

Resolución Directoral

Callao, 28 de Junio de 2023



VISTOS:



El documento No. 572747 (102-2023000007) con el Memorando No. 725-2023-DG-HNDAC; Informe No. 003-2023-CHC-HNDAC-C (Acta No. 03); Oficio No. 004-2023-VIOLETA -HNDAC (Adjunta Formatos para atención a víctimas de Violencia Sexual) y Informe No. 731-2023-HNDAC-OAJ;

CONSIDERANDO:



Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud No. 26842, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública, El Estado interviene en la provisión del servicio de atención médica con arreglo a principios de equidad.



Que, la Ley No. 30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, tiene por objeto prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar; en especial, cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, por la edad o situación física como las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad. Para tal efecto, establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas, así como reparación del daño causado; y dispone la persecución, sanción y reeducación de los agresores sentenciados con el fin de garantizar a las mujeres y al grupo familiar una vida libre de violencia asegurando el ejercicio pleno de sus derechos.



Que, de conformidad con el artículo 10 de la precitada Ley, las entidades que conforman el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar destinan recursos humanos especializados, logísticos y presupuestales con el objeto de detectar la violencia, atender a las víctimas, protegerlas y restablecer sus derechos, los que, entre

otros, y de conformidad a su literal c) modificado por la Ley No. 30862, Ley que fortalece diversas normas para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, comprenden el derecho de promoción, prevención y atención de salud; precisándose al respecto que el Ministerio de Salud tiene a su cargo la provisión gratuita de servicios de salud para la recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas



Que, mediante Resolución Directoral No. 274-2021-HNDAC-DG del 09NOV2021 expedido por el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se ha conformado el Comité Multidisciplinario para la Atención de Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar afectados por Violencia Sexual de nuestro Nosocomio.



Que, la Norma Técnica de Salud No. 164-MINSA/2020/DGIESP, tiene como finalidad contribuir a la respuesta nacional, para el cuidado integral de la salud de las mujeres e integrantes de grupo familiar afectados por violencia sexual, la mejora en la calidad de vida de los mismos, garantizar su recuperación integral considerando las dimensiones personales, familiares y sociales y el acceso a la justicia, en el marco del enfoque de género de los derechos ciudadanos y de la interculturalidad.



Que, la presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPRESS): del Ministerio de Salud, incluidas las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces en el ámbito regional; de EsSalud; de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; y las privadas y mixtas a nivel nacional.



Que, siendo ello así, y estando a la norma técnica acotada y el documento de la referencia 2), el Comité de Historia Clínica de nuestro Nosocomio, en reunión de fecha 11SET2023 evaluaron y revisaron la solicitud de aprobación de los Formatos para la atención a víctimas de violencia sexual presentada por el Comité Multidisciplinario de Atención Integral a las Mujeres integrantes del Grupo Familiar víctimas de violencia sexual.



Que, el Comité de Historias Clínicas de nuestra Institución, mediante ACTA No. 03 de fecha 11SET2023 se acordó y aprobó por unanimidad lo siguiente: i) Aprobación el Formato Único de Consentimiento Informado para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual y su Revocatoria; ii) Aprobar el formato de Pruebas rápidas – KID de violencia sexual; iii) Aprobar el Formato Check List e actividades realizadas durante la atención integral a víctimas de violencia sexual – HNDAC; iv) Reitera petición para colocar el numero de HC con el numero de DNI tal como indica la Norma Técnica de acuerdo a lo informado por el Ing. Rojas que con el sistema actual, a efectos de proseguir con el tramite correspondiente, esto es, emitir el acto resolutorio que aprueba el uso de dicho formato.





Resolución Directoral

Callao, 28 de Junio de 2023

Que, estando al Informe No. 731-2023-HNDAC-OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica, la misma que declara viable la aprobación del Uso de Formatos para la atención de Víctimas de Violencia Sexual.

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General en el literal j) del Artículo 8° del "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", aprobado mediante Ordenanza Regional No. 000006;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta de Gestión Clínica, Comité Institucional de Historia Clínica, Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el Uso de Formatos para la atención de Víctimas de Violencia Sexual presentado por el Comité Multidisciplinario de Atención Integral a las Mujeres Integrantes del Grupo Familiar Víctima de Violencia Sexual – VIOLETA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

SEGUNDO: DISPONER que el Comité Multidisciplinario de Atención Integral a las Mujeres Integrantes del Grupo Familiar Víctima de Violencia Sexual – VIOLETA del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, realice las acciones correspondientes.

TERCERO: ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación la presente Resolución en el portal web institucional.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
Dra. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ
Directora General
C.M.F. 22423 R.N.E. 12837



Formato Único de consentimiento informado para atención de víctimas de violencia Sexual

El Informe Médico de integridad sexual es un examen médico integral fundamental para la investigación de los delitos contra la libertad sexual, con una duración promedio de 30 minutos. Permite la determinación de lesiones relacionados a la agresión sexual, así como la toma de diversas muestras de secreciones y/o fluidos corporales. Consiste en el examen de las regiones corporales previo retiro de la vestimenta, comprendiendo los exámenes de integridad sexual, física y edad aproximada. El procedimiento no conlleva riesgos para la vida y la salud, pero puede causar algunas molestias.

IPRESS / Establecimiento de Salud: Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Persona a examinar: _____

Representante del examinado (a): _____

DNI: _____ (Representante legal, Familiar o acompañante consignado en el oficio de la autoridad solicitante, solo en casos de personas con discapacidad o menores de edad).

Detalle del consentimiento:		SI	NO
1	La presencia del o la acompañante / asistente		
2	El examen de edad aproximada		
3	El examen de integridad física (lesiones)		
4	El examen de integridad sexual: genital y/o anal		
5	Otros exámenes auxiliares necesarios		
6	Registros fotográficos y/o videos de los hallazgos del examen (*)		
7	La presencia de personal en capacitación		
8	Administración del Kit de Emergencia (Anticoncepción Oral de Emergencia y otros)		
9	A informar o poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.		

Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

(*) Deberá informarse que el registro fotográfico y/o video de los hallazgos del examen pueden ser utilizados como medio probatorio; y excepcionalmente para fines de investigación científica.

En Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años, según edad e instrucción debe brindarse la información de manera clara y suficiente, verificarse el entendimiento de los motivos y recabar el ASENTIMIENTO del menor. Consignar si asiente o no: Si () No ().

De acuerdo al Código del niño y el adolescente, y en protección al interés superior del niño, se debe explicar al menor que puede negarse o interrumpir el examen en cualquier momento del mismo, por las siguientes razones: Por vergüenza () No hay médico femenino (), por estar menstruando () No desea () Otros motivos _____

Yo (Examinado/a): _____
Yo, representante del examinado _____

Dejo constancia expresa de haber recibido información detallada y minuciosa de los procedimientos a realizarse, por lo que firmo el presente documento, en pleno uso de mis facultades mentales:

SI () NO () brindo mi consentimiento/asentimiento voluntario.

Al firmar este consentimiento/asentimiento voluntario, no renuncio a ninguno de mis derechos legales. Entiendo que puedo interrumpir el examen en cualquier momento.

(Firma e impresión Índice derecho)
Nombres y Apellidos del Examinado/a (*)

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
02 OCT 2023
Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO

(Firma)
Nombres y Apellidos del Testigo o Familiar del (a) Examinado (a)

(Firma)
Sello o Nombres y Apellidos del responsable de la orientación

(Firma)
Sello o Nombres y Apellidos del Médico evaluador



REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo,

identificada con DNI / Pasaporte/Carnet de Extranjería N° _____, en mi condición de Usuaría / Paciente, en pleno uso de mis facultades mentales, expreso mi revocatoria al consentimiento informado otorgado, asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse.

Fecha: ___/___/___ Hora: _____



Firma de el/la usuaria
Huella dactilar (impresión dactilar)



Firma de el/la testigo
DNI: _____
Huella dactilar (impresión dactilar)



Firma y sello del Personal
Que recibe la Revocatoria

(*) En el caso de menores de edad que no otorguen su ASENTIMIENTO, se revoca el Consentimiento Informado de los Padres o Familiares a cargo del menor.



R. AYLAS





PRUEBAS RÁPIDAS – KIT DE VIOLENCIA SEXUAL

Fecha: ___/___/___ Hora: : h Historia Clínica: _____

Nombre y apellido: _____

DNI () CE (): Nro: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Atención en: Emergencia () Hospitalización () Consultorio () Otros _____

Servicio: Ginecología () Pediatría () Medicina () Cirugía () Otros: _____

Dentro de 72 horas de ocurrido el suceso () Después de 72 horas de ocurrido el suceso ()



PR VIH Positivo () Negativo ()

SIFILIS Positivo () Negativo ()

PR HEPATITIS B Positivo () Negativo ()



PR EMBARAZO Positivo () Negativo ()



Firma y sello de personal responsable:

Observaciones: _____

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
02 OCT 2023
Wilfredo Fridy Ochoa Salas
FEDATARIO



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

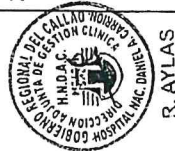
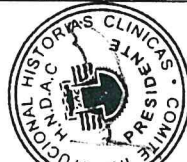
Violeta

CHECK LIST DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL -HNDAC

* Marcar con una X Si o No de acuerdo con las actividades realizadas durante la intervención.

Nombre de paciente:		Historia clínica:		Fecha:		OBSERVACIONES
Nº	Descripción de la Actividad	Unidad de Organización	PERSONAL	CUMPLE ACTIVIDAD		
				SI	NO	ACUERDO
Secuencia de Actividades		Emergencia				
Documentos que se generan						
1.1	Realizar la escucha activa.		Médico			
1.2	No juzgar y realizar la intervención en crisis, según sea el caso.		Enfermera			
1.3	Brindar trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios. Respetar la decisión de la persona afectada y evitar imponer sus criterios o decisiones.		Obstetra			
1.4	En ningún caso debe ser confrontada la usuaria con el/la agresor/a.					
1.5	No subestimar las situaciones de peligro.					
1.6	Remitir adecuadamente a la red de apoyo pertinente territorial.					
Paralelamente se realizan las actividades 2 y 3						
Se Activa el CODIGO VIOLETA (Paralelamente a la actividad 1)		Servicio Social		Trabajador social		
Comprende en comunicar y poner en conocimiento de forma verbal, por celular o escrita a las siguientes autoridades competentes:						
2.1	Comunicar a la PNP (quien comunica de manera inmediata a la Fiscalía Ministerio Público)					
2.2	Comunicar a la Fiscalía					
2.3	Coordinar y articular con el CEM para el soporte socio legal (refugio temporal, etc.)					
El Cuaderno de Registro de las IPRESS, conteniendo los teléfonos celulares y hijos, de las autoridades competentes.						

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICADO por el presente se copia fiel del original
02 OCT 2023
Wilfredo Freddy Xicoa Salas
FEDATARIO



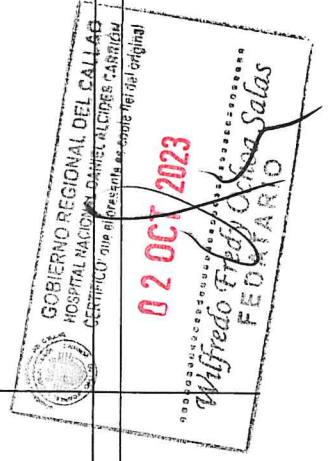
R. AYLAS



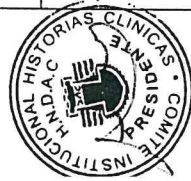
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Violeta

2.4	Complementariamente comunica a la Defensa Pública del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (DP MINJUSDH)							
3	Todas las acciones realizadas son registradas en el Cuaderno de Registro del personal trabajador(a) social, donde se registran las comunicaciones y observaciones del caso. Explicar los procedimientos a seguir, se completa el formato de CONSENTIMIENTO INFORMADO (>18 años) y/o Asentimiento (<18 años), luego se firma dicho formato. (Paralelamente a la actividad 2) Paralelamente se realizan las actividades 4 y 5	Formato de consentimiento informado	Medico	Enfermera	Obstetra	Psicólogo/a- psiquiatra		
4	Evaluación de Salud Mental	Historia clínica						
4.1	Describir el ánimo referido por la usuaria y el afecto que expresa. Registre en la historia clínica. Preguntar por riesgo suicida Inminente.		- Emergencia Nivel/Categoría I-4, II-1, II-2, III-1 o III-2.					
4.2	Registrar los diferentes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, senso-percepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección. Luego continua la actividad 27							
5.1	En caso se trate de un(a) usuario(a) o NNA sin grave riesgo de su vida, su salud o su integridad, se esperará para evaluación conjunta con equipo de Medicina Legal.							
5.2	En caso se trate de un(a) usuario(a) o NNA con grave riesgo de su vida, su salud o su integridad, realizar atención especializada de emergencia y completar el registro en el formato de emergencia. 5.2.1 Realizar la atención médica, que consiste en la evaluación física (lesiones) y sexual, para lo cual usa el formato médico con semántica acorde al sistema médico legal que se adjunta a la historia clínica.	Formato de Emergencia	Médico/a de turno					
		Formato médico	Médico/a Especialista o médico capacitado.					



S. PADILLA P



A. AYLAS



5.2.2	Realizar la atención médica y examen por lesiones anales, para lo cual usa el formato médico con semántica acorde al sistema médico legal que se adjunta a la historia clínica.	Formato médico	Médico/a Especialista o médico capacitado.		
5.2.3	Realizar el informe secuencial fotográfico y grabación de videos con comunicación Fiscal y consentimiento informado.	Informe secuencial fotográfico	Médico/a Gineco Obstetra/ Médico/a Capacitado/a		
5.2.4	Tomar muestras con comunicación Fiscal	Formato de toma de muestras	Médico/a Gineco Obstetra/ Médico/a Capacitado		
5.2.5	Realizar cadena de custodia.	Formato Modelo de Cadena de Custodia del Ministerio Publico	Médico Gineco Obstetra		
5.2.6	Iniciar y suscribir cadena de custodia con autorización o la presencia Fiscal y entregar las Muestras más la Cadena de Custodia a la Fiscalía o la PNP.		Médico capacitado.		
5.2.7	Emitir el Informe médico con semántica acorde al sistema médico legal del IMLCF. luego continua la actividad 24.	Informe médico	Médico Gineco Obstetra/ Médico que realizó examen.		
6	Armar y Entregar el Kit de emergencia para la atención de casos de violencia sexual, de acuerdo al anexo N° 01 de la NTS N° 164-MINSA.	Registro en el HIS MINSA	Médico/Obstetra o Médico Capacitado		
7	Indica Hospitalización breve de acuerdo a necesidad.				
	Fin del procedimiento.				

