones descritas en el manual, incluye los siguientes subapartados:

1. Concepto de violencia
2. Factores de riesgo
3. Factores protectores
4. Manifestaciones de violencia contra personas menores de edad, generalidades e indicadores según cada tipo de violencia:
   4.1. Violencia por negligencia
   4.2. Violencia Sexual
   4.3. Violencia Física
   4.4. Violencia Psicológica
   4.5. Violencia Prenatal
   4.6. Violencia en el contexto de trata de personas
   4.7. Violencia en el contexto de trabajo infantil
   4.8. Violencia patrimonial

El detalle acerca de cada uno se presenta seguidamente.

1. Concepto de violencia

La OMS[20] define la violencia en general como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Incluye como actos de violencia según su naturaleza cuatro formas: física, psíquica, sexual y privación o descuido (negligencia).

Por su parte, el maltrato infantil corresponde a la violencia sufrida por personas menores de 18 años, la cual puede presentarse en cualquiera de los escenarios en los cuales transcurre la vida de los niños,

[20] Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Estados Unidos. p. 5.

niñas y adolescentes, es decir: familiar, laboral, educativo, cibernético, sistemas de atención social, judicial o en la comunidad[21].

Para efectos de tipología, en este documento se consignan las definiciones contenidas en la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia, publicada en 2019 por el Ministerio de Salud.

2. Factores de riesgo

Se definen como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En la Tabla 1 se describe lo relativo a factores de riesgo asociados al maltrato en PME con base en la perspectiva de la OMS[22]. Incluye factores relacionados con la persona menor de edad, los padres o cuidadores, la familia, así como, sociales y comunitarios. Esta Tabla no es exhaustiva. Se pretende evidenciar los factores más frecuentes y se insiste en que otros factores de riesgo pueden aparecer de manera paralela con las transformaciones sociales que se presenten en un futuro.

Se debe destacar como dato importante, que recientemente se ha reconocido como factor de riesgo para sufrir violencia en línea (uso de internet): ser niños o niñas migrantes, tener alguna condición de discapacidad o presentar trastorno del espectro autista[23].

Tabla 1. Factores de riesgo asociados al maltrato contra persona menor de edad

	EN PME	EN LOS PROGENITORES O CUIDADORES	EN EL CONTEXTO FAMILIAR	EN CONTEXTOS SOCIALES Y COMUNITARIOS
Factor de	• Menos de 4 años o adolescente (por nivel de desarrollo).	• Dificultad para establecer vínculo afectivo con el recién nacido.	• Problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia.	• Desigualdades sociales y de género. • Falta de vivienda adecuada y de servicios de apoyo a las familias.

[21] Organización de las Naciones Unidas. (2006). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños. En: http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_sp.pdf

[22] Organización Mundial de la Salud. (2020). Nota descriptiva Maltrato Infantil. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

[23] Unión Internacional de Telecomunicaciones. (2020) Protección de la Infancia en Línea: Guía para padres y educadores. En: https://8a8e3fff-ace4-4a3a-a495-4ea51c5b4a3c.filesusr.com/ugd/9ad503_9ae84eec937942639fee796b98415912.pdf 15 setiembre 2020

	• Concepción no deseada o no planificada • Condición de discapacidad. • Condición migratoria irregular • Exclusión del sistema educativo • Presentar alguna condición de salud que requiere atención especializada, así como recursos económicos y/o educativos particulares. • Antecedentes de violencia • Antecedentes de procesos administrativos en PANI o judiciales donde se ha sufrido revictimización o reubicación con personas que reproducen manifestaciones de violencia.	• Tener expectativas no acordes con la realidad de la PME • Problemas de salud mental no controlados adecuadamente. • Antecedente personal de maltrato infantil o de vivir situación de violencia en la actualidad • Antecedentes de haber ejercido maltrato contra PME • Estilos de vida de alto riesgo • Participación en actividades delictivas. • Recargo en las funciones de crianza y manutención. • Separación de pareja conflictiva y relación parental de crianza y manutención conflictiva. • Antecedentes de negligencia prenatal y en el proceso de crianza. • Condición migratoria irregular. • Falta de conocimientos acerca del desarrollo y crianza de PME • Desconocimiento de los derechos de las personas menores de edad.	• Aislamiento de la familia en la comunidad. • Ausencia de redes de apoyo a los progenitores o encargados para criar a PME • Uso de drogas ilegales y abuso de alcohol • Historia familiar de incesto. • Estilo de vida delictivo. • Relaciones familiares caracterizadas por la violencia interpersonal • Percepción acerca de la violencia que valida conductas violentas. • Familias migrantes, familias indígenas	• Desempleo o pobreza. • Uso de drogas ilegales y abuso de alcohol • Zonas expuestas a conductas ilícitas • Estrategias y recursos insuficientes para la prevención del maltrato, pornografía, explotación sexual comercial y trabajo infantiles. • Pautas sociales y culturales que normalizan y fomentan la violencia hacia otras personas. • Dificultades de acceso a servicios de salud • Servicios públicos ineficientes o inexistentes. • Condiciones insalubres. • Hacinamiento

Fuente. Modificado a partir de Organización Mundial de la Salud. (2020). Nota descriptiva Maltrato Infantil. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

3. Factores protectores

Se define como factor protector toda circunstancia, característica, condición y atributo vinculado al comportamiento prosocial, que potencia las capacidades de un individuo para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas.

En la Tabla 2 se muestra un listado no exhaustivo de los principales factores protectores que se han identificado los cuales se organizan en tres categorías: los relacionados con los niños, niñas o adolescentes; aportados por la familia o cuidadores principales y los presentes en la comunidad.

Tabla 2. Principales factores protectores que previenen la violencia contra las personas menores de edad

PRINCIPALES FACTORES PROTECTORES		
Relacionados con los niños, niñas y adolescentes	**Aportados por la familia o cuidadores principales**	**Presentes en la comunidad**
• Adecuado crecimiento y desarrollo, acompañado de vigilancia del estado de salud y vacunación. • Facilidad de aprendizaje / Inserción en el sistema educativo o en alguna alternativa de cuido • Actividad física diaria • Uso adecuado del tiempo de recreación • Relaciones asertivas con los pares y personas adultas de su confianza. • Habilidades sociales y de comunicación. • Inscripción en registro civil • Adscripción al área de salud	• Comunicación asertiva y relaciones estables entre progenitores, sus hijos o hijas y entre hermanos, con capacidad para resolución de conflictos. • Entorno familiar con normas y límites claros y definidos acordes con la edad maduracional de PME • Realizar supervisión asertiva. • Ruptura con modelos de crianza que utilizan castigo y maltrato físico o psicológico. • Coparticipación parental en los procesos de crianza y manutención. • Condiciones adecuadas de la vivienda. • Estabilidad domiciliar y del grupo familiar	• Existencia y acceso a servicios sociales y de salud • Reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. • Entornos libres de violencia y • Seguridad ciudadana. • Apoyo de personas adultas fuera de la familia, quienes sirven como elementos de modelaje sano para niños, niñas y adolescentes. • Comunidades informadas y sensibilizadas sobre derechos de la niñez (ejemplo no trabajo infantil, no trata, no explotación sexual) • Activación oportuna de mecanismos institucionales de

• Conocimiento por parte de la PME de las principales formas de violencia y como evitarlas	• Contar con una red de apoyo fuerte.	protección de las personas menores de edad.

Fuente. Adaptado de Organización Naciones Unidas. (2006) Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños. Recuperado de http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_sp.pdf y Ministerio de Salud (2017) Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana. Santo Domingo, Republica Dominicana.

4. Manifestaciones de violencia contra personas menores de edad: generalidades e indicadores

En lo que respecta a las manifestaciones de violencia contra las personas menores de edad, es frecuente que coexistan varios tipos de violencia en una misma situación de maltrato[24]. Por lo demás, como podrá visualizarse en la descripción de los diferentes indicadores, es frecuente que un mismo indicador se asocie con diferentes tipos de violencia. De acuerdo con la tipología de violencia considerada en la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia vigente en el país, se enumerarán en este apartado indicadores para violencia por: negligencia, violencia sexual, violencia física, violencia psicológica, violencia patrimonial y violencia prenatal.

No se presenta un listado exhaustivo de los tipos posibles de violencia ni de sus indicadores debiendo considerarse otros que a criterio profesional sean relevantes, de acuerdo con los contextos en que se presenten las problemáticas.

Por su parte, con respecto a explotación sexual, trata de personas, trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso se recuerdan los indicadores establecidos en el documento normativo vigente relativo al tema.

En términos generales, siempre deberá considerarse que puede existir una situación de violencia si la persona menor de edad presenta problemas de comportamiento o cuando el relato del padecimiento actual y sus antecedentes no concuerda con los síntomas y las lesiones evidenciadas.

[24] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 14(4), pp. 245-258.

4.1. VIOLENCIA POR NEGLIGENCIA

En la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia (2019) se define violencia por negligencia de la siguiente manera:

> Acción de descuido contra una persona en situación de dependencia en aquellas actividades básicas de la vida diaria, tales como baño, vestido, alimentación, movilización, medicación, atención de los problemas de salud, que llevan al deterioro de la calidad de vida de la persona (Ministerio de Salud, 2000). En el caso de la niñez y la adolescencia el PANI (2016) considera a la negligencia como aquella situación donde las necesidades físicas y emocionales básicas de las personas menores de edad (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) que no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con la persona menor de edad[25].

Asimismo, en dicho documento se indica que en la Ley N° 4573

> Artículo 142 (…) Código Penal costarricense se establece la represión con prisión a quien pusiere en grave peligro la salud o la vida de alguien, al colocarlo en estado de desamparo físico, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse a sí misma, y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado[26].

Se aclara que, en nuestro país, se ha utilizado hasta el momento el termino *abandono,* en lo que respecta a PME, en el contexto de las declaratorias de abandono emitidas a nivel judicial y que son necesarias para los procesos de adopción, diferenciándose en su significado del concepto de *negligencia*.

Considerando los aspectos citados, en la Tabla 3 se explicitan los indicadores considerados de mayor relevancia en atención a identificar situaciones de negligencia hacia personas menores de edad.

[25] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. 9. San José, Costa Rica, p. 26

[26] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. 9. San José, Costa Rica, p. 26

Tabla 3. Indicadores de violencia por negligencia según sean observables en la persona menor de edad, en progenitores o persona cuidadora

EN NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE	EN PROGENITORES O PERSONA CUIDADORA
• Malnutrición (incluye obesidad producida por exceso de calorías y hábitos familiares que no cambian a pesar de la intervención en salud.) • Retraso del crecimiento. • Retraso en el desarrollo psicomotor por falta de estimulación. • Ingesta de sustancias tóxicas, drogas o alimentos inadecuados para la edad del niño. • Descuido de la higiene personal. • Inscripción tardía en el Registro Civil (a más de un mes posterior al nacimiento del niño o niña)[27]. • No asistencia o asistencia irregular a consultas de salud (por ejemplo, vacunaciones, control de crecimiento y desarrollo, tamizaje de adolescente o citas de seguimiento para problemas de salud identificados) • Presencia de enfermedades evitables por vacunación. • Quemaduras, intoxicaciones o heridas en piel. • Descuido en la salud bucodental que afecta la higiene bucodental y/o el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático (estructuras de la boca y los maxilares).	• Decisión de realizar el parto en el domicilio sin supervisión (profesional de medicina o enfermería) y sin acceso a traslado de emergencia adecuado para el recién nacido o la madre en caso de complicaciones. • No acudir al centro de salud para los controles correspondientes. • Dejar al niño, niña o adolescente sin supervisión adecuada. • Madres, padres o encargados que se muestran apáticos, aplanados o con rechazo abierto hacia el niño, niña o adolescente. • Falta de vínculo afectivo o conexión emocional entre el cuidador principal y el niño, niña o adolescente. • No atención de las demandas emocionales y psicológicas del niño, niña o adolescente. • Expresiones de cariño muy limitadas. • Resistencia al contacto físico y emocional. • Desconocimiento de intereses, gustos, preferencias, temores y deseos de la persona menor de edad. • Retraso u omisión en trámites administrativos como inscripción ante el Registro Civil, cedulación, aseguramiento, inscripción al centro educativo, entre otros. • No asegurar asistencia de la persona menor de edad a citas de cuidados de salud (por ejemplo, vacunaciones, control de

[27] Tribunal Supremo de Elecciones. (3 de mayo del 2011). Decreto N° 06 Reglamento del Registro del Estado Civil. San José, Costa Rica. Artículo 21. En: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=68062

• Caídas frecuentes que implican visita al establecimiento de salud. • Ingesta frecuente de cuerpos extraños que implican visita al establecimiento de salud. • Deshidratación por permanecer durante tiempo prolongado en ambientes calurosos. • La persona menor de edad permanece fuera del hogar en horas y lugares peligrosos sin el acompañamiento debido. • No escolarización o ausentismo y llegadas tardías frecuentes al centro educativo o a lecciones programadas por otros medios (virtuales) sin justificación aceptable. • Fallo y/o exclusión educativa que pueda atribuirse al desinterés e incumplimiento de la responsabilidad parental por asegurar la asistencia al centro educativo o a educación por medios virtuales y el debido acompañamiento al proceso académico • Embarazo en la adolescencia • Satisfacción inadecuada de necesidades de una PME con discapacidad.	crecimiento y desarrollo, tamizaje de adolescente, atención psicológica, optométrica, odontológica, social, entre otras), no completar tratamientos o procedimientos indicados. • Poco o inexistente interés en establecer normas o límites a la persona menor de edad en el entorno familiar. • No apoyar al niño o niña, adolescente en sus necesidades educativas particulares. • Falta de acompañamiento en ambiente virtual, de acuerdo con el nivel de alfabetización digital que tengan los padres o cuidadores. • No utilizar los apoyos económicos u otros que brinda el Estado para la educación del niño, niña o adolescente. • Retraso en la búsqueda de asistencia en situaciones de salud graves o prioritarias. • Omitir evidenciar situaciones de violencia (de cualquier tipo) contra la persona menor de edad en cualquier escenario que ocurra. • Permanecer con personas menores de edad en lugares de venta y consumo de alcohol o drogas. • Protagonizar escenas sexuales explícitas en presencia de la persona menor de edad • Ausencia del padre, la madre o la persona cuidadora durante un internamiento hospitalario de la persona menor de edad sin justificación. • Separación prolongada entre la persona menor de edad y sus padres o madres con desentendimiento total de las necesidades básicas físicas y emocionales del niño, niña o adolescente. • Incumplimiento del deber alimentario (no honrar pago de pensión alimenticia).

Fuente. Adaptado de Patronato Nacional de la Infancia. (2018) Protocolo de negligencia arreglado.

4.2. VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual se define en la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia (2019) como toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas (Art. 2, Ley Nº 7586, 1996)[28].
En Costa Rica, la violencia sexual constituye un delito que debe ser denunciado al Ministerio Público. Sobre este particular se recuerda que en nuestro país:

- La relación sexual coital con una persona menor de 13 años se considera violación sexual ya que esta no tiene el desarrollo requerido para dar consentimiento valido.

- La ley 9406 penaliza las relaciones sexuales entre personas de 13 a menos de 15 años con personas con 5 o más años de diferencia y las relaciones sexuales entre personas de 15 a menos de 18 años con personas con 7 o más años de diferencia. Estas relaciones son denominadas ***relaciones impropias*** ya que son relaciones desiguales y de poder entre una persona adulta y una persona adolescente. Estas relaciones, desde el punto de vista de los derechos humanos, resultan inconvenientes o dañinas para las personas menores de edad. En muchos casos, pueden llegar a ser una forma oculta o legitimada de violencia[29].

La violencia sexual adquiere características particulares si ocurre en el contexto de la explotación sexual comercial. En la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia, Decreto N º 41632-S. 9 esta situación se describe de la siguiente manera

> es cuando una persona o grupo de personas involucran a otras personas en actividades sexuales de cualquier tipo, para satisfacción de los intereses de otras personas o de sí mismas u otro tipo de beneficios o regalías (Antezana y McDonald, 2008, p. 16). Existen diferentes formas de explotación sexual: las relaciones sexuales remuneradas, pornografía utilizando a personas menores de edad, corrupción, proxenetismo, rufianería, trata, fabricación y difusión

[28] Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica, p. 27.
[29] Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017) Relaciones Impropias: cuando la edad sí importa . San José, Costa Rica.

de pornografía. Todas estas formas de explotación constituyen delitos (CONACOES 2010, Ley N°7899 y Ley N°8590)[30].

Se recomienda, en lo sucesivo utilizar el término **Material de abuso (y explotación) sexual infantil** (MASI) al referirse al tema pornografía cuando se incluye PME. Y a no utilizar el término "pornografía infantil", enfatizando en que una PME no está en capacidad de dar consentimiento para este tipo de actividad, la cual constituirá siempre un abuso sexual. En este material se incluyen grabaciones de abuso sexual de niños o niñas por personas adultas, imágenes de niños o niñas en actos sexuales explícitos, imágenes de órganos sexuales de niños o niñas, producidas o utilizadas con fines sexuales[31].

Con el propósito de contribuir a afinar en el diagnóstico de violencia sexual en los casos particulares, se propone a continuación información relacionada con cuatro categorías:

1. Conductas sexuales esperables y no esperables en niños y niñas pequeños.
2. Relación entre enfermedades de transmisión sexual y posibilidad de violencia sexual.
3. Indicadores relevantes de violencia sexual en personas menores de edad.
4. Indicadores particulares de violencia sexual en el contexto de explotación sexual comercial.

En la Tabla 4 se muestra información relativa a "conductas sexuales esperables y no esperables en niños y niñas de 2 a 6 años" y se aportan características para distinguirlas de conductas que son sospechosas de violencia sexual. Dicha información es un marco general para el análisis, que no sustituye el valorar cada caso y las situaciones particulares de los estilos de vida de las familias o núcleos sociales de convivencia como, por ejemplo, la desnudez habitual en la intimidad, el cuidado y aseo de los niños y las niñas pequeños, el nacimiento de un nuevo hermano o hermana, entre otros.

[30] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. 9. San José, Costa Rica, p. 21.

[31] Unión Internacional de Telecomunicaciones. (2020) Protección de la Infancia en Línea: Guía para padres y educadores. En: https://8a8e3fff-ace4-4a3a-a495-4ea51c5b4a3c.filesusr.com/ugd/9ad503_9ae84eec937942639fee796b98415912.pdf 15 setiembre 2020.

Tabla 4. Conductas sexuales esperables y no esperables en niños y niñas de 2 a 6 años

EJEMPLOS DE CONDUCTAS ESPERABLES	EJEMPLOS DE CONDUCTAS NO ESPERABLES
Refieren a todas las conductas que se presentan ocasionalmente (de manera poco frecuente) o de manera transitoria y que son fáciles de distraer.	**Estas conductas pueden presentarse de manera ocasional o frecuente, resultan incómodas para las otras personas. Además, durante ellas el niño o niña puede responder de forma moderada a la distracción o del todo no ser susceptibles a ésta. En algunos casos inclusive, puede enojarse si se le distrae.**
1. Tocarse genitales (o masturbase) tanto en público como en privado. 2. Ver y/o tocar genitales de sus pares de manera transitoria y con fines exploratorios. 3. Mostrar genitales a sus pares. 4. Intentar ver desnudez de sus pares o de las personas adultas. 5. Besar en la boca y tocar los labios de la otra persona con la lengua.	1. Frotar su cuerpo contra el de otras personas. 2. Intentar introducir la lengua en la boca durante el beso. 3. Tocar genitales de pares o de personas adultas de manera reiterativa, guardando el secreto y ocultándose. 4. Imitación tosca de movimientos asociados con el acto sexual. 5. Propuesta a pares o personas adultas de realizar actos sexuales específicos. 6. Introducción de objetos o partes del cuerpo en genitales. 7. Imitación explícita del acto sexual. 8. Descripción detallada o de elementos característicos de actos sexuales. 9. Tocar genitales de animales. 10. ***Cualquier conducta sexual que involucre a niños o niñas con 4 ó más años de diferencia[32].*** 11. ***Conductas sexuales con frecuencia diaria.*** 12. ***Conductas sexuales que ocasionan estrés emocional o dolor físico.*** 13. ***Conducta sexual asociada con otras conductas de agresión física.*** 14. ***Conducta sexual que se presenta con coerción hacia otras personas.***

Fuente. Adaptado de Kellog, N. (2009) Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. PEDIATRICS Vol. 124 No. 3 September 2009, pp. 992-998 (doi:10.1542/peds.2009-1692).

Ahora bien, en la Tabla 5 se describe la relación entre algunas enfermedades de transmisión sexual que pueden identificarse en personas menores de edad y la posibilidad de que asocien con la presencia de violencia sexual.

[32] Las conductas descritas como ejemplos, desde el número 9 hasta el 13, constituyen conductas que requieren de la valoración de factores ambientales y de la familia y de la referencia del niño o niña a los servicios de protección en caso necesario.

En algunos casos, estas enfermedades pueden adquirirse durante el nacimiento o antes, por el mecanismo denominado transmisión vertical. Si se descarta el contagio por este mecanismo (debidamente documentado al nacimiento de la PME), la presencia de gonorrea, sífilis o VIH es indicativa de violencia sexual.

Tabla 5. Relación entre enfermedades de transmisión y violencia sexuales en personas menores de edad

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL[33]	PERIODO DE INCUBACIÓN	DIAGNÓSTICO	NIVEL DE SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL
• Gonorrea adquirida en etapa posnatal	2 a 7 días	Cultivo	ALTO
• Sífilis adquirida en etapa posnatal	10 a 90 días	VDRL + FTA	ALTO
• VIH si no es infección perinatal o secundaria a transfusión	6 semanas a 8 meses	ELISA confirmado con Western Blot	ALTO
• Virus Papiloma Humano • (condilomas acuminados)	1- 9 meses	Inspección, topicación con ácido acético o biopsia	MEDIANO transmisión vertical hasta los 3 años
• Trichomoniasis	4-20 días	Frotis de secreción vaginal	MEDIANO
• Clamydia Trachomatis	Variable	Cultivo	MEDIANO
• Herpes virus tipo 2	2-14 días	Cultivo y tipificación viral	MEDIANO
• Herpes virus tipo 1	2-14 días	Cultivo y tipificación viral	BAJO
• Vulvovaginitis bacteriana • (Vaginosis)	7 a 14 días	Cultivo	BAJO
• Mycoplasma	2 a 3 semanas	Cultivo	Incierto

Fuente. Adaptado de Sociedad Argentina de Pediatría, PRONAP y Educación Medica Continua. (2006) y Sacroisky et al. (2007).

[33] Anexo 1. Fotografías de manifestaciones de violencia sexual.

En la Tabla 6 se resumen algunos de los indicadores observados de manera más frecuente en situaciones de violencia sexual contra personas menores de edad según su visualización en historia clínica, examen físico o exámenes de laboratorio.

Tabla 6. Indicadores de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes según su presentación en historia clínica, examen físico o exámenes de laboratorio

HISTORIA CLÍNICA	EXAMEN FÍSICO	LABORATORIO

• Relato de abuso sexual por el niño, niña o adolescente.
• Relato de abuso sexual por parte de un(a) testigo.
• Antecedente de haber presenciado escenas sexuales explícitas
• Presencia de temores a:
  ○ establecer relaciones interpersonales;
  ○ revelar acciones de ofensor(a), llegando al mutismo;
  ○ personas o lugares específicos;
  ○ cambiarse de ropa frente a otros;
  ○ "tener algo malo" en sus genitales.
  ○ Resistencia a visitar determinado lugar ya sea vivienda de familiares o amigos
• Interés compulsivo por todo lo referente a la sexualidad.
• Cambio en la conducta social con pares, núcleo familiar u otros que evidencia aislamiento, retraimiento y resistencia a la comunicación e interacción
	• Irritación genital.
	• Hematomas, laceración, desgarramiento, escoriaciones, fisuras o heridas en zona genital (labios menores, himen, pene o región anal), cuello, mamas, extremidades, tronco u otros.
	• Hemorragias genitales.
	• Vulvovaginitis, balanitis.
	• Equimosis en pubis, zona genital y cara interna de muslos o rodillas.
	• Presencia de verrugas genitales, anales u orales.
	• Dilatación o escotaduras anales en himen o región anal.
	• Esfínter anal con pliegues engrosados, alisados o sin estructura radial normal.
	• Presencia de cuerpo extraño en recto o vagina.
		• Hallazgo de semen en el cuerpo de la víctima (considerar espermatozoides en muestra de orina de una niña).
		• Cultivos positivos: anales, orales o vaginales de Neisseria gonorrea, Chlamydia trachomatis o Trichomonas vaginalis.
		• Serología positiva para VIH.
		• Serología positiva para sífilis.

• Insomnio, pérdida de apetito, cambios del estado de ánimo, tristeza, perdida del interés en lo que disfrutaba • Conductas sexualizadas hacia sí mismo u otras personas, agrede sexualmente a otros(as). • Expone evidencias sexuales en sus dibujos o fantasías. • Inicio de relaciones sexuales a temprana edad. • Presencia de relaciones sexuales impropias. • Videos o fotografías sexualmente sugestivos compartidos o no en redes sociales. • Fugas de casa o centro educativo. • Lesiones autoinflingidas y/o intentos de autoeliminación. • Trastornos de la alimentación, del control de esfínteres y del patrón del sueño. • Dificultad para caminar y/o sentarse por dolor en zona genital y anal. • Dolor abdominal crónico recurrente y defecación dolorosa. • Exterioriza pudor excesivo e inapropiado en la exploración médica genital. • Infección urinaria recurrente. • Enuresis. • Encopresis.		

• Embarazo en menores de 18 años. • Deterioro del rendimiento educativo.		

Fuente. Adaptado de Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Guía de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. San José, Costa Rica y Caja Costarricense de Seguro Social. (2017) LT. GM. DDSS. AAIP. 21091 Atención en los establecimientos de salud de la CCSS a niños y niñas que enfrentaron violación sexual. San José, Costa Rica.

Finalmente, en la Tabla 7 se describen los indicadores particulares de violencia sexual en el contexto de explotación sexual comercial, los cuales se suman a los anotados en la Tabla anterior.

Tabla 7. Indicadores de violencia en contexto de explotación sexual comercial según sean observables en la persona menor de edad o a nivel familiar y comunal.

EN NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE	EN FAMILIA Y COMUNIDAD
• **A nivel psicosocial:** • Consumo de drogas y alcohol. • Involucramiento en actividades delictivas. • Manejo de dinero, ropa, u otros recursos de manera inconsistente con la economía familiar. • Ausentismo, exclusión educativa. • Dificultades para concentrarse, baja motivación, rezago. • Dificultad para acatar límites en el ámbito educativo. • **A nivel físico:** • Exposición reiterada ante incidentes que atenten contra su integridad física. • Abortos inducidos o espontáneos. • Evidencia de consumo de drogas psicoactivas.	• Familias en situación de exclusión social y/o pobreza extrema, con miembros que presentan adicciones a drogas o alcohol, que expulsan a niños, niñas o adolescentes por razones de violencia intrafamiliar, pobreza o limitada capacidad para ofrecerles contención. • Domicilios con movimiento de personas poco común para una casa de habitación y con poca comunicación con el vecindario. • Medidas de seguridad excesivas en algunos locales comerciales. • Presencia de menores de edad en bares o centros nocturnos acompañados de personas adultas. • Personas ajenas a la comunidad asociadas a actividades de comercio o explotación sexuales. • Personas expresan relatos incongruentes con las actividades que supuestamente realizan. • Concentración de mujeres o personas de edades parecidas en un mismo local.

Fuente. Caja Costarricense de Seguro Social. (2015).

4.3. VIOLENCIA FÍSICA

La Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia (2019) define violencia física "como una acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona (Art. 2, Ley Nº 7586, 1996)"[34].

Además, debe recordarse lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia, Capítulo II, Artículo 24 bis, respecto al Derecho a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante, en torno a lo cual específicamente indica que

> las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir orientación, educación, cuido y disciplina de su madre, su padre o los responsables de la guarda y crianza, así como de los encargados y el personal de los centros educativos, de salud, de cuido, penales juveniles o de cualquier otra índole, **sin que, en modo alguno, se autorice a estos el uso del castigo corporal** ni el trato humillante[35].

La violencia física, dependiendo de sus consecuencias (fallecimiento de la persona violentada, severidad de las lesiones) se constituye en delito y el responsable debe responder ante el sistema judicial. En la Tabla 8 se describen los indicadores a considerar para identificar situaciones de violencia física contra niños, niñas y adolescentes según presentación en historia clínica, examen físico o laboratorio y gabinete.

Tabla 8. Indicadores de violencia física en niños, niñas y adolescentes según presentación en historia clínica, examen físico o laboratorio y gabinete

HISTORIA CLÍNICA	EXAMEN FÍSICO[36]	LABORATORIO Y GABINETE
Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambulan).	Contusiones, lesiones o moretones en zonas no habituales y no prominentes: áreas periocular y peribucal, región oral, zonas	Radiografías que muestran fracturas agudas y cicatrices de

[34] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. 9. San José, Costa Rica, p. 25

[35] Sistema Costarricense de Información Jurídica Ley N º 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia. En: grweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&param2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC&lResultado=4&strSelect=sel#:~:text=Las%20personas%20menores%20de%20edad%20tendrán%20derecho%20a%20que%20se,%2C%20pensamiento%2C%20dignidad%20y%20valores.

[36] Anexo 2. Fotografías de manifestaciones de violencia física.

Fracturas costales, vertebrales, craneales u otras que no se relacionen con la historia relatada por el cuidador. Mecanismos de producción discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración. Lesión intracraneal grave producida "supuestamente", por caída sin testigos o por caída desde poca altura (alturas inferiores a 1,20 m: cama, cuna, sofá, cambiador, inodoro, etc.), especialmente si es menor de 1 año. Síntomas/signos clínicos: convulsiones, trastornos agudos de la conciencia, hipotonía, irritabilidad, rechazo del alimento, vómitos o alteraciones en el ritmo respiratorio. Cuadro clínico abdominal inespecífico (distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia). Lesiones cutáneas como quemaduras o mordeduras especialmente en palmas y plantas. Relato explícito o encubierto de la PME respecto a maltrato o castigo físico que no deja signos en el cuerpo. Representación en juego o dibujos de maltrato físico. Normalización de la violencia física en los procesos de crianza de	laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, oídos, región proximal y póstero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas. Lesiones con bordes nítidos que reproducen la forma del objeto o parte del cuerpo (p. e. plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerda, cigarrillos, mano, dientes, etc.). Distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización.	fracturas sospechosas. (Serie ósea en menores de 2 años)[37]. Lesiones específicas en diferentes localizaciones como abdomen, tejido subcutáneo, ligamentos o tendones evidenciadas por ultrasonido. Evidencia de lesiones sospechosas por TAC cerebro, TAC abdomen, Resonancia magnética, Gamagrafía, otros. Exámenes de laboratorio alterados (anemia, hematuria, aumento de la amilasa, lipasa y transaminasas hepáticas) a consecuencia del trauma

[37] Berkowitz, C. D. (2017). Physical abuse of children. New England Journal of Medicine, 376(17), pp. 1659-1666.

progenitores o personas cuidadoras. Desconocimiento de alternativas para el manejo de la conducta en la PME Progenitores o personas cuidadoras con baja tolerancia a la frustración Y dificultad para manejo de la ira Evidencia de conductas problemáticas repetitivas sin resolución a pesar de la negociación familiar como fugas, consumo de droga, irresponsabilidad en labores escolares o domésticas, irrespeto verbal.		

Fuente. Adaptado de Caja Costarricense de Seguro Social. (2012).

4.4. VIOLENCIA PSICOLÓGICA[38-39]

En la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia (2019) define violencia psicológica como

> la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal (Art. 2, Ley Nº 7586, 1996)[40].

Es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación, coacción, amenaza de abandono.

---

[38] UNICEF. (2017). "Violencia emocional, Ocultos a plena luz". Traducción Alexia Delclaux. En: aeped.es/sites/default/files/documentos/entrega7_violencia_emocional.pdf

[39] Saude, J.M. y Maldonado, J. (Sep/Oct., 2016). "El abuso psicológico al niño en la familia". Revista de la Facultad de Medicina de México. Versión online. ISSN 2448-4865. Versión impresa ISSN 0026.1742. Rev. Fac. Med. (Mex), Vol.59 no. 5, Ciudad de México.

[40] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. 9. San José, Costa Rica, p. 26.

También existe violencia psicológica cuando se atemoriza, aterroriza, explota, rechaza, aísla, ridiculiza y se aplican formas degradantes de reclusión. Se relaciona con someter la voluntad del otro subordinándolo e incidiendo de esta manera en su dignidad humana, autoestima, integridad psíquica y moral. Algunos ejemplos de este maltrato son el control excesivo, extorción afectiva, culpabilización, vergüenza y las críticas destructivas. La exposición a violencia doméstica se considera una forma de violencia psicológica. A su vez, las prácticas de triangulación emocional por parte de las personas encargadas de las personas menores de edad (muchas veces cuando hay conflicto en las relaciones de pareja), constituye una expresión de este tipo de violencia.

La violencia psicológica puede presentarse de manera pura o en conjunto con cualquier otro tipo de violencia como violencia física, sexual, negligencia, patrimonial, otras formas. Siempre, estos otros tipos de violencia provocan violencia psicológica.

La violencia psicológica contra los niños, niñas y adolescentes es habitualmente perpetrada por personas de su familia, cercanas, personas de autoridad, cuidadores. Es decir, personas con un vínculo o relación estrecha y personal.

Se sugiere utilizar el término **violencia psicológica**, sobre el de violencia emocional o mental, ya que la esfera psicológica es más amplia, e integra aspectos cognitivos, afectivos, volitivos, de interacción, internos y dinámicos, con impacto en la percepción de sí mismo, de los otros y de su medio.

Dificultades para identificar y reportar la violencia psicológica

Dentro de los retos que se deben superar en la práctica clínica, en el contexto de salud y comunidad para identificar, diagnosticar, tratar y denunciar la violencia psicológica se encuentran los siguientes:

1. Las consecuencias de la violencia psicológica varían de acuerdo con el contexto, la intensidad, la edad en que se experimenta y la cronicidad del maltrato.
2. Generalmente la violencia psicológica es solapada, no siendo reconocida dado que coexiste con otros tipos de violencia.
3. Existe una pobre cultura de denuncia relacionada con este tipo de maltrato.
4. Existen dificultades en la descripción operacional y legal de este tipo de violencia.
5. La normalización cultural de la violencia, como factor implícito en la crianza.

Consecuencias de la violencia psicológica

La violencia psicológica constituye un factor de riesgo para el sano desarrollo del ser humano y es potencial causa de psicopatología. Los niños, niñas y adolescentes que han vivido este tipo de violencia de forma recurrente, podrían presentar efectos que prevalezcan durante toda su vida si no son abordados adecuadamente, entre los cuales destacan[41]:

- Pensamiento de que ellos(as) tienen algún tipo de deficiencia.
- Sentimientos de culpa hacia sí mismos(as) por el abuso sufrido.
- Psicopatología, rasgos o síntomas de ansiedad, depresión, estrés post traumático, trastornos somáticos, trastorno límite de la personalidad.
- Tendencia al aislamiento o distanciamiento de otras personas.
- Apego inseguro.
- Dependencia afectiva.
- Autoestima inadecuada.
- Sentimientos de vergüenza y humillación.
- Dificultad para relacionarse consigo mismo y con otras personas.
- Automutilaciones.
- Pensamientos y actos suicidas.
- Consumo recreativo o perjudicial de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, medicamentos prescritos o drogas ilícitas).
- Trastornos de la alimentación como anorexia y bulimia.

En la Tabla 9 se describen algunos de los indicadores a considerar para identificar situaciones de violencia psicológica según sean observables en la persona menor de edad o en padre, madre o cuidador(a).

[41] Ipswich (MA). (2020). Servicios de información de EBSCO. Child Abuse - Emotional or Neglect. Registro No. T1556028633662. [Actualizado el 24 de junio de 2020]. DynaMed. En: https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T155602863366

Tabla 9. Indicadores relevantes de violencia psicológica según sean observables en la persona menor de edad o en progenitores o cuidador(a)

EN NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE[42]	EN PROGENITORES O CUIDADOR(A)
• Tics. • Miedos o fobias (por ejemplo, temor al salir de la casa). • Llantos excesivos. • Comerse las uñas. • Tartamudear. • Abulia (falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse). • Pasividad, negativismo o agresividad. • Hipercinesia (aumento de movimientos involuntarios del cuerpo o partes de él). • PME con conductas en extremo dependientes de sus cuidadores que no concuerdan con su nivel de desarrollo y edad cronológica.	• Las explicaciones del padre, madre o cuidador(a) sobre las conductas del niño, niña o adolescente son contradictorias con los hallazgos. • Manifiestan hacia la persona menor de edad: hostilidad, indiferencia, rechazo y/o expectativas inapropiadas para su nivel de desarrollo (por ejemplo, se le regaña si ensucia su ropa interior, aunque aún no haya logrado control de esfínteres). Sobreprotección. Manipulación del afecto y la aceptación. Estilo de comunicación adulador y racional. • Ausencia de respuesta a sus requerimientos emocionales[43]. • Exponer a la PME a conflictos de pareja o familiares, cuya resolución corresponde a personas adultas • Delegación de roles y de responsabilidades adultas • Establecer parejas temporales con acceso a los hijos y al ambiente familiar • Utilizan métodos disciplinarios inadecuados (castigo físico, violencia psicológica, supervisión excesiva, entre otros). • Manifestaciones de violencia intrafamiliar frente a la persona menor de edad. • Ausencia de actividades sociales adecuadas para el menor (aislamiento familiar o promoción de actividades sociales inadecuadas para niños, niñas o adolescentes). • Restringir oportunidades de educación a la persona menor de edad.

[42] Ipswich (MA). (2020). Servicios de información de EBSCO. Child Abuse - Emotional or Neglect. Registro No. T1556028633662. [Actualizado el 24 de junio de 2020]. DynaMed. En: https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1556028633662

[43] National Institute for Health and Care Excellence. (October 9th, 2017). Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s Clinical Guideline [CG89] En: https://www.nice.org.uk/guidance/cg89

	• Exposición de la imagen de los hijos y las hijas en redes sociales. • Progenitores o encargados que se muestran insistentes en consultar en servicios públicos o privados describiendo de forma reiterativa síntomas falsos o provocando síntomas reales para que parezca que la PME está enferma. • Restricción el derecho de la PME a conversar o ser entrevistada por profesionales de la salud. • Pretender grabar de manera explícita o subrepticia el relato de la PME durante atención en salud.

Fuente. Adaptado a partir de Ipswich (MA). (2020) con aportes de funcionarios de atención directa.

4.5. VIOLENCIA PRENATAL

La violencia prenatal es parte del maltrato en la niñez, incluye todas aquellas acciones negligentes activas o pasivas, individuales (madre, padre u otros), sociales o institucionales que atentan contra el potencial de desarrollo integral y los derechos humanos de los niños y niñas durante su vida prenatal[44]. En la Tabla 10 se describen los indicadores de violencia prenatal según sean observables en progenitores, cuidador(a), niño o niña.

Tabla 10. Indicadores de violencia prenatal según sean observables en progenitores, cuidador(a), niño o niña

EN NIÑO O NIÑA	EN PROGENITORES O CUIDADOR(A)
• Retraso de crecimiento intrauterino • Síndrome de abstinencia. • Síndrome alcohólico fetal. • Infecciones feto-neonatales (especialmente SIDA y ETS). • Manifestaciones fenotípicas relacionadas con uso de tóxicos/fármacos.	• Rechazo del embarazo o indiferencia emocional hacia el mismo. • Maltrato físico dirigido a la madre o al feto por parte de progenitores o integrantes del núcleo de convivencia (por ejemplo, pretender restringir crecimiento del útero, intento de aborto, incluye autolesiones). • Negligencia en la atención de las necesidades básicas de la madre por parte de su pareja.

[44] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica. p. 25.

	• Omisiones (por negligencia) en control prenatal: inicio tardío, ausencia a citas programadas, no cumplir con indicaciones médicas o con seguimiento psicosocial indicado. • Negligencia personal en la alimentación e higiene. • Exceso de trabajo corporal. • Consumo recreativo o perjudicial de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, medicamentos prescritos o drogas ilícitas). • Exposición a fármacos o irradiaciones sin indicación médica. • Participación en actividades delictivas.

Fuente. Adaptado de comunicación Amador, M. y Torres F. (2015).

A nivel de los servicios de salud, condiciones como dificultades de acceso por entorpecimiento en trámites administrativos (por ejemplo, otorgamiento ineficiente de modalidades de aseguramiento, citas no oportunas, otros), incumplimiento de normativa, ineficiencia de los sistemas de referencia y contrarreferencia podrían considerarse formas de violencia prenatal desde el ámbito institucional.

Por otra parte, toda mujer tiene derecho a tener una atención respetuosa durante el embarazo, parto y posparto, de modo tal que, cualquier violación a este derecho [45] también podría considerarse una forma de violencia prenatal.

4.6. VIOLENCIA EN EL CONTEXTO DE TRATA DE PERSONAS

En la Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia (2019) se define Trata de personas de la siguiente manera:

> captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esta explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u

[45] Violaciones a este derecho puede ser Violencia Obstétrica, entendida como conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto (Arguedas-Ramírez, 2014. p. 146) .EN NORMA DE VIOLENCIA

otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos" (ONU 2000)[46].

El documento ***Protocolo de Atención Integral a las Víctimas del Delito de Trata de Personas en los Servicios de Salud de la CCSS***[47], cuya actualización vigente fue publicada en noviembre 2019, establece los siguientes indicadores para la detección de trata de personas:

- Señales de abuso físico: golpes, quemaduras, cicatrices o marcas, deterioro físico y agotamiento extremo.
- Síntomas de adicción a drogas, señales de uso de agujas, desorientación.
- Actuación únicamente bajo la dirección e indicación de otra persona, que no se desprende de ella o él.
- Vestimenta inadecuada, que no corresponde con la edad, talla, clima, entre otros.
- Mirada evasiva, voz insegura, manos temblorosas. Evidente temor para expresarse.
- Sin documentos de identificación o con documentos alterados.
- Desconocimiento del idioma local.
- Negación a responder preguntas simples de información general como: ¿dónde vive? O respuestas con monosílabas, imprecisas, vacilantes o dudosas.
- No pertenencia a la comunidad, región o país.

Mas detalles vinculados con indicadores relacionados con este tipo de violencia pueden consultarse en el Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación: sexual, trata, trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso[48].

[46] Ministerio de Salud. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica. p. 24

[47] Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Protocolo de atención integral a las víctimas del delito de trata de personas en los servicios de salud de la CCSS. San José, Costa Rica.

[48] Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Migración y Extranjería, Caja Costarricense de Seguro Social y Patronato Nacional de la Infancia. (2014). Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación: sexual, trata, trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso. San Jose, Costa Rica.

4.7. VIOLENCIA EN EL CONTEXTO DEL TRABAJO INFANTIL

Se considera que el trabajo infantil es una expresión de la violencia "si priva a los niños, niñas y adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad"[49], siendo nocivo para su desarrollo físico y mental. Se refiere al trabajo que supone una asignación excesiva de responsabilidad de acuerdo con la edad y madurez de la persona menor de edad, que interfiere en su escolarización y lo separa de su familia, comunidad y amigos[50].

Las siguientes situaciones son indicadores de violencia en el contexto del trabajo infantil:

- Personas menores de 15 años que laboran en cualquier condición: asalariado, independiente (cuenta propia), trabajo familiar, en la producción de bienes o en la prestación de servicios. Esta situación tiene PROHIBICION ABSOLUTA por Ley 7739 articulo 92 en Costa Rica.

- Jornadas superiores a las 6 horas diarias y 36 semanales.

- Actividades que impliquen peligro para el desarrollo y la salud física y psicológica.

- Trabajos que se realizan en la calle donde están expuestos a peligros de violencia, hostigamiento psicológico, predisposición a adquirir conductas inadecuadas y peligro de abuso.

- Remuneración mínima o inexistente.

- Carencia de aseguramiento por parte del patrono

- Adolescentes mayores de 15 años y menores de 18 años que realizan trabajo peligroso e insalubre por su naturaleza o por sus condiciones. El trabajo en este rango de edad está regulado en Costa Rica, pero no prohibido.

- Trabajo nocturno (entre las 7:00 pm y las 7:00 am del día siguiente, excepto jornada mixta).

---

[49] Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica. p. 23.

[50] Caja Costarricense de Seguro Social. (2014) Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación: sexual, trata, trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso. San José, Costa Rica.

4.8.VIOLENCIA PATRIMONIAL

Se define como Violencia patrimonial cualquier acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de alguna persona (Art. 2, Ley N° 7586, 1996).

En el caso de PME deberá considerarse por ejemplo en el caso de que se sospeche el uso de herencias, fondos de becas o pensiones de su propiedad para fines distintos a su manutención, educación o satisfacción de otras de sus necesidades. Otro ejemplo puede ser, el alquiler o venta de una silla de ruedas a un tercero que le impida a la PME movilizarse.

Atención de situaciones de violencia

Este tercer apartado incluye los siguientes subapartados que describen el proceso de atención a las situaciones de violencia que se aplicara en la institución:

1. Detección de la violencia
   1.1. Funcionarios cuyo rol es diferente a la atención directa en salud sean o no profesionales
   1.2. Funcionarios no profesionales que brindan atención directa en salud
   1.3. Funcionarios profesionales no médicos que brindan atención en salud
   1.4. Funcionarios profesionales brindan atención directa a las PME en situación de violencia
2. Valoración de riesgo
3. Abordaje
   3.1. Proceso de atención según nivel de riesgo
   3.2. Contención emocional y orientación
   3.3. Criterios hospitalización (internamiento) y egreso hospitalario
   3.4. Referencia y contrarreferencia
   3.5. Plan de seguridad
   3.6. Registro en Expediente Digital Único en Salud (EDUS)
   3.7. Notificación obligatoria
   3.8. Atención a la niña, niño o persona adolescente que se sospecha violentó el derecho de otra persona menor de edad
   3.9. Integrantes del equipo de abordaje de las situaciones de violencia detectadas
4. Seguimiento integral de la persona menor de edad en situación de violencia.

A modo de resumen en la Figura 2 que describen estas actividades sustantivas del proceso de atención y posteriormente en el texto se detalla cada una de ellas.

Figura 2

Actividades sustantivas del proceso de atención de la persona menor de edad en situación de violencia según nivel de atención en red de servicios de la CCSS, 2021

DETECCIÓN A CARGO DE:

- Funcionarios cuyo rol es diferente a la atención en salud sean o no profesionales.
- Funcionarios no profesionales que brindan atención directa en salud.
- Funcionarios profesionales no médicos que brindan atención en salud.
- Funcionarios profesionales brindan atención directa a las PME en situación de violencia.

VALORACION DE RIESGO PARA ESTABLECER SI ES:

- Alto
- Medio
- Bajo

ABORDAJE DE LA PERSONA EN SITUACION DE VIOLENCIA CONSIDERANDO:

- Nivel de riesgo
- Contención emocional y orientación
- Hospitalización (internamiento) y egreso hospitalario según corresponda
- Emision de referencia y contrarreferencia
- Elaboracion del plan de seguridad segun cada caso
- Registro en Expediente Digital Único en Salud (EDUS)
- Notificación obligatoria
- Atención de la PME cuando se sospecha que violentó los drechos de otra PME

SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL Y MÉDICO.

ANÁLISIS EN CEINNAA.

Fuente. Elaboración propia.

1. Detección de la violencia

Detectar significa "reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato Infantil". La detección debe realizarse de la manera más precoz posible y tiene que incluir aquellas situaciones donde existe maltrato y también aquellas situaciones de riesgo en las que pueda llegar a producirse[51].

Puede ser realizada en cualquier escenario (comunitario, domiciliar, educativo, de salud), nivel de atención (Primer, Segundo o Tercer nivel de atención), en cualquier servicio (por ejemplo, Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, otros) y por cualquier funcionario(a)[52].A partir de la detección se inicia el proceso de atención (Algoritmo 1). Las primeras herramientas para la detección son el reconocimiento de los factores de riesgo y de los indicadores.

Se describen a continuación las acciones a desarrollar al detectar, de acuerdo con las características de quien lo realice.

1.1 Persona funcionaria cuyo rol es diferente a la atención directa en salud sean o no profesionales

Los funcionarios(as) cuyo rol es diferente de la atención en salud, como administradores, personal de seguridad, aseo, registros de estadísticas en salud, Trabajador de Producción, Técnico en Mantenimiento y Choferes, entre otros, que detectan situaciones sospechosas de violencia contra niños, niñas y adolescentes deben:

- Comunicarlas a jefatura inmediata superior de acuerdo con el contexto (pudiendo ser la persona que funge como médico del EBAIS, director médico, jefatura de Consulta Externa, jefatura de Emergencias, jefe de guardia, jefatura de REDES, jefatura de

[51] Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. (FAPMI). (2011). Detección y notificación de casos de maltrato infantil Guía para la ciudadanía. En: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maquetada_30-03-11(2).pdf

[52] Código de Procedimientos Penales Ley Nº 5377 Artículo 156.- Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:
1) Los funcionarios o empleados públicos que los conozcan en el ejercicio de sus funciones;
2) Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier ramo del arte de curar, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté por la ley bajo el amparo del secreto profesional.

Enfermería, otros.), con el fin de asegurar que el usuario sea valorado de manera integral y se guarde registro de su atención en expediente.

- Esta comunicación deberá realizarse verbal o preferiblemente por un medio escrito[53], con miras a proteger el interés superior de la persona menor de edad y evidenciar el buen proceder de la persona funcionaria que detecta en primera instancia.

1.2 Persona funcionaria no profesional que brindan atención directa en salud

Se consideran en este apartado al Asistente Técnico en Atención Primaria, Asistente de Pacientes, Auxiliar y Asistente de Nutrición, Técnicos Graduados en Tecnologías de la Salud como Ortopedia, Audiometría, Radiología, Oftalmología, Urología, Gastroenterología, Electroencefalografía, Electrocardiografía, Citología, Histología y Asistente Dental Graduado, así como los Técnicos de Salud en Farmacia y Laboratorio, Auxiliar de Enfermería, entre otros.

Estos funcionarios se comunicarán verbalmente de manera inmediata y luego de manera escrita, si es necesario, con su superior inmediato, siendo el objetivo de esta acción asegurar que el usuario sea valorado por un profesional competente, se guarde registro en expediente de salud de su atención y se facilite tramite de referencia-denuncia a Ministerio Publico y PANI, según corresponda:

- Si el funcionario no profesional considera que existe sospecha razonable de maltrato contra PME, emitirá referencia-denuncia al Ministerio Publico, para lo cual se le brindarán las facilidades necesarias a nivel del establecimiento de salud. Esta referencia-denuncia debe ir con copia al PANI.
- Si el funcionario no profesional tiene duda sobre la sospecha razonable, la emisión de la referencia-denuncia será determinada luego de la valoración, quedando a criterio del profesional competente.

1.3 Persona funcionaria profesional no médico que brindan atención en salud

La detección de violencia contra PME también se puede iniciar durante el desempeño laboral de profesionales en Nutrición, Odontología, Enfermería, Farmacia, Microbiología, Terapia de la Salud como Licenciados en Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional, Terapia de Voz y Lenguaje, Imagenología Diagnóstica, entre otras, incluyendo las diferentes especialidades que implica cada una de las disciplinas.

[53] Se sugiere uso de correo electrónico institucional o memorándum.

En este caso, los funcionarios efectuarán las Coordinación es necesarias (llamadas telefónicas, trámite de referencias internas, interconsultas) para que el usuario sea valorado de manera integral a la mayor brevedad, lo cual, incluye **atención por Trabajo Social o medicina** de acuerdo con disponibilidad de los recursos y según protocolo interno del establecimiento de salud.

1.4 Persona funcionaria profesional que brinda atención directa a las PME en situación de violencia

a. Profesionales en medicina

Lo indicado aplica para médicos generales, especialistas y subespecialistas. En lo que respecta a la **consulta médica**, frente a una sospecha de situación de violencia debe realizarse:

- **historia clínica**: incluyendo antecedente de lesiones o accidentes y situación vacunal. En condiciones de privacidad, realizar preguntas abiertas dirigidas hacia la persona menor de edad (cuando esta tiene la edad que le permite hablar) y a sus familiares o acompañantes;

- **examen físico completo**: incluye la revisión de todas las partes del cuerpo (cefalocaudal caudal y próximo distal), la determinación del estado nutricional y del nivel de desarrollo psicomotor (en caso de niños y niñas menores de 6 años);

- la indicación de **estudios complementarios** que se considere necesarios;

- la definición del **diagnóstico diferencial**, según cada caso;

- **referencias o interconsultas** a profesionales odontología, Trabajo Social, psicología, enfermería en salud mental según disponibilidad en establecimiento de salud para que el usuario tenga acceso a valoración integral;

- en caso de considerar que existe sospecha razonable de maltrato contra PME, emitirá **referencia-denuncia** al Ministerio Público, para lo cual se le brindarán las facilidades necesarias a nivel del establecimiento de salud. Esta referencia debe ir con copia al PANI. Si tiene duda sobre la sospecha razonable, la emisión de la referencia-denuncia será determinada luego de la valoración en conjunto con Trabajo Social y/o psicología.

b. Profesionales en Trabajo Social, psicología y enfermería de salud mental

En lo que respecta a la **consulta social, psicológica o de enfermería en salud mental**, frente a una sospecha de situación de violencia debe realizarse:

- **historia clínica**: incluyendo antecedente de lesiones o accidentes y situación vacunal. En condiciones de privacidad, realizar preguntas abiertas dirigidas hacia la persona menor de edad (cuando esta tiene la edad que le permite hablar) y a sus familiares o acompañantes;

- **valoración psicosocial**: incluye la revisión de los diversos aspectos propios del campo de acción de cada disciplina;

- definición del **diagnóstico** según cada caso, según se establece en CIE-10;

- **referencias o interconsultas** a otros profesionales según necesidad del usuario(a);

- en caso de considerar que existe sospecha razonable de maltrato contra PME, emitirá **referencia-denuncia** al Ministerio Público, para lo cual se le brindarán las facilidades necesarias a nivel del establecimiento de salud. Esta referencia debe ir con copia al PANI. Si tiene duda sobre la sospecha razonable, la emisión de la referencia-denuncia será determinada luego de la valoración en conjunto con medicina.

Cualesquiera sean las características de la persona funcionaria que realice la detección, las coordinaciones para la atención integral deberán realizarse antes de que la PME se retire del establecimiento de salud, debiendo considerarse mantenerla en observación u hospitalizar de acuerdo con la valoración de riesgo.

2. Valoración del riesgo[54]

La valoración de riesgo debe ser realizada por el profesional que inicia el proceso de atención de la situación de violencia en perjuicio de la PME, sea profesional de medicina, Trabajo Social, psicología o enfermería de salud mental. Al realizar esta valoración pueden considerarse los siguientes elementos:

1. Intensidad, frecuencia y cronicidad de la situación.

[54] Patronato Nacional de la Infancia. Costa Rica. (2017). Modelo de gestión institucional. San José, Costa Rica.

2. Características de la persona menor de edad: edad, nivel de desarrollo psicomotor (en niños menores de 6 años), capacidad de autoprotección, presencia de discapacidades y enfermedades crónicas, su relatos y percepciones.

3. Historia previa de violencia: investigar si existen hechos previos (consulta en Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y si existen expedientes en proceso de investigación en el PANI cuando esto es posible.

4. Presencia y localización de lesiones físicas.

5. Análisis de cercanía y/o acceso a la víctima de la persona ofensora: tiene o no esta persona libre acceso a la persona menor de edad y existe o no figura de protección.

6. Contacto de la persona menor de edad con centro educativo, centro de cuido, vecinos, entre otros (valoración de redes de apoyo).

7. Recursos de apoyo familiares (red de apoyo familiar).

8. Características de la persona familiar o a cargo, responsable del egreso de la PME del centro de salud.

3. Abordaje

La atención dependerá del tipo de violencia que se identifique, incluyendo intervenciones médicas, quirúrgicas, sociales y psicológicas. De manera prioritaria, deberán atenderse las lesiones físicas y sexuales que ameriten aplicación del Protocolo de 72 horas o del lineamiento técnico de Atención en los establecimientos de salud de la CCSS a niños y niñas (personas menores de 13 años) que enfrentaron violación sexual.

En todos los casos, deberá establecerse:

a. **Severidad del daño.** Este parámetro ayuda a establecer si el maltrato es leve, moderado o grave.
b. **Nivel de probabilidad de que se trate de una situación de violencia**. Implica establecer si el caso es probable, es decir que existen indicadores de violencia .

3.1 PROCESO DE ATENCION SEGÚN NIVEL DE RIESGO

Establecidos los elementos descritos en la valoración de riesgo, es posible clasificar el caso según nivel de riesgo determinando las intervenciones pertinentes, como se describe en la Tabla 11. La aplicación de las diferentes intervenciones corresponde a los profesionales de medicina, psicología, Trabajo Social y enfermería en salud mental, con el apoyo de los demás profesionales y técnicos del establecimiento de salud según la organización local.

Tabla 11. Intervenciones a personas menores de edad que han sufrido violencia según nivel de riesgo a cargo de profesionales en medicina, psicología, Trabajo Social y enfermería en salud mental

NIVEL DE RIESGO[55]	INTERVENCIONES QUE DEBEN APLICARSE	OTRAS ACCIONES POR REALIZAR
ALTO • Maltrato grave. • Puede representar amenaza para la vida. • Puede ser que la situación de violencia se presente de manera sostenida (crónica) o muy frecuente. • Incluye violencia física, sexual y negligencia. • Existe duda sobre rol protector de los progenitores. • Inexistencia de recurso de apoyo.	• Identificación de una persona adulta protectora, para que acompañe a la víctima. • Supresión del contacto con la persona supuesta perpetradora del maltrato de acuerdo con criterio emitido por PANI • En caso de violación sexual, aplicar Protocolo de las 72 horas o Lineamiento Técnico de Atención en los establecimientos de salud de la CCSS a niños y niñas (personas menores de 13 años) que enfrentaron violación sexual. • Abordaje según perfil profesional y competencias. • Hospitalización según criterios establecidos (Ver punto 4.4) • Definición de Plan de Seguridad.	• Llamar al 911 (profesional en medicina o enfermería) • Considerar contacto con OIJ. • Referencia URGENTE al Ministerio Público y al PANI. • Registro de diagnóstico vinculado a violencia en EDUS • Notificación Obligatoria mediante Boleta VE-01. • Derivación del caso a CEINNAA indicando las instituciones a las cuales fue remitido para análisis y seguimientos necesarios.
MEDIO • Lesiones físicas moderadas.	• Hospitalización según criterios establecidos (Ver punto 4.4)	• Llamar al 911 (por profesional en medicina o enfermería)

[55] Debe recordarse que el nivel de riesgo no es una clasificación absoluta, siempre depende del criterio del profesional con base en la historia clínica, el examen físico y la valoración interdisciplinaria del caso.

• Puede existir evidencia de lesiones previas. • Secuelas en diversas dimensiones o áreas. • Incluye violencia física, psicológica y negligencia. • Existe duda sobre rol protector de los progenitores y recurso de apoyo.	• Abordaje según perfil profesional y competencias. • Referencia según red de servicios a los padres, madres o cuidadores para que sean atendidos por violencia intrafamiliar, abuso de drogas o enfermedad mental si se requiere. • Definición de Plan de Seguridad.	• Referencia al Ministerio Público y al PANI. • Registro de diagnóstico vinculado a violencia en EDUS. • Notificación Obligatoria mediante Boleta VE-01. • Derivación del caso a CEINNAA indicando las instituciones a las cuales fue remitido para análisis y seguimientos necesarios.
BAJO • Lesiones leves. • Es poco frecuente o puede ser un evento único • No amenaza la vida de ninguna manera. • Sin evidencia de lesiones previas. • Los progenitores, tutores legales o cuidadores actúan como protectores. • Incluye violencia física, psicológica y negligencia.	• Seguimiento ambulatorio. (aunque en casos leves podría plantearse la hospitalización para completar valoración integral de acuerdo con capacidad instalada o criterio profesional) Ver punto 4.4 • Abordaje según perfil profesional y competencias. • Definición de Plan de Seguridad.	• Referencia al Ministerio Público y al PANI. • Registro de diagnóstico vinculado a violencia en EDUS. • Notificación Obligatoria mediante Boleta VE-01. • Referencia a CEINNAA, indicando las instituciones las cuales fue remitido, Trabajo Social, Enfermería en Salud Mental y Psicología para seguimiento del caso

Fuente. Elaboración propia.

3.2 CONTENCIÓN EMOCIONAL Y ORIENTACIÓN

Esta actividad corresponde a la persona profesional de medicina, enfermería (particularmente especialista en salud mental si está disponible), Trabajo Social o psicología tratantes según sea el caso y las condiciones de detección y abordaje. Puede realizarse en conjunto con las personas funcionarias del PANI.

La contención y la orientación debe incluir tanto al niño, niña o adolescente detectado en situación de violencia (considerando el principio de autonomía progresiva) como a los miembros de su núcleo de convivencia, tutores(as) legales o cuidadores(as). Incluye informar acerca de:

- las decisiones tomadas para la atención y,
- las referencias enviadas al Ministerio Público y al PANI.

Se entiende por contención emocional el acto de acompañar a la persona que ha enfrentado la situación de violencia en el proceso de develarla, proporcionándole constantemente seguridad física y emocional, además de respetar su propio ritmo y espacio. Se debe buscar favorecer el empoderamiento de la persona violentada y evitar su revictimización. Durante este proceso se debe facilitar la expresión de los sentimientos, mediante la escucha activa y la actitud empática.

La contención no siempre es fácil de llevar a cabo, requiere de sensibilidad, ética y experiencia por parte de las y los servidores públicos, ya que deben prepararse para identificar y manejar sus propias emociones, las cuales surgen ante el sufrimiento ajeno y la impotencia al ver las situaciones de injusticia que vive la persona que solicita el apoyo[56].
Además, la orientación implica desarrollar una labor educativa en salud integral para explicar según cada caso:

- el impacto de la violencia en el desarrollo del niño, niña o adolescente;
- las buenas prácticas de crianza que deben aplicarse para garantizar el bienestar de una persona menor de edad que ha sufrido una situación de violencia;
- las posibles conductas que el niño, niña o adolescente puede presentar luego de esta situación traumática (según nivel de riesgo enfrentado);
- señales o riesgos cuando se trate de situaciones de explotación sexual o trata;
- consecuencias legales de las conductas violentas, entre otros.

3.3. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN (INTERNAMIENTO) Y EGRESO HOSPITALARIO

La decisión del **ingreso hospitalario** depende del análisis de dos criterios:

a. condición médica que amerita manejo intrahospitalario;
b. presencia de situaciones que expongan la integridad física, psicológica y social de PME, de acuerdo con la Valoración del riesgo y con lo indicado en apartado Proceso de atención según nivel de riesgo, cuando no sea posible proteger a la PME de manera inmediata mediante medidas de protección emitidas por el PANI o instancia judicial.

En caso de presentarse negativa por parte de progenitores o encargados de la PME ante hospitalización, se recuerda el artículo 46 del Código de Niñez y Adolescencia que indica:

[56] Comisión Derechos Humanos Distrito Federal. (2011). Contención emocional en situaciones de violencia contra los derechos humanos. México, D.F. p. 22.

Artículo 46°- Denegación de consentimiento.

Si el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren, por cualquier razón, su consentimiento para la hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional de ellos, en los términos del artículo 144 del Código de Familia.

En caso de condición médica que amerita manejo intrahospitalario, el traslado o internamiento se realiza según la normativa establecida con la inmediatez requerida por el estado de salud del paciente.

Se reitera que cada internamiento debe ser cuidadosamente valorado de acuerdo con los criterios definidos, no siendo necesario en todos los casos.

El **egreso hospitalario** se realiza con base en el criterio del equipo tratante (medicina, Trabajo Social u otros), las instancias judiciales convocadas (Ministerio Publico y OIJ) y la resolución que emita la dependencia del PANI correspondiente cuando se defina al recurso familiar encargado de brinda protección a la PME.

3.4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Para la elaboración de las referencias y contrarreferencias se utiliza el formato institucional vigente accesible en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS). En todos los casos que sea necesaria, esta actividad debe quedar registrada.

Referencia a Ministerio Público, OIJ y PANI

Debe realizarse en todas las circunstancias en las cuales se identifica sospecha razonable de violencia contra la persona menor de edad[57], por parte de la primera persona funcionaria que detecta la situación según se especifica en el apartado Detección de la Violencia.

[57] Artículo 49. Asamblea Legislativa. (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739. San José, Costa Rica. p. 20.

La referencia debe remitirse de manera inmediata[58] por los medios formales determinados en los establecimientos de salud. En ningún caso esta referencia debe entregarse a los progenitores o cuidadores(as) de la persona menor de edad para que realicen el trámite de entrega a la instancia correspondiente.

Ante situaciones en las cuales los progenitores o cuidadores(as) del niño o niña expresen antecedente de parto domiciliar y el trámite de inscripción en el Registro Civil sea tardío (más de un mes de edad), no justificándose la situación por motivos de acceso geográfico (zona indígena, por ejemplo), se considerará el caso como sospecha razonable de violencia por negligencia por parte de los progenitores, siendo necesario tramitar las respectivas referencias al Ministerio Público y al PANI.

Debe tenerse en cuenta que, en estos casos, el Ministerio Público debe descartar delitos como el de sustracción de menor.

RECORDAR:

- Todos los delitos cometidos en perjuicio de personas menores de edad son de acción pública, es decir, existe un deber de interponer la denuncia y obligación para el Ministerio Público de investigar esos delitos.

- La denuncia al Ministerio Público debe remitirse a la Fiscalía correspondiente al espacio geográfico en el cual ocurrieron los hechos denunciados[59] si se cuenta con la identificación de la persona supuestamente ofensora.

- La denuncia se remitirá al OIJ cuando se desconoce quién es la persona supuesta ofensora.

[58] Artículo 134. Asamblea Legislativa. (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 7739. San José, Costa Rica. p. 41.

[59] Comunicación de Fiscalía Adjunta Atención de Hechos de violencia en perjuicio de niños, niñas y adolescentes.

Con respecto al PANI, la denuncia debe remitirse a la oficina del PANI correspondiente al domicilio de la madre (o de la persona que tenga la tutela legal de la PME). También de acuerdo con el horario y la localización geográfica, puede accederse a las instancias de atención inmediata como Departamento de Atención Inmediata (DAI) y Unidades Regionales de Atención Inmediata (URAI). El Centro de Orientación e información (COI) se mantiene disponible en línea para la recepción de denuncias, mediante la dirección https://pani.go.cr/tramites-y-servicios/denuncias-en-linea/

En las ocasiones que no haya claridad del domicilio, se toma el hospital en que se encuentre el usuario(a) como domicilio temporal. Esta medida debe ser utilizada la menor cantidad de veces que sea posible, porque ubicar el domicilio de sus progenitores o cuidadores(as) es un elemento fundamental de la valoración del caso.

La denuncia o referencia escrita al Ministerio Público u OIJ debe contener la siguiente información:

- Establecimiento de salud en el cual se detecta la situación.

- Datos de la persona menor de edad: nombre y apellidos, número de identificación, sexo, edad, fecha de nacimiento y domicilio (con señas).

- Datos generales del padre, madre y/o encargado: nombre y apellidos, números de teléfono del lugar de residencia y número de celular, domicilio con el mayor detalle posible, así como, de un familiar de cada progenitor y direcciones de correo electrónico de los progenitores. Se recomienda anotar cuando los progenitores son extranjeros y describir su situación migratoria (regular o irregular).

- Datos del presunto agresor(a) que faciliten su localización: nombre y apellidos, si media relación de parentesco con la víctima, domicilio, teléfonos, dirección de correo electrónico, otros datos que se tenga (lugar de trabajo, lugares que frecuenta, entre otros). Si se desconocen los datos colocar IGNORADO.

- Presunto tipo de abuso indicando: el lugar, fecha y hora en que se presentaron los hechos (si se cuenta esa información). Anotar “textualmente” la información que relata de manera espontánea la persona menor de edad (evitando la revictimización) al momento de ser abordado. En caso de que un familiar o cuidador(a) conozca sobre los hechos, obtener la mayor cantidad de información posible y consultar si anteriormente el PANI ha intervenido el caso, por esos hechos o por otra situación, sumado a la descripción por parte de la persona funcionario de los indicadores de violencia identificados.

- Indicadores de riesgo social, desinterés de las personas encargadas del cuido, agresión o violencia intrafamiliar, además del acto violento en estudio: esa información permite que las instituciones intervinientes (MP, OIJ, CCSS, PANI, entre otros) valoren la urgencia y realicen las intervenciones de forma inmediata.

- Datos generales de la persona funcionaria que recibe el relato inicialmente: nombre y apellidos, número de cédula, número de teléfono y correo electrónico, así mismo, señalar datos de quien dio seguimiento o de quien hace la referencia, en aquellos casos en que participen personas diferentes en el proceso.

- Si se obtiene más información pertinente en torno al caso durante el seguimiento realizado por Trabajo Social, psicología, el CEINNAA o en otra instancia se puede ampliar la referencia inicial, emitiendo una nueva referencia de denuncia dirigida a la Fiscalía correspondiente u OIJ.

- Anotar que se envió referencia al PANI de manera concomitante.

- En caso de que se cuente con resultados de laboratorio que apoyen la alerta (como pruebas de enfermedades de transmisión sexual o pruebas de embarazo positivas), deben incluirse como parte de la referencia.

En caso de que el supuesto(a) ofensor(a) sea una persona menor de 12 años, la situación se remite solamente al PANI.

CONSECUENCIAS DE NO DENUNCIAR UN HECHO DELICTIVO

1. **Para la víctima.** Podría verse en estado de indefensión, que continúen los abusos y presente riesgo para su vida.
2. **Para el funcionario que detecta la situación.** Puede incurrir en el delito de favorecimiento personal (artículo 322 del Código Penal con pena de 6 meses a 4 años de prisión), de Incumplimiento de deberes (artículo 332 del Código Penal con pena de 1 a 4 años de prisión).

Fuente. Fiscalía Adjunta Atención de hechos de violencia en perjuicio de niños, niñas y adolescentes (FANNA), San Jose-Costa Rica, 2020.

Referencia a lo interno del establecimiento de salud de la CCSS

Deben realizarse todas las referencias internas requeridas para cada usuario(a) de acuerdo con la situación y la normativa institucional vigente. Esto implica referencias a todos los especialistas y subespecialistas, en particular, Trabajo Social, Psicología, especialidades médicas presentes en el establecimiento, CEINNAA, atención farmacéutica, enfermería de Salud Mental, entre otras.

Las referencias vinculadas con la necesidad de atender a la persona menor de edad en situación de violencia que son entregadas a los progenitores o cuidadores(as) para su tramitología únicamente deben indicar el motivo de referencia de manera general, evitando comunicar detalles de historia clínica y examen físico. Preferiblemente estas referencias deben manejarse entre profesionales (sin asignar a la familia el rol de "mensajería") mediante el registro de la información completa en EDUS.

En estos casos se debe **garantizar** que los progenitores o cuidadores(as) reciban la documentación (comprobante de solicitud de cita con la información, sellos o firmas necesarios) para realizar la tramitación de las citas según corresponda.

Referencia entre niveles de atención de la CCSS

Las referencias vinculadas con la necesidad de atender a la persona menor de edad en situación de violencia que son entregadas a los progenitores o cuidadores(as) para su tramitología únicamente deben indicar el motivo de referencia de manera general, evitando comunicar detalles de historia clínica y examen físico. Preferiblemente estas referencias deben manejarse entre profesionales (sin asignar a la familia el rol de "mensajería") mediante el registro de la información completa en EDUS.

En estos casos se debe **garantizar** que los progenitores o cuidadores(as) reciban la documentación (comprobante de solicitud de cita con la información, sellos o firmas necesarios) para realizar la tramitación de las citas según corresponda.

- **De Primer al Segundo Nivel de Atención:**

    - Si la capacidad resolutiva no permite responder a las necesidades médicas que se presentan.
    - Cuando el manejo multidisciplinario no se puede dar en I Nivel de atención por falta de capacidad instalada. En este caso corresponde elaborar referencias dirigidas hacia las disciplinas de las cuales se carece en el primer nivel de atención.

- **De Segundo a Tercer Nivel de Atención:**

  - Si la capacidad resolutiva no permite responder a las necesidades médicas que se presentan.
  - Cuando el manejo multidisciplinario no se puede dar en II Nivel de atención por falta de capacidad instalada. En este caso corresponde elaborar referencias dirigidas hacia las disciplinas de las cuales se carece en el segundo nivel de atención.

- **De Segundo o Tercer Nivel de Atención a Primer Nivel:**

  - Cuando se realiza primer diagnóstico de condición de violencia y luego de la valoración por Trabajo Social se considera que puede tener seguimiento en I Nivel. En este caso debe especificarse en la referencia cuales son las acciones de seguimiento que se requieren realizar en I Nivel.

- **Del Hospital Nacional de Niños a demás establecimientos de la red de servicios:**

  - Cuando la PME en seguimiento por su condición de salud crónica presenta, además, situación de violencia y deja de ser paciente pediátrico corresponde aplicar el proceso de transición incluyendo lo requerido para dar seguimiento a la situación de violencia[60-61]. En este caso debe especificarse en la referencia cuales son las acciones de seguimiento que se requieren realizar.

- **Del Hospital Nacional Psiquiátrico a demás establecimientos de la red de servicios:**

  - Cuando la PME en seguimiento por su condición de salud mental, además, presenta situación de violencia, en la contrarreferencia debe especificarse cuales son las acciones de seguimiento que se requiere realizar.

---

[60] CCSS. Código MP.GM.DDSS. 101120 Manual de Procedimientos para el Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el HNN y que son referidas a las Áreas de Salud de II Nivel de Atención de la Red Institucional. San Jose, Costa Rica.

[61] CCSS. Código MP.GM.DDSS. 04092019 Manual de Procedimientos del Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su Infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional. San Jose, Costa Rica.

3.5. PLAN DE SEGURIDAD

Consiste en identificar las diversas acciones por realizar en caso de contacto de la víctima con el(la) supuesto(a) ofensor(a) o de reiteración de la situación de violencia. Todos los casos, independiente de la severidad del maltrato, requieren la elaboración de un plan de seguridad.

Para situaciones de riesgo bajo el profesional tratante en conjunto con la víctima y sus redes de apoyo[62] definen las acciones por aplicar. En situaciones de riesgo alto o medio, debe activarse por parte del profesional que capta el caso el Sistema Nacional de Emergencias a través de la llamada al 911, lo cual implica la totalidad de la respuesta estatal.

Se debe tomar en cuenta que el PANI, por medio del Centro de Orientación e Información (COI) recibe denuncias, atiende consultas y brinda orientación a personas menores de edad y personas adultas en situaciones relacionadas con la violación de derechos de niños, niñas y adolescentes[63]. El PANI también brinda atención por medio del Departamento de Atención Inmediata (DAI) y las Unidades Regionales de Atención Inmediata (URAI), estableciendo en algunos casos **medidas de protección.** En este plan debe considerarse que a los ***Juzgados de Violencia Doméstica*** les corresponde conocer los hechos de agresión física, psicológica, patrimonial o sexual cuando exista un vínculo de parentesco o dependencia entre las partes y, pueden establecer **medidas de protección** de manera inmediata si lo consideran pertinente.

En este particular se recuerda que la ***Ley contra la Violencia Doméstica N° 7586***[64] establece como solicitantes legítimos de las medidas de protección a:

> Los mayores de doce años afectados por una situación de violencia doméstica. Cuando se trate de menores de doce años o de personas con discapacidad física o mental, la medida deberá ser solicitada por su representante legal, el Patronato Nacional de la Infancia, una autoridad de policía o un mayor de edad[65].

---

[62] Ministerio de Salud Costa Rica. (2019). Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica.

[63] Patronato Nacional de la Infancia. (2021) Centro de Orientación e Información. En: https://pani.go.cr/servicios/centro-de-orientacion

[64] Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2021) Ley contra la Violencia Doméstica N° 7586. En: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=27926

[65] (Nota de Sinalevi: Mediante el artículo 2 aparte XIII) de la ley que aprueba el Código Procesal de Familia, N° 9747 del 23 de octubre del 2019, se reformará el inciso anterior. De conformidad con el transitorio III de la

Las medidas de protección incluyen las siguientes:

- Ordenar a la presunta persona agresora que salga inmediatamente del domicilio común.
- De ser necesario y según las particularidades del caso, se podrá suspender provisionalmente a la presunta persona agresora el ejercicio de la guarda, crianza y educación de sus hijos e hijas menores de edad.
- Ordenar a la presunta persona agresora abstenerse de interferir, de cualquier forma, en el ejercicio de la guarda, crianza y educación de sus hijos e hijas.
- Suspenderle provisionalmente a la presunta persona agresora el derecho de visitar a los hijos e hijas menores de edad, en los casos en que esta ejerza algún tipo de agresión.
- Confiar la guarda protectora a quien la autoridad judicial considere idóneo para esa función, si tal guarda ha sido encargada a la presunta persona agresora, cuando la víctima sea persona menor de edad.
- Prohibir a la presunta persona agresora que agreda, perturbe o intimide a cualquier integrante del grupo familiar de la presunta víctima de violencia doméstica.
- Prohibir el acceso a la presunta persona agresora al domicilio, permanente o temporal, de la persona agredida y a su lugar de trabajo o estudio.

3.6. REGISTRO EN EXPEDIENTE DIGITAL ÚNICO EN SALUD (EDUS)

Deben anotarse en el expediente de cada usuario(a) detectado o atendido por una situación de violencia todos los antecedentes y datos pertinentes sobre lo ocurrido, incluyendo el testimonio de la persona víctima tal como ella lo manifiesta.

Para efecto de registro de los diagnósticos, deben utilizarse los códigos de CIE-10 definidos en el Reglamento de Vigilancia de la Salud vigente, así como, todos aquellos que se establezcan mediante normativa institucional (Tabla 12).

---

ley antes mencionada dicha modificación entrarán a regir a partir del 1° de octubre del 2022, por lo que a partir de esa fecha el nuevo texto será el siguiente: *En los casos de personas menores y en los de personas con discapacidad, las medidas de protección también deberán ser solicitadas por su representante legal, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), una autoridad de policía o cualquier otra persona que tenga conocimiento de la situación de violencia doméstica".*

Tabla 12. Diagnósticos y su código según Lineamiento técnico de registro y notificación del evento violencia[66]

CAUSA PRIMARIA	CODIGO CIE-10	CAUSA SECUNDARIA	CODIGO CIE-10
Negligencia y abandono	T 74.0	Se relaciona con la persona que comete el acto / Negligencia o abandono por …	Y06.0, Y06.1, Y06.2, Y06.8, Y06.9
Abuso físico	T 74.1	Se relaciona con la persona que comete el acto /Otro síndrome de maltrato por…	Y07.0, Y07.1, Y07.2, Y07.3, Y07.8 y Y07.9
Abuso sexual /agresión sexual	T74.2	Se relaciona con la persona que comete el acto /Otro síndrome de maltrato por…	Y05.0 – Y05.9 Y07.0, Y07.1, Y07.2, Y07.3, Y07.8 y Y07.9
Abuso psicológico	T 74.3	Se relaciona con la persona que comete el acto /Otro síndrome de maltrato por…	Y07.0, Y07.1, Y07.2, Y07.3 Y07.8, Y07.9
Otros síndromes de maltrato Incluye las mixtas	T74.8	Indica elemento utilizado para agredir y escenario en que ocurre la agresión	X85.0 - X99.9 Y00.0 - Y04.9, Y08.0 - Y09.9
Síndrome de Maltrato no especificado (para todo el grupo poblacional). Se incluye aquí: violencia obstétrica, violencia prenatal, violencia institucional.	T74.9	Ejemplo: Y092 agresión por medios no especificados, ocurrida en una escuela, en otra institución, o en un área administrativa pública	Y09.0 a la Y09.9
OTROS EVENTOS			
Explotación sexual comercial (ESC)		**Asignado según SINAVISA.** Z72.5 Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo Use código adicional Y07.0 - Y07.9 para identificar causa secundaria.	
Violación Sexual Nota: tener claro que estarán incluidas todas las violaciones, independientemente de la edad y de las horas de ocurrido el evento.		Y05 Agresión sexual con fuerza corporal.	
Trata de personas		Z65.4 Problemas relacionados con víctimas de crimen y terrorismo.	
Bullying		Z60.4 Problema relacionado con exclusión y rechazo escolar	
Síndrome Münchausen		F68.1 Producción intencional o simulación .de síntomas. o de incapacidades físicas o psicológicas (trastorno facticio)	

Fuente. LT.GM.DDSS. AAIP.PNAV.050819.

[66] LT.GM.DDSS. AAIP.PNAV.050819. Lineamiento técnico registro y notificación del evento violencia en todas sus manifestaciones con el fin de estandarizar los códigos CIE10, bases de datos de estadística, SIES (EDUS) y sistema de vigilancia epidemiológica (SISVE), en los servicios de salud de la CCSS.

3.7. NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Según el Reglamento de vigilancia de la salud vigente, las condiciones de violencia en nuestro país son de notificación obligatoria individual, de manera que, para cada situación detectada debe elaborarse la Boleta VE-01, misma que será remitida al Ministerio de Salud según el procedimiento establecido institucionalmente.

El Reglamento mencionado establece en el Artículo 34° que los profesionales o funcionarios de salud que atiendan a una persona afectada por un evento de notificación obligatoria están obligadas a notificar[67].

3.8. ATENCIÓN A LA NIÑA, NIÑO O PERSONA ADOLESCENTE QUE SE SOSPECHA VIOLENTÓ EL DERECHO DE OTRA PERSONA MENOR DE EDAD

Si se sospecha que una niña, niño o persona adolescente violenta los derechos de otra persona menor de edad deben realizarse las acciones pertinentes según nivel de atención con el propósito de ofrecerle atención integral ya que, con frecuencia, esas personas son o han sido víctimas de violencia y actúan reproduciendo las situaciones experimentadas[68-69]. En estos casos se debe tener prudencia en la manera en la cual se registra la información del caso en el EDUS (omitiendo detalles o descripciones innecesarias) para evitar la estereotipación o etiquetado de la persona menor de edad. Se desglosan a continuación las acciones según rango de edad.

- En caso de menores de 12 años:

    - Valoración por Trabajo Social, Psicología, Medicina, Enfermería en Salud Mental según corresponda.
    - Referencia al PANI para atención y seguimiento según lo establece la Ley Penal Juvenil[70].

[67] Ministerio de Salud. (2017). Reglamento de vigilancia de la salud N° 40556-S. San Jose, Costa Rica.
[68] Sierra Varón, C. A. (2010). Violencia escolar. Perfiles psicológicos de agresores y víctimas. Poliantea (Bogotá), 6(10), 53-71.
[69] Cuervo García, A. L. & Rechea Alberola, C. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. Un estudio de casos. Universidad Castilla La Mancha. España.
[70] Ley de Justicia Penal Juvenil N° 7576 ARTICULO 6. Los actos cometidos por un menor de doce años de edad, que constituyan delito o contravención, no serán objeto de esta ley. Sin embargo, los juzgados penales

- Si se identifica sospecha razonable de ser víctimas de violencia, debe realizarse Valoración del riesgo (apartado 2) y efectuar acciones especificadas en Abordaje de las situaciones de violencia en red de servicios (apartado 4) que incluyen referencia al PANI y al Ministerio Publico.

- En caso de personas mayores de 12 y menores de 18 años:

  - Valoración por Trabajo Social, Psicología, Medicina, Enfermería en Salud Mental según corresponda.
  - Si se identifica sospecha razonable de ser víctimas de violencia, debe realizarse Valoración del riesgo (apartado 2) y efectuar acciones especificadas en Abordaje de las situaciones de violencia en red de servicios (apartado 4) que incluyen referencia al PANI y al Ministerio Publico.
  - Si corresponde realizar denuncia según normativa vigente.

3.9. INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ABORDAJE DE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA DETECTADAS

Se aclara que el concepto descrito en este apartado es totalmente diferente de los CEINNAA (Comités de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido) que son equipos a los cuales corresponde el análisis interdisciplinario de las situaciones de violencia en PME definiendo recomendaciones para la atención y el seguimiento, a los cuales no les corresponde la atención directa de usuarios[71].

La **atención de personas** menores de edad que han sufrido situaciones de violencia constituye un proceso complejo que requiere la participación de múltiples disciplinas. Se requerirá la participación de funcionarios de:

- Medicina (general, especialistas y subespecialistas según cada caso).
- Psicología
- Trabajo Social

juveniles referirán el caso al Patronato Nacional de la Infancia, con el fin de que se le brinde la atención y el seguimiento necesarios.

[71] Caja Costarricense de Seguro Social. (2017) Manual de Procedimientos Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA) ESCENARIO DE LA CCSS. San Jose, Costa Rica.

- Enfermería de salud mental.

La derivación a cada uno de estos profesionales se realiza considerando la normativa vigente.

Intervienen además como apoyo:

- Profesional de Enfermería General y Obstétrica
- Auxiliar de Enfermería
- Asistente Técnico de Atención Primaria
- Profesional y técnico en Odontología
- Profesional y técnico en Farmacia
- Profesional y técnico Microbiología
- Profesional de Nutrición
- Encargado de vigilancia epidemiológica local
- REDES, entre otros.

4. Seguimiento integral de la PME en situación de violencia

Se ofrecerá seguimiento psicosocial que incluya a la familia y/o redes de apoyo, además de seguimiento médico especializado a secuelas físicas o problemas de salud asociados con la situación sufrida.

Para efectos de seguimiento rehabilitatorio, deben considerarse la necesidad de restablecer las relaciones protectoras, recuperación de daños y desarrollo de resiliencia, intervenciones en las cuales participarán diferentes profesionales según capacidad instalada de cada establecimiento de salud y red de servicios como: psicología, Trabajo Social y medicina, así como, diferentes instituciones entre ellas Poder Judicial, PANI, MEP u otras.

Además, en cada establecimiento de salud, según la normativa vigente, debe existir un Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido en el cual se dará seguimiento al desarrollo de la problemática de violencia contra PME en cada zona geográfica y podrán analizarse las intervenciones realizadas en cada caso particular.

Los CEINNAA tendrán seguimiento a partir de cada nivel regional según corresponda.

El Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña, del Área de Atención Integral a las Personas mantendrá, desde el nivel nacional, un proceso de acompañamiento y capacitación

permanente de los Comités y, con este mismo propósito, convocará de manera bimensual o trimestralmente al Consejo Institucional Interdisciplinario de coordinación de los CEINNAA (COCEINNAA).

Debe aclararse que, a partir de la publicación del oficio **GM-9828-2020 Comisiones locales de violencia,** cada Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA) debe contemplarse como un componente de las comisiones locales de violencia.

Con este paso, finaliza la descripción del proceso de atención por aplicar ante situaciones de violencia en perjuicio de la PME, abarcando desde el momento de la detección hasta el de seguimiento según riesgo y complejidad de cada caso (Algoritmo 1).

Algoritmo 1. Proceso de atención por aplicar ante situaciones de violencia en perjuicio de la PME que se aborden en la Caja Costarricense de Seguro Social

Fuente. Elaboración propia.

Estrategias de prevención

Este cuarto apartado incluye los siguientes subapartados que describen la conceptualización de estrategias sugeridas para la prevención de las situaciones de violencia:

1. Definición
2. Recomendaciones
   2.1. Iniciativa INSPIRE
   2.2. Instrucciones derivadas de la normativa nacional en el tema

El detalle acerca de cada uno se presenta seguidamente.

1. Definición

Las estrategias de prevención primaria se definen como "medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes" (OMS, 1998)[72]. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

La evidencia científica demuestra que las estrategias de prevención que se centran principal o exclusivamente en la transmisión de información y conocimientos son poco efectivos, por lo que las intervenciones educativas para el fomento de la salud deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano. Así mismo, deben fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud que incluya el análisis de aspectos sociales, políticos y económicos que afectan la vida cotidiana[73].

2. Recomendaciones

Se considera importante que las estrategias de prevención que se utilicen en la institución estén basadas en la evidencia científica y acordes con la normativa internacional y nacional vigente.

---

[72] Organización Mundial de la Salud. (1998) Promoción de la salud. Glosario. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=D5DE571B26D14495BCBE56763E169F6F?sequence=1

[73] World Health Organization. (1997). Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870. Geneva: WHO. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41987/WHO_TRS_870.pd

2.1. INICIATIVA INSPIRE

En relación con normativa internacional la Organización Mundial de la Salud recomienda para la prevención de violencia contra niños y niñas aplicar la estrategia INSPIRE, la cual está ampliamente respaldada por evidencia[74]. INSPIRE es el producto de la colaboración de diez organismos que cuentan con una larga trayectoria de promoción de estrategias coherentes y basadas en datos empíricos para prevenir la violencia contra los niños. Unidos, estos organismos instan a los países y las comunidades a intensificar sus esfuerzos para prevenir y combatir la violencia contra los niños a través de las estrategias que proponen.

INSPIRE pretende ayudar a los países y a las comunidades a alcanzar diversas metas fijadas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular las metas:

- 5.2: “eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”;
- 16.1: “reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo”;
- 16.2: “poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños”.

INSPIRE incluye siete estrategias que conjuntamente ofrecen un marco global para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Dentro de este marco, cada una de las estrategias se presenta con un objetivo y una justificación propios, unos efectos potenciales, una serie de medidas específicas para su aplicación y pruebas de su eficacia. INSPIRE incluye también dos actividades transversales que contribuyen a conectar entre sí y a reforzar las siete estrategias, así como a evaluar los progresos alcanzados. Las estrategias son:

[74] Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación [Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary]. Ginebra: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Organización Mundial de la Salud et al. (2016). INSPIRE Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños: resumen de orientaciones. En: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_ExecutiveSummary_ES.pdf
Organización Mundial de la Salud et al. (2018). Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. ISBN 978-92-4-351409-3. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311034/9789243514093-spa.pdf?ua=1

- **I** = implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes.
- **N** = normas y valores.
- **S** = seguridad en el entorno.
- **P** = padres, madres y cuidadores(as) reciben apoyo.
- **I** = ingresos y fortalecimiento económico.
- **R** = respuesta de los servicios de atención y apoyo.
- **E** = educación y aptitudes para la vida.

Las dos actividades transversales implican la acción y coordinación multisectoriales, así como, las actividades de monitoreo y evaluación. Las estrategias más relacionadas con el quehacer institucional son las siguientes:

- **P = padres, madres y cuidadores reciben apoyo.** El objetivo de esta estrategia es reducir las prácticas de crianza severas y crear relaciones positivas entre madres, padres e hijos(as) mediante ayudas dirigidas a que los padres, madres y los cuidadores(as) comprendan la importancia de las medidas disciplinarias positivas y no violentas y de una comunicación cercana y eficaz. Estas ayudas pueden tomar la forma de programas de formación para la crianza que se lleven a cabo a través de visitas domiciliarias o en grupos. En ellos los padres reciben formación relativa al desarrollo de sus hijos e hijas y se les enseña a adoptar prácticas de crianza positivas como las formas no violentas de disciplina y la comunicación eficaz entre padres e hijos sobre temas delicados.

- **R = respuesta de los servicios de atención y apoyo**. El objetivo de esta estrategia es mejorar el acceso a los servicios de salud, bienestar social y justicia penal de calidad para todas las PME que lo necesiten – entre otras cosas, para denunciar casos de violencia –, con el fin de reducir el impacto de la violencia a largo plazo. Los niños que han estado expuestos a la violencia necesitan tener acceso a diversos servicios de salud y apoyo para que les ayuden a recuperarse. Estos servicios también pueden contribuir a romper el ciclo de violencia en la vida de estos niños y ayudarles a afrontar y superar su experiencia. La prioridad son los servicios de salud básicos, como la atención médica de urgencia para las lesiones relacionadas con la violencia y la atención clínica para las víctimas de violencia sexual (incluida, cuando proceda, la profilaxis postexposición al VIH en casos de violación). Cuando estos servicios básicos de salud funcionan y están orientados a la infancia, se pueden introducir mecanismos para que los niños puedan buscar ayuda, protección, apoyo y cuidado, así como, para que puedan denunciar incidentes violentos. Algunos de estos mecanismos pueden ser:

- Enfoques de asesoramiento y terapia.
- Detección de casos en combinación con intervenciones.
- Programas de tratamiento para delincuentes juveniles.
- Intervenciones de acogimiento familiar, con participación de los servicios de bienestar social.

Todos los detalles para el desarrollo de estas estrategias se encuentran en el **Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños** publicado en el 2018[75].

2.2. INSTRUCCIONES DERIVADAS DE LA NORMATIVA NACIONAL EN EL TEMA

La normativa nacional incluye múltiples sugerencias relacionadas con estrategias de prevención y promoción específicamente vinculadas con las situaciones de violencia. Destacan en este marco las siguientes:

- **Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres 2017-2032[76].** Esta política tiene como poblaciones objetivo mujeres de todas las edades **con especial atención en niñas, adolescentes** y mujeres jóvenes, por las siguientes razones:

  - La creciente presencia de mujeres jóvenes, adolescentes y niñas como afectadas de violencia sexual (embarazo infantil y adolescente, delitos sexuales, acoso sexual en espacios públicos) y de violencia física incluido el femicidio.
  - La primera infancia y la adolescencia son las etapas del desarrollo humano con mayores posibilidades para potenciar cambios identitarios.
  - La necesidad de intervenir para la interrupción de la trasmisión intergeneracional de la violencia contra las mujeres, especialmente con mujeres jóvenes, madres jóvenes y en condiciones de pobreza y exclusión social.

  Además, plantea como población estratégica niños y hombres adolescentes en aras de favorecer el cambio mediante su involucramiento activo en la prevención de la Violencia contra las Mujeres.

---

[75] Organización Mundial de la Salud et al. (2018). Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. ISBN 978-92-4-351409-3. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311034/9789243514093-spa.pdf?ua=1

[76] Instituto Nacional de las Mujeres. (2017). Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres 2017-2032. San José, Costa Rica.

La Política establece que la promoción de la igualdad y una vida libre de violencia tiene que accionar en tres aspectos:

- El impulso de políticas, planes, programas y proyectos que impulsen la igualdad, el respeto a las diferencias y la no violencia.
- La educación para la igualdad.
- La organización y planificación urbana que promueva relaciones de igualdad, respeto a las diferencias y no violencia.

En lo que respecta a los **ejes estructurales** de la política se resaltan tres que claramente están relacionados con la población menor de edad, a saber: promoción de masculinidades para la igualdad y la no violencia; prevención, atención integral y no-revictimización frente a la violencia sexual y prevención del femicidio (Tabla 13). Siendo claro que los seis ejes establecidos, alimentan en conjunto la meta de prevención y atención de la violencia contra las mujeres de TODAS las edades.

Tabla 13. Ejes estructurales Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres relacionados con PME 2017-2032, Costa Rica

EJE	OBJETIVO ESTRATÉGICO	RELACIÓN CON VIOLENCIA CONTRA PERSONA MENOR DE EDAD
Promoción de masculinidades para la igualdad y la no violencia	Impulsar en niños, hombres adolescentes y hombres jóvenes el desarrollo de competencias para el ejercicio de masculinidades para la igualdad y la no violencia hacia las mujeres en cantones priorizados.	La violencia ejercida contra niños y hombres adolescentes desfavorece la construcción de una masculinidad sana.
Prevención, atención integral y no-revictimización frente a la violencia sexual	Aumentar el acceso de las mujeres especialmente niñas, adolescentes y mujeres jóvenes afectadas por diversas formas de violencia sexual a servicios especializados.	El informe anual de casos identificados desde los Comités de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA) ha evidenciado que la mayor parte de casos son mujeres en situaciones de violencia sexual[77].

[77] Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Informe anual 2019. Situaciones de abuso contra las personas menores de edad identificadas desde los comités de estudio integral de niños, niñas y adolescentes agredidos (CEINNAA) de los hospitales y áreas de salud públicos. San José, Costa Rica.

Prevención del femicidio	Aumentar el acceso de las mujeres en riesgo de femicidio a recursos y servicios institucionales y comunitarios de apoyo y protección.	Se identifican víctimas de femicidio menores de edad.

Fuente. Elaboración propia.

Debe resaltarse que la CCSS forma parte del Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar (Ley No. 8688), que constituye el soporte técnico y político institucional para la ejecución de la Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres 2017-2032.

- **Decreto Ejecutivo N° 41632 - S Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia publicada el 07 mayo de 2019.** Esta Norma establece que todos los establecimientos de salud deben desarrollar estrategias de promoción y prevención que aborden los diferentes determinantes de la violencia basadas en evidencia. Entre las estrategias se citan:

  - Desarrollar procesos de capacitación continua que le brinde herramientas metodológicas a los y las funcionarias de salud para que fortalezcan en la población habilidades personales y sociales orientadas a una vida libre de violencia y que respondan a particularidades como discapacidad, edad, orientación y expresión de la identidad sexual, etnia, entre otras.
  - Realizar promoción de prácticas para una vida saludable, impulsando a las personas según su grupo etario, a participar en diferentes actividades recreativas, ejercicio físico, campamentos, caminatas, ferias de la salud y actividades socioculturales, entre otras, como factores protectores de la violencia.
  - Participar con otros actores sociales, en la conformación y trabajo dentro de las redes locales de prevención y atención a la violencia.
  - Organizar actividades comunitarias e institucionales para promoción de la igualdad, el respeto a las diferencias y las formas de convivencia no violentas.

CONTACTO PARA CONSULTAS

Este quinto apartado exclusivamente refiere a la instancia técnica que puede responder cualquier consulta vinculada con el contenido del Manual que corresponde al Programa de Normalización de la Atención al Niño y la Niña. Las consultas pueden hacerse llegar a los correos: amatas@ccss.sa.cr; almadrig@ccss.sa.cr o achavear@ccss.sa.cr

Anexos

Anexo 1

Fotografías de manifestaciones de violencia sexual

Se incorporan con fines clínicos y académicos algunas imágenes de manifestaciones de violencia sexual contra personas menores de edad.

Fuente. Ruiz, M.A. (2006). Manual para la atención de vulvovaginitis en niñas. Hospital Nacional de Niños. CCSS. San José, Costa Rica

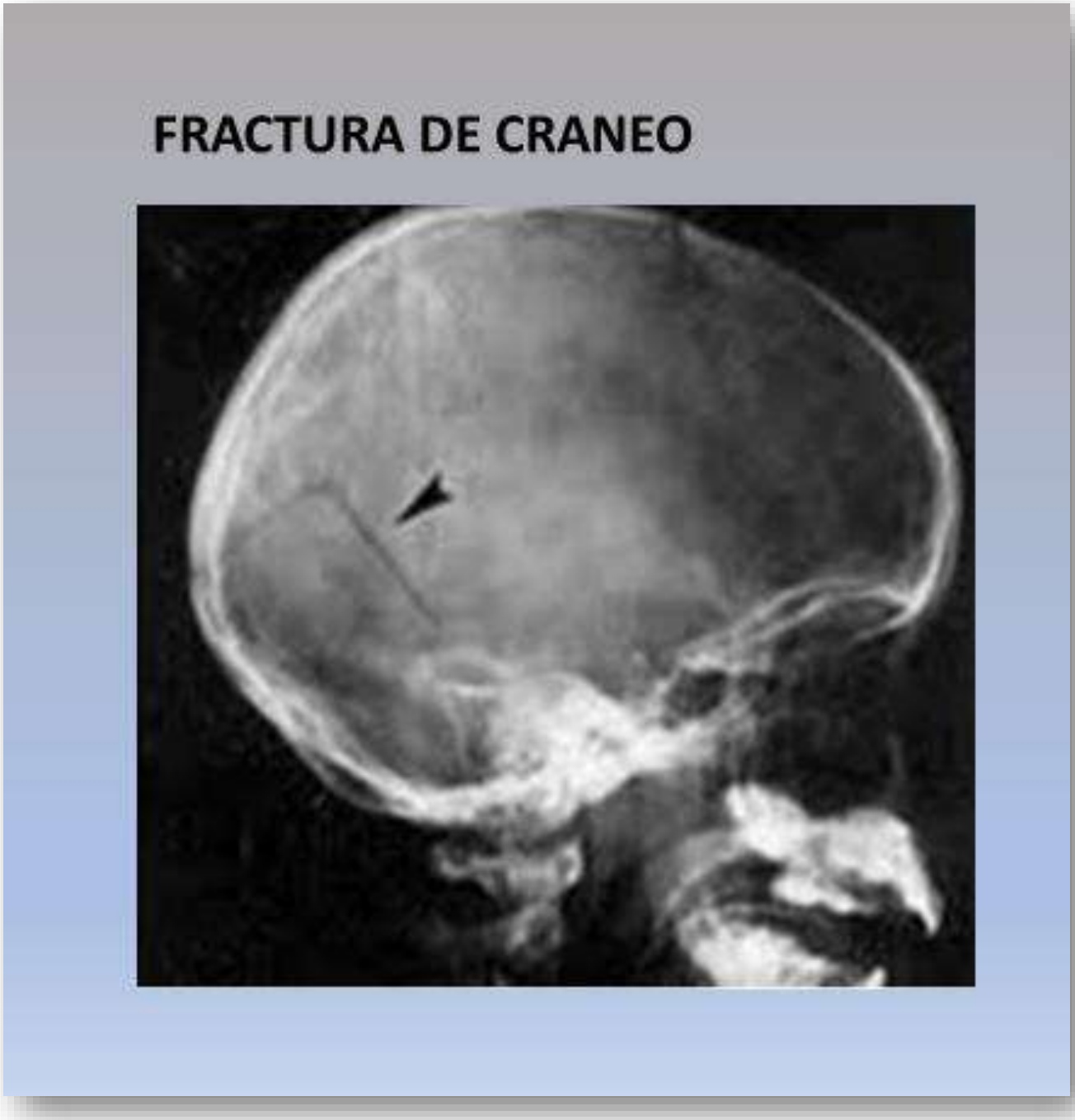
Anexo 2

Fotografías de manifestaciones de violencia física

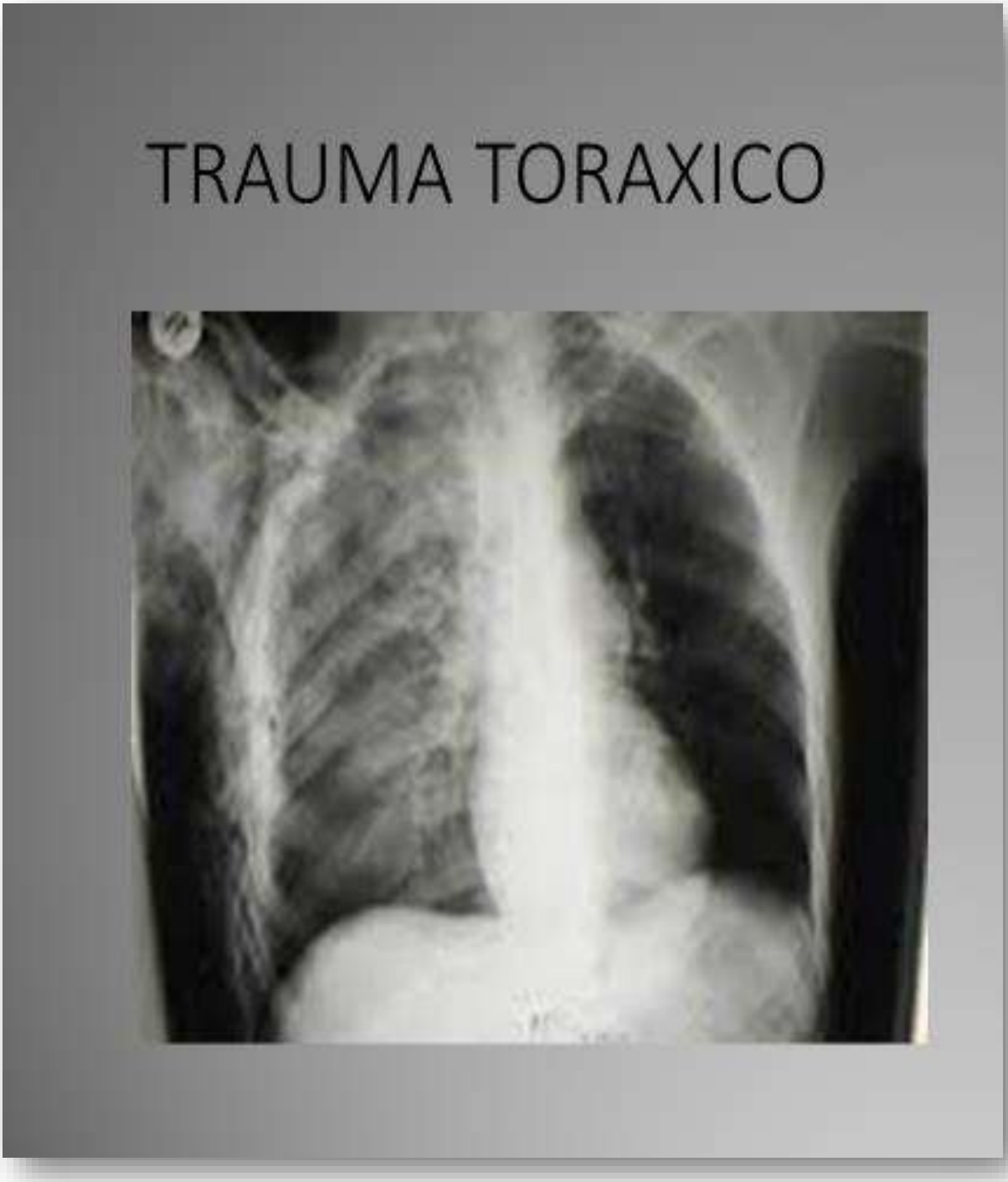
Se incorporan con fines clínicos y académicos algunas imágenes de manifestaciones de violencia física contra personas menores de edad.

HEMATOMA CON MOLDE DE OBJETO

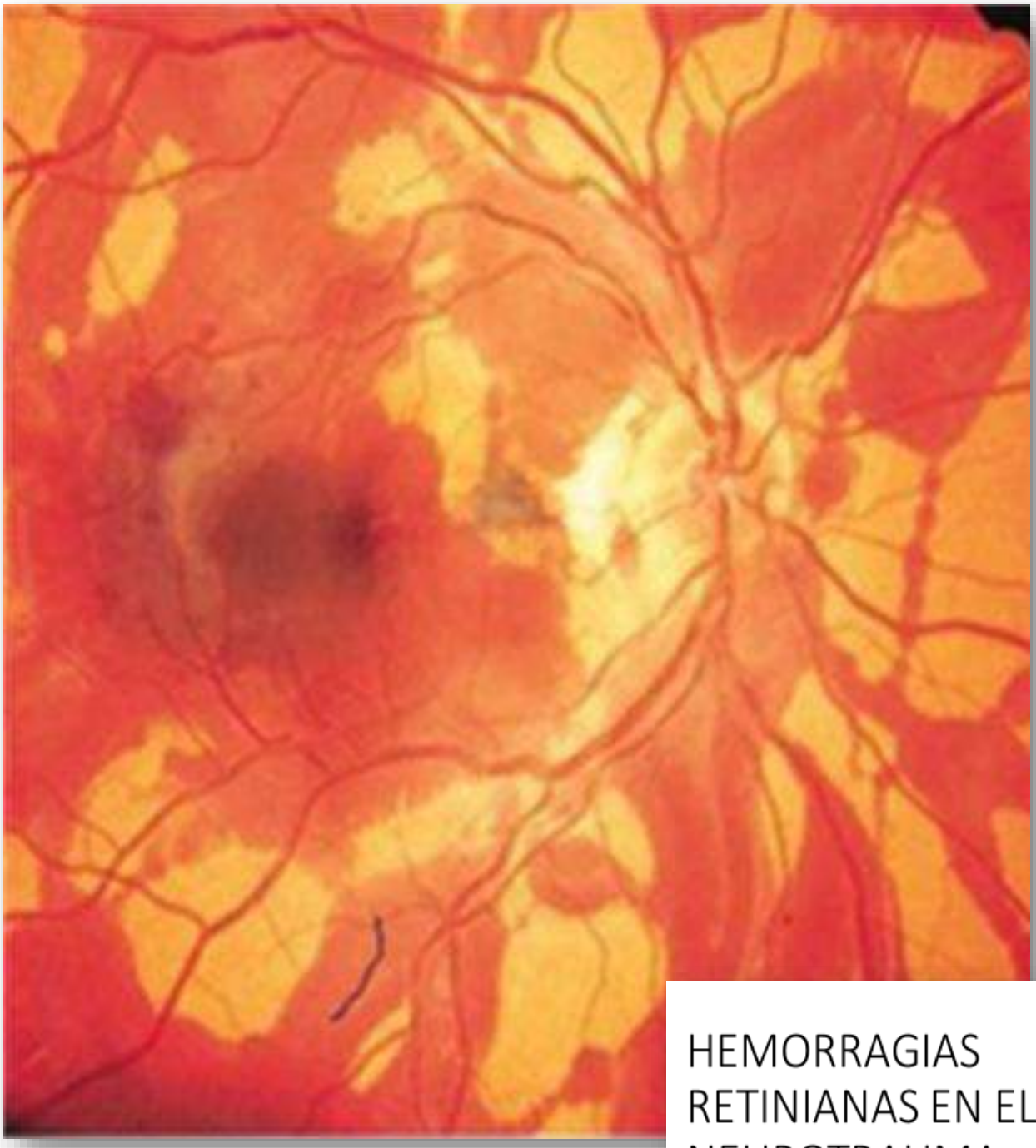
MORDEDURAS


FRACTURA DE CRANEO

FRACTURA DE FEMUR


TRAUMA TORAXICO

TRAUMA TORAXICO



Fuente. Monge, A. (s.f.). Unidad de Trauma del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.CCSS. San José, Costa Rica.

Referencias bibliográficas

Amador, M. y Torres F. (2015). Abuso prenatal con énfasis en el consumo de drogas, la experiencia de detección y reporte en el Hospital de Las Mujeres. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Berkowitz, C. D. (2017). Physical abuse of children. New England Journal of Medicine, 376(17), pp. 1659-1666.

Blasco, C. (2012). Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito. Generalitat de Cataluña. Departamento de Justicia. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada). En: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_casrt.pdf?sequence=1

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012) Guía de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación: sexual, trata, trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). MP.GM.DDSS. 220216 Manual de procedimientos para la atención integral del niño y la niña PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). MP.GM.DDSS. AAIP.021216. Manual de Procedimientos para la Gestión del Comité de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA). San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Código MP.GM.DDSS. 04092019 Manual de Procedimientos del Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su Infancia en el Hospital Nacional de Niños y que son referidas a los hospitales de la Red de Servicios de Salud Institucional. San Jose, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Lineamiento Técnico para el abordaje de las personas con riesgo de suicidio en la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Protocolo de atención integral a las víctimas del delito de trata de personas en los servicios de salud de la CCSS. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020).Código MP.GM.DDSS. 101120 Manual de Procedimientos para el Proceso de Transición de las Personas que han sido atendidas desde su infancia en el HNN y que son referidas a las Áreas de Salud de II Nivel de Atención de la Red Institucional. San Jose, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Informe anual 2019. Situaciones de abuso contra las personas menores de edad identificadas desde los comités de estudio integral de niños, niñas y adolescentes agredidos (CEINNAA) de los hospitales y áreas de salud públicos. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). LT.GM.DDSS. AAIP-PNAV-14042020. Lineamiento Técnico para la atención y referencia de las diversas manifestaciones de violencia en los servicios de emergencia de la CCSS ante la emergencia del Covid-19. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020) L.GM.DDSS.ASC.PS.241120 Lineamiento para el desarrollo de acciones de educación en salud, por parte de las comisiones locales de promoción de la salud. San José, Costa Rica.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2013) Boletín de Monitoreo. Lo que se mide se puede mejorar. Número 2. En https://www.coneval.org.mx/Informes/boletin_coneval/boletin_monitoreo_02_2013/nota5.html 11 marzo 2021. México.

Comisión Derechos Humanos Distrito Federal. (2011) Contención emocional en situaciones de violencia contra los derechos humanos. México, D.F. pág. 22

Cuervo García, A. L., & Rechea Alberola, C. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. Un estudio de casos. Universidad Castilla La Mancha. España.

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. (FAPMI). (2011). Detección y notificación de casos de maltrato infantil Guía para la ciudadanía. En: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maquetada_30-03-11(2).pdf

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 14(4), pp. 245-258.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2017). Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres 2017-2032. San José, Costa Rica.

Ipswich (MA). (2020). Servicios de información de EBSCO. Child Abuse - Emotional or Neglect. Registro No. T1556028633662. [Actualizado el 24 de junio de 2020]. DynaMed. En: https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1556028633662

Ministerio de Salud. (2019) Norma Nacional para la Atención en los Servicios de Salud a las personas en situación de violencia. Decreto N º 41632-S. San José, Costa Rica.

National Institute for Health and Care Excellence. (October 9th, 2017). Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s Clinical Guideline [CG89] En: https://www.nice.org.uk/guidance/cg89

Organización de las Naciones Unidas. (2006). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños. En: http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud et al. (2016). INSPIRE Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños: resumen de orientaciones. En: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_ExecutiveSummary_ES.pdf

Organización Mundial de la Salud et al. (2018). Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. ISBN 978-92-4-351409-3. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311034/9789243514093-spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). Factores de riesgo. Definición. En: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:~:text=Temas%20de%20salud-,Factores%20de%20riesgo,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación [Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary]. Ginebra: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Nota descriptiva Maltrato Infantil. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Patronato Nacional de la Infancia. (2017). Modelo de gestión institucional. San José, Costa Rica.

Patronato Nacional de la Infancia. (2018). Protocolo de negligencia arreglado. San José, Costa Rica. En: https://pani.go.cr/descargas/bibliografia-recursos-humanos/587-protocolo-negligencia-arreglado

Patronato Nacional de la Infancia. (2021) Centro de Orientación e Información. En: https://pani.go.cr/servicios/centro-de-orientacion

Sacroisky, D. A. G. et al. (2007). Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. Arch Argent Pediatr, 105(4), pp. 357-367.

Saude, J.M. y Maldonado, J. (Sep/Oct., 2016). “El abuso psicológico al niño en la familia”. Revista de la Facultad de Medicina de México. Versión online. ISSN 2448-4865. Versión impresa ISSN 0026.1742. Rev. Fac. Med. (Mex), Vol.59 no. 5, Ciudad de México.

Sierra Varón, C. A. (2010). Violencia escolar. Perfiles psicológicos de agresores y víctimas. Poliantea (Bogotá), 6(10), 53-71

Sistema Costarricense de Información Jurídica Ley N º 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia. En:grweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&param2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC&lResultado=4&strSelect=sel#:~:text=Las%20personas%20menores%20de%20edad%20tendrán%20derecho%20a%20que%20se,%2C%20pensamiento%2C%20dignidad%20y%20valores.

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2021) Ley contra la Violencia Doméstica N° 7586. En:http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=27926

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2021) Ley de Justicia Penal Juvenil N° 7576. En: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=19385

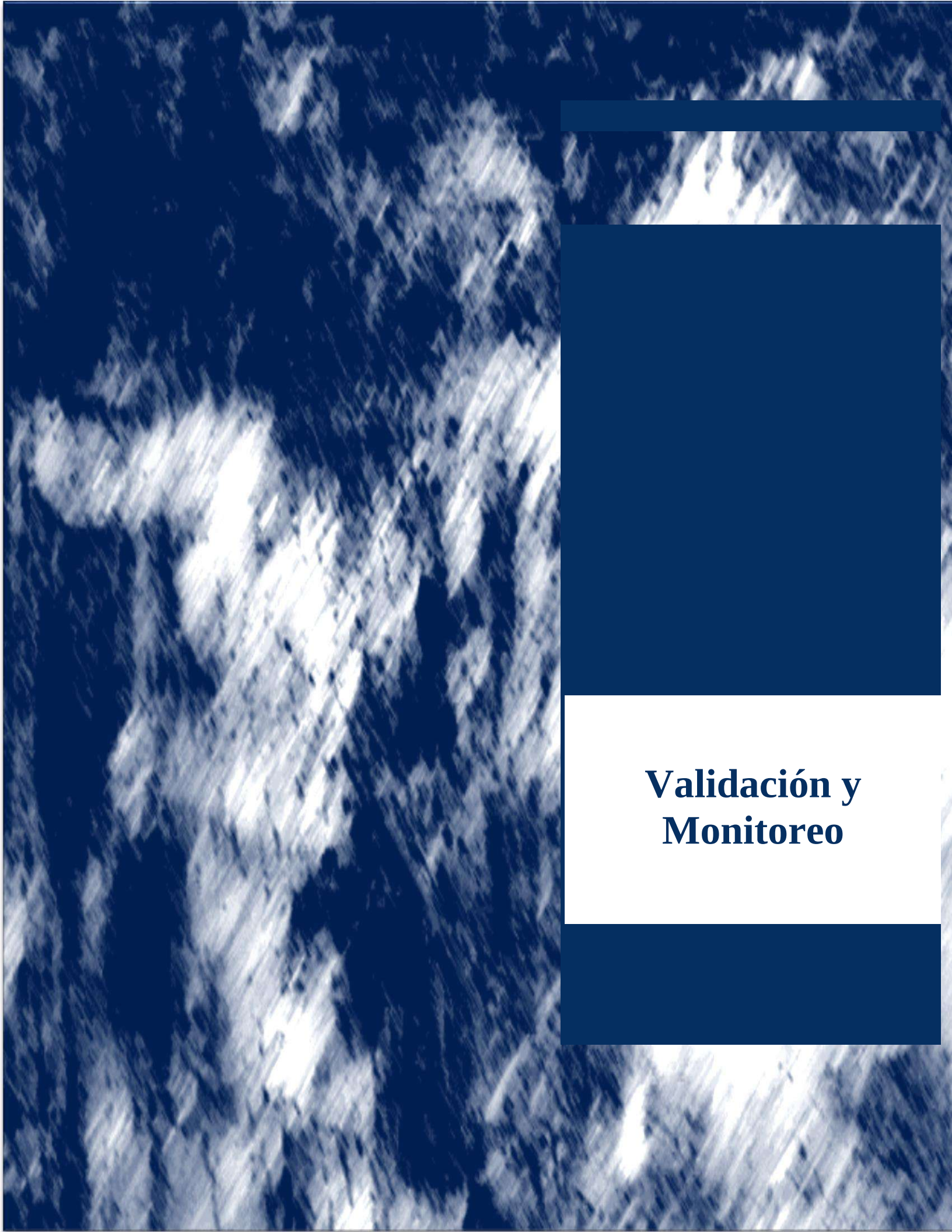
Sociedad Argentina de Pediatría, PRONAP y Educación Medica Continua. (2006). Abuso sexual infantil. Manejo medico en la urgencia. Buenos Aires, Argentina.

Tribunal Supremo de Elecciones. (3 de mayo del 2011). Decreto N° 06 Reglamento del Registro del Estado Civil. San José, Costa Rica. En: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=68062

UNICEF. (2017). "Violencia emocional, Ocultos a plena luz". Traducción Alexia Delclaux. En: aeped.es/sites/default/files/documentos/entrega7_violencia_emocional.pdf

World_Health Organization. (1997). Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870. Geneva: WHO. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41987/WHO_TRS_870.pd

Unión Internacional de Telecomunicaciones. (2020). Protección de la Infancia en Línea: Guía para padres y educadores. En: https://8a8e3fff-ace4-4a3a-a495-4ea51c5b4a3c.filesusr.com/ugd/9ad503_9ae84eec937942639fee796b98415912.pdf



Validación y Monitoreo

Este último apartado del Manual incluye los siguientes subapartados que describen el proceso de validación aplicado al finalizar el proceso de diseño y la propuesta de indicadores para dar seguimiento a la intervención:

1. Validación del Manual de Procedimientos
2. Monitoreo del Manual de Procedimientos

El detalle acerca de cada uno se presenta seguidamente.

1. Validación del Manual de Procedimientos

El proceso de validación del Manual se desarrolla en dos fases. **La primera** supuso la implementación de dos sesiones virtuales mediante la plataforma ZOOM con la participación de los equipos de profesionales que integran los CEINNAA en los establecimientos de salud institucionales de todo el país, representantes de las DRIPSS y de la Coordinación Institucional de Trabajo Social. La lista de participantes en ambas sesiones se incluye en la contraportada de este documento.

Se realiza una validación por criterio de experto, en la cual se aplica una encuesta estructurada al panel de expertos. Cada profesional lee el documento que se le entrega, valorar numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier observación. Si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta para la primera fase de validación cuenta con un total de 12 preguntas, respecto a cada una se aplica una escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales. La escala utilizada se describe en la Figura 3.

Figura 3. Escala de puntuación de la encuesta aplicada para la validación del Manual

Fuente. Creación propia.

Cuando el experto asigna una calificación de 6 o menos debe agregar una propuesta de cambio sobre el documento o en el espacio de comentario y aportar sustento bibliográfico para que sea más fácil para el grupo que analiza los resultados del consenso realizar los cambios pertinentes. Para hacer la valoración cuantitativa de cada apartado se sugirió a cada experto considerar los siguientes factores:

- **Balance entre beneficios y riesgos**: se tomó en cuenta el riesgo basal de la población a la que va dirigida el documento y el efecto tanto en términos relativos como absolutos de las intervenciones que se sugieren.
- **Calidad de la evidencia científica**: el contenido del documento es coherente con la evidencia científica, económica, social e institucional disponible por Usted hasta el momento.
- **Valores y preferencias**: la incertidumbre sobre los valores y preferencias de la población a la cual va dirigido el documento es otro de los factores que ha tenido en cuenta.
- **Costos:** las intervenciones que se sugieren según su experiencia y conocimiento mantienen un equilibrio costo-beneficio.

La encuesta aplicada en la primera fase fue la siguiente.

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Comentario o sugerencias
Le solicitamos que evalúe cada uno de los diferentes componentes que mostramos a continuación y que forman parte del manual:										
1. Para Usted la introducción:										
2. Para Usted el apartado “Concepto de violencia” es:										
3. Para Usted el apartado “Factores de riego” es:										

4.	Para Usted el aparado “Factores protectores” es:										
5.	Para Usted el apartado “Diferentes manifestaciones de violencia” es:										
6.	Para Usted el apartado “Detección” es:										
7.	Para Usted el apartado “Integrantes del equipo de abordaje” es:										
8.	Para Usted en apartado “Abordaje de situaciones de violencia” es:										
9.	Para Usted el apartado “Estrategias de prevención” es:										
10.	Para Usted el apartado “Contacto para consultas” es:										
11.	Para Usted el apartado de “Referencias bibliográficas” es:										
12.	Para Usted el apartado de “Anexos” es:										

Para obtener los resultados de la validación se promedió la puntuación asignada por cada experto a cada apartado y se analiza si se llegan o no al consenso. Previamente el equipo definió que “el consenso se alcanza cuando el promedio de las validaciones para cada apartado alcanza una puntuación de entre 7 y 9. Además, en caso de que los apartados no alcancen esta puntuación, es necesaria una segunda validación a cargo del mismo grupo consultado.

Los resultados de la primera fase de validación revelan que el documento cuenta con el consenso, por cuando cada apartado obtiene una puntuación ubicada entre 7.4 y 8.1. Igualmente, todas las observaciones o sugerencias de cambio planteadas fueron analizadas e incluidas según criterio del equipo responsable del diseño del documento.

La segunda fase, supuso la solicitud por escrito de la revisión del documento y el llenado de la encuesta de validación a personas representantes de instancias de coordinación regional o nacional (intra o interinstitucional), cuyas competencias mantienen relación con una o varias de las intervenciones descritas en el Manual. La lista de participantes en esta fase también se incluye en la contraportada de este documento.

Igualmente, es una validación por criterio de experto, en la cual se aplica una encuesta estructurada. Cada profesional lee el documento que se le entrega, valorar numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier observación. Si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta para la segunda fase de validación cuenta con un total de 23 preguntas, respecto a cada una se aplica la misma escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales.

Cuando el experto asigna una calificación de 6 o menos se le pide agregar una propuesta de cambio sobre el documento o en el espacio de comentario y aportar sustento bibliográfico para que sea más fácil para el grupo que analiza los resultados del consenso realizar los cambios pertinentes. Para hacer la valoración cuantitativa de cada apartado se sugieren a cada experto los mismos factores planteados en la primera fase, a saber:

- **Balance entre beneficios y riesgos**.
- **Calidad de la evidencia científica**.
- **Valores y preferencias**.
- **Costos**.

La encuesta aplicada en la segunda fase fue la siguiente.

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Comentario
Le solicitamos que evalúe cada uno de los diferentes componentes que mostramos a continuación y que forman parte del procedimiento:										
1. Para Usted el contenido del apartado de **"Definiciones"** es:										
2. Para Usted el contenido del apartado de **"Referencias Normativas"** es:										
3. Para Usted el contenido del apartado de **"Alcance y campo de aplicación"** es:										
4. Para Usted el contenido del apartado **"Concepto de violencia"** es:										
5. Para Usted el contenido del apartado **"Factores de riego"** es:										
6. Para Usted el contenido del apartado **"Factores protectores"** es:										
7. Para Usted el contenido del apartado **"Manifestaciones de violencia contra personas menores de edad"** es:										
8. Para Usted el contenido del apartado Detección de violencia, subapartado **"Funcionarios cuyo rol es diferente a la**										

	atención directa en salud sean o no profesionales" es:										
9.	Para Usted el contenido del apartado Detección de violencia, subapartado **"Funcionarios no profesionales que brindan atención directa en salud"** es:										
10.	Para Usted el contenido del apartado Detección de violencia, subapartado **"Funcionarios profesionales no médicos que brindan atención en salud"** es:										
11.	Para Usted el contenido del apartado Detección de violencia, subapartado **"Funcionarios profesionales brindan atención directa a las PME en situación de violencia"** es:										
12.	Para Usted el contenido del apartado **"Valoración de riesgo"** es:										
13.	Para Usted el contenido del subapartado **"contención emocional y orientación"** es:										
14.	Para Usted el contenido del subapartado **"Criterios de hospitalización y egreso"** es:										
15.	Para Usted el contenido del subapartado **"Referencia y Contrarreferencia"** es:										
16.	Para Usted el contenido del subapartado **"Plan de seguridad"** es:										
17.	Para Usted el contenido del subapartado **"Registro en EDUS"** es:										
18.	Para Usted el contenido del subapartado **"Notificación obligatoria"** es:										
19.	Para Usted el contenido del subapartado **"Atención a la persona ofensora"** es:										
20.	Para Usted el contenido del apartado "**Seguimiento**" es:										
21.	Para Usted el contenido del apartado "**Integrantes del equipo de abordaje**" es:										
22.	Para Usted el contenido del apartado "**Estrategias de prevención**" es:										
23.	Para Usted el contenido del apartado de "**Anexos**" es:										
24.	Su evaluación de la presentación y claridad general del Manual es:										

Para obtener los resultados de la validación se siguió la misma metodología de promediación para analizar si se llega o no al consenso. Los resultados de la segunda fase de validación revelan que el documento cuenta con el consenso, por cuando cada apartado obtiene una puntuación ubicada entre 7.86 y 8.64. Igualmente, todas las observaciones o sugerencias de cambio planteadas fueron analizadas e incluidas según criterio del equipo responsable del diseño del documento.

2. Monitoreo del Manual de Procedimientos

Dado que el Manual describe el proceso de atención a PME en situación de violencia, el cual, la institución quiere fortalecer e impulsar, la definición de indicadores para valorar su avance es de suma importancia. En este sentido, cabe mencionar que la propuesta de indicadores siguiente más que monitorear el manual como documento normativo, permite valorar el avance del proceso de atención en sí mismo. Para el diseño de los indicadores se utiliza la clasificación con mayor uso internacional[78] que los agrupa en:

- De proceso. Que refieren a la evaluación del encuentro ente la oferta y la demanda, incluyendo la calidad, eficiencia, eficacia, entre otras. Estos indicadores pueden ser tanto de cantidad, calidad como de costos.
- De resultado. Vinculados con la producción cuantitativa, los resultados intermedios y los resultados de impacto. Tienen como condición que los procesos se encuentren organizados y en marcha, sin esta condición no es posible aplicar indicadores de impacto.

Considerando lo anterior, indicadores de gestión que pueden tomarse a nivel institucional son los siguientes:

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad
Nº de casos detectados en el	Nº total de PME en situación de violencia que se detecta en cada	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de PME detectadas en el periodo	Registros de Estadísticas en Salud[79]	Mensual

[78] Chacón, H. (2017). Conferencia. Indicadores en salud: concepto y metodología para su definición. Sesión de trabajo. Manuscrito no publicado.

[79] GM-16939-2020 11 de diciembre de 2020. Directriz "Solicitud colaboración funcionarios redes con equipos de trabajo en violencia (CEINNAA y Comisiones Locales para la Atención y la Prevención de la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar)".

establecimiento de salud	establecimiento de salud				
Porcentaje de casos por edad, sexo y tipo de violencia (codificada) detectados en el establecimiento de salud	Porcentaje de PME en situación de violencia por por edad, sexo y tipo de violencia (codificada) que se detectan en cada establecimiento de salud	Indicador de proceso (porcentaje)	Nº de casos detectados/ Nº total de personas en cada grupo etario y de sexo en el periodo * 100	Registros de Estadísticas en Salud	Mensual
Nº de casos de PME hospitalizados por diagnóstico de violencia	Nº total de PME internadas en un hospital de la red de servicios con un diagnóstico de violencia	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas detectadas en el periodo	Registros de Estadísticas en Salud	Mensual
Nº de PME fallecidas con diagnóstico de violencia en cada establecimiento de salud	Nº total de PME fallecidas con diagnóstico de violencia en cada establecimiento de salud	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas detectadas en el periodo	Registros de Estadísticas en Salud	Semestral
Nº de casos referidos al Ministerio Público u OIJ por situación de violencia en cada establecimiento de salud	Nº total de PME referidas al Ministerio Público u OIJ con diagnóstico de violencia en cada establecimiento de salud	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de PME referidas en el periodo	Registros de Estadísticas en Salud	Trimestral
Nº de casos referidos al PANI por situación de violencia en cada	Nº total de PME referidas al PANI con diagnóstico de violencia en cada	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de PME referidas en el periodo	Registros de Estadísticas en Salud	Trimestral

establecimiento de salud	establecimiento de salud				
Nº de casos atendidos por primera vez por situación de violencia en cada establecimiento de salud	Nº total de PME atendidas por primera vez en el año por situación de violencia según disciplina (medicina, Trabajo Social, psicología y/o enfermería de salud mental) en cada establecimiento de salud	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de PME en el periodo en el periodo	Registros de Estadísticas en Salud	Mensual

La lista de indicadores presentada no es exhaustiva, sin embargo, permite generar información institucional para el seguimiento de la evolución de la atención a situaciones de violencia en perjuicio de PME.