

**APRUEBA NORMA GENERAL TÉCNICA DE ATENCIÓN A
VÍCTIMAS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE VIOLENCIA
SEXUAL PARA SU APLICACIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO
LEGAL A NIVEL NACIONAL EN EL SENTIDO QUE INDICA.**

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 2938

SANTIAGO, 27 SEP. 2019

VISTOS: El Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/19.653 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; lo dispuesto en el D.F.L. Nº 29 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834 de 1989 sobre Estatuto Administrativo; lo dispuesto en la Ley Nº 21.057 que Regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales en relación a los delitos contemplados en los Párrafos 5 y 6 del Título VII del Libro Segundo, y en los artículos 141, incisos cuarto y quinto; 142; 372 bis; 374 bis; 390; 391; 395; 397, número 1; 411 bis; 411 ter; 411 quáter, y 433, número 1, todos del Código Penal; el Decreto del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Nº 471 de 18 de mayo de 2018, publicado en el Diario Oficial el 02 de abril de 2019, que Aprueba reglamento de la Ley Nº 21.057, que Regula entrevistas grabadas en video y otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales; las facultades que me conceden los artículos 2, 3 letras a) b) , y 7 letra d) la Ley Nº 20.065 sobre Modernización, Regulación Orgánica y Planta del Personal del Servicio Médico Legal; el Decreto Supremo Nº580 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que aprueba Reglamento Orgánico del Servicio Médico Legal; el Decreto Nº1051/2018 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos tomado de razón el 25 de abril de 2019 que nombra Director del Servicio Médico Legal, y lo señalado en la Resolución Nº06/2019, de la Contraloría General de la República.

TENIENDO PRESENTE

1.- Que, luego de la celebración del Convenio de Colaboración con el Ministerio de Salud de fecha 28 de abril de 2016, aprobado Resolución Exenta Nº 3607/16 de este Servicio, por el cual, en el ámbito de sus respectivas competencias, se acordó establecer mecanismos de cooperación mutua para organizar, coordinar y desarrollar estrategias para la capacitación inicial y formación continua de los profesionales en sexología forense; a fin de materializar el compromiso, se trabajó en una mesa intersectorial y multidisciplinaria, para desarrollar mecanismos que garantizaran el acceso oportuno al examen de sexología forense, poniendo énfasis en la calidad de las exigencias técnicas pertinentes, - enfoque de derechos - y en el diseño de procesos de atención considerando como eje central las necesidades de las víctimas

2.- Que, como resultado de lo anteriormente expuesto, se emitió la "Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual", aprobada por Resolución Exenta N° 3849 publicada en el Diario Oficial el 05 de septiembre de 2016, sin que dicho acto administrativo dejara sin efecto expresamente la Resolución Exenta N° 9487 del año 2010 de este Servicio Forense que Aprobó la "Guía Técnica Pericial sobre Agresiones Sexuales".

CONSIDERANDO

1.- Que, el Artículo 2° de la Ley N° 20.065 que fija el texto de la Ley de Modernización, Regulación Orgánica y Planta del Servicio Médico Legal señala que "el objeto del Servicio Médico Legal será asesorar técnica y científicamente a los Órganos Jurisdiccionales y de Investigación, en todo el territorio nacional, en lo relativo a la medicina legal, ciencias forenses y demás materias propias de su ámbito"; y en este orden de ideas, por su parte, el Art. 3 letra b) del mismo cuerpo legal, señala que a este Servicio "le corresponderá, especialmente ejercer la tuición técnica de los organismos y del personal profesional o de otra índole que participen en la realización de peritajes médico-legales, en el ámbito público o privado, a través de la dictación de normas de aplicación general que regulen los procedimientos periciales que efectúen, o los que sirvan de base para ellos".

2.- Que con fecha 20 de enero de 2018, se publica en el Diario Oficial de Chile la Ley N° 21.057, que Regula entrevistas grabadas en video y otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales, cuyo objeto principal consiste en "prevenir la victimización secundaria de niños, niñas o adolescentes, que hayan sido víctimas", evitando las consecuencias negativas que puedan sufrir al interactuar con "las personas o instituciones que intervienen en las etapas de denuncia, investigación y juzgamiento"; reconociendo asimismo la calidad de sujetos de derecho de las víctimas y exigiendo el respeto a sus garantías fundamentales, en su calidad de niños/as adolescentes y de víctimas.

3.- Que, la Ley N° 21.057 que Regula entrevistas grabadas en video y otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales, ha establecido en las "Disposiciones Transitorias", que la referida norma comenzará a regir en forma gradual, ordenado diversas etapas, y estableciendo la primera: " (...) transcurridos seis meses después de publicado en el Diario Oficial el reglamento a que alude el artículo 29, y comprenderá las regiones de Arica y Parinacota, de Tarapacá, de Antofagasta, del Maule, de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, y de Magallanes y de la Antártica Chilena".

4. Que, en consecuencia, es de suma relevancia contar con las directrices técnicas específicas, que han sido actualizadas y concordadas con actores determinantes en este ámbito de acción, como es el Ministerio de Salud, y Ministerio Público, con quienes trabajó la normativa, para abordar la vigencia legal señalada.

RESUELVO:

I.- **APRUÉBASE** el siguiente texto sobre "Norma General Técnica de Atención a Víctimas Niños, Niñas y Adolescentes de Violencia Sexual", el que se entiende formar parte integral del presente acto administrativo, para su aplicación nacional en el Servicio Médico Legal, y gradual conforme se indica en el considerando N° 3, en todo cuanto diga relación técnica con la pericia médico legal requerida por las Fiscalías del Ministerio Público y Organismos Jurisdiccionales en su caso, y en lo relativo a las conductas éticas, en la atención médico legal de calidad y fiel respeto a la dignidad de las víctimas, propendiendo a contribuir desde nuestras competencias, a poner fin y evitar la recurrencia de la violencia sexual. Y déjese sin efecto, cualquier otra resolución, guía o instructivo que resulte incompatible con la norma que se viene sancionando.

II.- **DÉJESE SIN EFECTO** la Resolución Exenta N° 9487 del año 2010 de este Servicio que Aprobó la "Guía Técnica Pericial sobre Agresiones Sexuales", debiendo ceñirse la pericia médico legal de sexología, a los aspectos forenses relativos a usuarios Adultos, que en ese sentido se han dispuesto en la "Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual", aprobada por Resolución Exenta N° 3849 de 2016.

III.- **PUBLÍQUESE** la presente Resolución, conforme lo prescribe la letra "b" del Artículo 48 de la Ley N° 19.880 que Establece Bases de Procedimientos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, y dese difusión por los todos los medios institucionales disponibles tales como la información electrónica, pauta noticiosa y página web del Servicio Médico Legal.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DR. JORGE RUBIO KINAST
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO MÉDICO LEGAL


ACD/Dr...JLC/SNM

DISTRIBUCION:

Ministerio de Justicia.
Ministerio de Salud.
Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
Consejo Nacional de la Infancia.
UNICEF.
Ministerio Público.
Corte Suprema.
Dirección Nacional.
Subdirección Médica.
Subdirección Administrativa.
S.M.L. Regionales y Provinciales.
Jefes Departamentos y Unidades.
Unidad de Partes.

ATENCIÓN A VÍCTIMAS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

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

DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS

Conforme a lo establecido por las Naciones Unidas sobre los derechos de las víctimas se debe garantizar¹:

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

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

- Estar informada: respecto de su papel y del alcance, el desarrollo cronológico y la marcha de las actuaciones, así como de la decisión de sus causas, especialmente cuando se trate de delitos graves y cuando hayan solicitado esa información
- Inclusión de sus opiniones y preocupaciones: las que deberán ser presentadas y examinadas en etapas apropiadas de las actuaciones siempre que estén en juego sus intereses, sin perjuicio del acusado y de acuerdo con el sistema nacional de justicia penal correspondiente
- Recibir asistencia apropiada durante todo el proceso judicial
- Protección de su intimidad y seguridad, así como la de sus familiares y la de los testigos en su favor, contra todo acto de intimidación y represalia
- Recibir trato oportuno: evitando demoras innecesarias en la resolución de las causas y en la ejecución de los mandamientos o decretos que concedan indemnizaciones a las víctimas

Expresado por las propias víctimas sus principales necesidades y demandas respecto de las instituciones²:

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

¹ Declaración de las Naciones Unidas sobre los principios básicos de justicia para las víctimas del crimen y de abuso de poder. Resolución N° 40/34 de la Asamblea general de naciones Unidas, 1985.

² Víctimas de delito en Chile, diagnóstico nacional 2011, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En el caso de niños, niñas y adolescentes víctimas, se deben tener presentes los siguientes principios³:

- **Interés superior.** Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho, por lo que las personas e instituciones que deban intervenir con ellos/as procurarán generar las condiciones necesarias para que en cada etapa del proceso aquéllos puedan ejercer plenamente sus derechos y garantías conforme al nivel de desarrollo de sus capacidades.
- **Autonomía progresiva,** que apunta a que en cada procedimiento en que tengan que participar, se debe tener en consideración su edad y grado de madurez que manifiesten.
- **Participación voluntaria en toda actividad o procedimiento que se lleve a cabo,** lo que presupone la entrega adecuada de información previa. De esta forma, deberá explicárseles previamente el contenido y la forma en que se llevará a cabo cada actividad o procedimiento. La infracción a este derecho, a través de forzar u obligar a una víctima a ser parte de una diligencia, es considerada una infracción grave a los deberes funcionarios.
- **Prevención de la victimización secundaria.** Para este propósito las personas e instituciones que intervengan con ellos/as procurarán adoptar las medidas necesarias para proteger la integridad física y psíquica, así como su privacidad. Asimismo, se adoptarán las medidas necesarias para que las interacciones sean realizadas de forma adaptada al niño, niña o adolescente, en un ambiente adecuado a sus especiales necesidades y teniendo en cuenta su madurez intelectual y la evolución de sus capacidades, asegurando el debido respeto a su dignidad personal.
- **Asistencia oportuna.** Las personas e instituciones procurarán adoptar las medidas necesarias para favorecer la asistencia oportuna de niños, niñas o adolescentes.
- **Resguardo de su dignidad.** Todo niño, niña o adolescente es una persona única y valiosa y, como tal, se deberá respetar y proteger sus garantías y derechos, su dignidad individual, sus necesidades particulares, sus intereses y su intimidad.

También se deberá informar a las niñas y adolescentes sobre el derecho que les asiste a decidir acogerse o no a lo dispuesto en la Ley N° 21.030⁴, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Es decir, podrán requerir la interrupción de su embarazo, cuando éste sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación, en el caso de adolescentes; o catorce semanas de gestación, en el caso de niñas menores de 14 años.

Asimismo, se les informará que, independiente de su decisión, tienen el derecho a acceder al programa de acompañamiento, que es gratuito en la red pública de salud.

³ Cabe indicar que estos principios son reconocidos en la Ley N° 21.057, que regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales (Diario Oficial 20 de enero de 2018).

⁴ Ley N° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (Diario Oficial 23 de septiembre de 2017).

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

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

Si bien el objetivo principal de la atención es siempre, y en primer lugar, reconocer, diagnosticar y tratar adecuadamente los síntomas, las lesiones, daños o patologías que presenta la víctima, esta acción debe ser realizada considerando el marco de derechos y la legislación vigente, enfocándose en entregar una atención integral, centrada en la persona, abordando también su salud mental y psicosocial.

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

Es necesario considerar que la persona que requiere atención por violencia sexual puede pertenecer a uno de los pueblos originarios del país o a una cultura distinta a la predominante, razón por la que es necesario considerar y respetar sus valores y creencias -respecto a la sexualidad- y entregarle la información de la forma más adecuada y comprensible posible, lo que no significa entregar menos o distinta información para la toma de decisiones. En Servicios de Urgencia responsables de la atención de una población en que esto es frecuente, la atención debe considerar estos aspectos particulares en la formación y entrenamiento del equipo de salud, la organización de la atención y en el material de apoyo utilizado. Es particularmente importante considerar el trabajo conjunto con las organizaciones propias de estas comunidades y la intermediación cultural⁵.

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

⁵ Citado en Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud, 2004.

ACOGIDA

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

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

En el caso que las víctimas sean niños, niñas o adolescentes, la forma de aproximarse será en función de la edad y etapa del desarrollo, capacidades cognitivas y estado emocional. El/la profesional de salud debe prepararse y entregar confianza para que la víctima pueda participar en el momento en que esté lista emocionalmente.

PRIMERA RESPUESTA

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

- La condición de salud de la víctima al momento de la atención y evaluación clínica forense.
- En caso que la víctima sea un niño, niña o adolescente, se debe indagar con la familia o acompañante información respecto de la problemática detectada. Esta obtención de información no se llevará a cabo en presencia de la víctima.
- Conocimiento de la red de recursos institucionales y comunitarios para facilitar el asesoramiento, la coordinación o la derivación asistida.
- Conocimiento del rol, responsabilidades y límites respecto de la intervención en Primera Respuesta, así como, de la posibilidad de trabajo interdisciplinario para analizar la situación y diseñar una estrategia de intervención adecuada.

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

Las acciones que pueden realizar los equipos de urgencia y peritos del Servicio Médico Legal son muy importantes. Una acogida y atención apropiada son esenciales para la protección inmediata de un niño, niña o adolescente, para que el/la representante legal o acompañante tome decisiones, para registrar la información y disponer las pruebas necesarias para la justicia, cuando se realiza una denuncia o en el caso de que un/a fiscal solicite una evaluación pericial.

EXPLORACIÓN CLÍNICO FORENSE

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

Debe explicarse a la víctima en qué consiste el examen a realizar, con las palabras adecuadas para su comprensión, de acuerdo a su edad y nivel de madurez. Según el caso, también se debe informar al/la adulto/a responsable o acompañante, el tipo de examen que se efectuará y su importancia médico legal.

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

El mensaje que debe estar presente en todo momento es: *“no eres responsable de lo que ha ocurrido”* y *“sé que este examen puede ser incómodo o desagradable para ti, por lo que dime si deseas que me detenga o si necesitas un poco más de tiempo”*. Sin embargo, en los casos de atención en salud, también es necesario señalar a la persona que el examen es muy importante para evaluar en primer término su estado de salud, para orientar el tipo de tratamiento que requiere y para la recolección de muestras de carácter forense.

La aceptación del examen forense y la autorización para recoger pruebas biológicas debe ser siempre voluntaria. Siempre será requerido el asentimiento a los niños, niñas o adolescentes, de acuerdo a su edad y madurez, y no podrán realizarse los exámenes si no lo permiten. El/la médico/a intencionará que el niño, niña o adolescente, conforme a su voluntad, firme un asentimiento informado, o bien, dejará constancia de este asentimiento por escrito en el informe.

- Si el niño, niña o adolescente concurre con su representante legal o la persona a cuyo cuidado se encuentre la víctima, ésta debe firmar un Consentimiento Informado.
- Si el niño, niña o adolescente concurre sin la compañía de su representante legal o la persona a cuyo cuidado se encuentra; se sospechare que esta persona se encuentra implicada en el delito; o ésta se opone a la realización del examen forense, en circunstancias de que la víctima ha manifestado su asentimiento, se deberá solicitar la autorización del/a fiscal para practicar el examen.

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

- Identificarse y explicar quién será la persona que la atenderá o acompañará hasta que llegue el/la médico/a. El niño, niña o adolescente siempre debe estar acompañado/a por otra persona, idealmente de su mismo sexo.
- Favorecer el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes durante el examen por la persona que prefieran.
- Ofrecer a la víctima llamar a un familiar o conocido/a de su confianza para que la acompañe durante los procedimientos.
- Explicar detalladamente y en consideración a su edad y grado de madurez que manifiesten, qué se va a hacer, en qué lugar y por quién: exámenes, procedimientos para la toma de muestras, etc. Mensajes simples pueden ayudar a la víctima a sentirse cómoda, como expresarle preocupación por su bienestar general y que el examen será de la cabeza a los pies, ya que se le da un mensaje que todas las partes de su cuerpo son importantes para el examen.
- Se informará que, una vez finalizado el procedimiento, se le hará entrega de una copia del Acta de Realización de Examen, donde se registrará la exploración realizada y de la descripción de las muestras recogidas.

En el caso de los profesionales del Servicio Médico Legal, éstos siempre realizan el examen médico forense por orden de un tribunal o fiscalía una vez que la víctima o adulto/a responsable ya ha realizado la denuncia. En el caso de la atención en la Unidad Clínica Forense de los Hospitales, debe verificarse que ya existe la denuncia a fiscalía y cuáles son las indicaciones del/a fiscal respectivo.

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

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

En los dispositivos de atención deben identificarse y capacitarse a profesionales que brinden apoyo y orientación a la víctima, familiares, representante legal o acompañante del niño, niña o adolescente. En caso que no se cuente con una persona especialmente capacitada para estos fines, el/la médico/a que realiza la pericia forense, debe contar con habilidades que le permitan realizar una contención de la víctima, ya que es muy probable, especialmente en víctimas que han sufrido vulneraciones recientes, que presenten desbordes emocionales en el contexto del examen forense.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que la exploración física y el registro de evidencia deben ser realizados de manera inmediata en caso que existan lesiones agudas o si el hecho de violencia ocurrió dentro de las 72 horas previas. De no ser así, se sugiere postergar el examen a la instancia más próxima acordada, en la cual se cuente con un equipo entrenado en estos procedimientos⁶.

1. Antecedentes previos

Previo a la realización del examen, el/la médico/a debe obtener información para la correcta realización de la evaluación, a través de antecedentes entregados por la fiscalía, policía, representante legal o acompañante del niño, niña o adolescente.

Cabe hacer presente que en el caso de que la fiscalía le haya dado acceso al registro de la entrevista investigativa videograbada de la víctima, se deberá revisar antes de realizar la anamnesis.

El/la representante legal o acompañante del niño, niña o adolescente, puede entregar información relevante para determinar lo que éste puede haber experimentado.

Los/as niños, niñas y adolescentes no deben estar presentes en el momento en que se pregunta al/a representante legal o acompañante sobre estos aspectos. Puede haber ocasiones en que no estén dispuestos/as a separarse de esta persona, lo que impide absolutamente formular preguntas sobre los hechos eventualmente constitutivos de delito o de las personas que los habrían cometido.

Asimismo, antes del procedimiento, el/la médico/a debe advertir a estas personas que ante dichos espontáneos de la víctima sobre los hechos, no deben manifestarse de ninguna forma (verbal o no verbal), ya que los niños y niñas son propensos a desistirse de develar la información si ven que su acompañante se enoja o llora con su relato⁷.

Una evaluación médica completa incluye no sólo la historia clínica obtenida del niño, niña o adolescente que permita orientar el examen clínico, sino que además debe considerar:

- Las circunstancias que llevaron a sospechar al/a representante legal o acompañante.
- Observaciones respecto a las eventuales agresiones del/a representante legal o acompañante.
- Completar la historia clínica del niño, niña o adolescente.
- Antecedentes generales (familia directa, vivienda, escolaridad, etc.).
- Revisión detallada de los sistemas con un enfoque específico en sistemas gastrointestinal, urinario y genital. El propósito de realizar una revisión detallada

⁶ Ludwing, S., Abuso Sexual, Manejo en la Emergencia Pediátrica. Arch Pediatr Urug 2001, 72 (S): S45-S54, (2).

⁷ Martin A. Finkel & Randell A. Alexander. Conducting the Medical History. Journal of Child Sexual Abuse, 20:486–504, 2011.

de los sistemas genitourinario y gastrointestinal es el de identificar las condiciones preexistentes que podrían imitar signos y síntomas que pudieran asociarse a la violencia sexual. El siguiente cuadro incorpora elementos que pueden ser incluidos en la revisión según sea el caso.

Revisión de Sistemas genitourinario y gastrointestinal

Genitourinario	Gastrointestinal
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de cambios en los hábitos urinarios. • Historia de molestias y cómo fueron tratadas. • Historia de incontinencia urinaria diurna y/o nocturna. • Historia de infecciones del tracto urinario. • Historia de disuria o hematuria. • Uso de burbujas de baño y si causaron alguna molestia. • Historia del flujo vaginal, mal olor o sangrado genital. • Conductas de autoestimulación excesivas. • Historia de infecciones de transmisión sexual. • Lesiones accidentales de los genitales. • Antecedente de examen genital por razones distintas a la atención de salud de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de control de esfínteres y dificultades asociadas. • Historia de estreñimiento, diarrea o vómitos. • Uso de supositorios, enemas o medicamentos para problemas intestinales. • Historia de sangrado rectal, fisuras o hemorroides. • Antecedente de un examen rectal por cualquier motivo que no sea de control de salud de rutina. • Historia de incontinencia fecal.

2. Anamnesis

La anamnesis considera la identificación del niño, niña o adolescente; el motivo de consulta; la anamnesis próxima; la anamnesis remota; y eventuales consultas sobre hallazgos encontrados durante el examen físico.

a) Identificación

Esta información puede consultarse directamente a la víctima, al/a representante legal o acompañante. La falta de alguno de estos datos no obstará a la realización de la evaluación.

Debe registrarse claramente:

- Nombre del/a médico/a y de la enfermero/a, matrón/a, TENS u otro/a profesional del equipo de salud presente
- Precisar fecha, hora y lugar de atención
- Quién o quiénes acompañan al niño, niña o adolescente (madre/padre, cuidador/a, amigo/a, policía), cedula de identidad y vínculo con la víctima, su domicilio y teléfono de contacto
- Nombre del niño, niña o adolescente (incluido nombre social)
- Documento de Identificación (Cédula de Identidad, pasaporte, otro documento de identificación)
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- Nacionalidad
- País de Origen (lugar de nacimiento)
- Pertenencia a Pueblos Indígenas u Originarios
- Nivel de instrucción
- Domicilio

b) Motivo de consulta

El/la médico/a le consultará al niño, niña o adolescente sobre el motivo por el cual acude al examen, a través de una pregunta abierta, como, por ejemplo: *“cuéntame/dime, ¿qué has venido a hablar conmigo hoy?”*.

- Si el niño, niña o adolescente entrega información, debe registrarse íntegramente sus manifestaciones verbales y conductuales.
- Si el niño, niña o adolescente no da información, se dejará constancia de aquello y se continuará con el examen, en base a los antecedentes previos obtenidos por parte de la fiscalía, policía, representante legal o acompañante.

c) Anamnesis próxima

En el caso de que el niño, niña o adolescente haya entregado información, en esta etapa se le da la posibilidad de complementarla, con el objeto de obtener más antecedentes que sean necesarios para la correcta realización del examen.

Para este efecto, el/la examinador/a puede decirle al niño, niña o adolescente: *“¿quieres contarme/decirme algo más?”*.

- Si el niño, niña o adolescente entrega información, debe registrarse íntegramente sus manifestaciones verbales y conductuales.

- Si el niño, niña o adolescente no da información, se dejará constancia de aquello y se continuará con el examen, en base a los antecedentes previos obtenidos por parte de la fiscalía, policía, representante legal o acompañante.

Nunca será posible preguntar sobre la identidad del o los agresores o su relación con la víctima.

Tampoco se debe consultar “¿por qué no lo dijiste antes o la primera vez que ocurrió?”
Se sabe que no lo hacen porque no pueden, están amenazados, sientan temor, vergüenza, entre otros motivos.

En ningún caso se le puede consultar por estos hechos al/a representante legal o acompañante del niño, niña o adolescente en presencia de la víctima.

d) Anamnesis remota

Antecedentes médico-quirúrgicos, ginecológicos (edad de menarquia, fecha de última regla, uso de métodos anticonceptivos, último coito consentido, paridad, embarazo actual, entre otros), hábito intestinal y urinario, consumo de alcohol y drogas, uso de medicamentos, y toda información relevante según la edad, grado de madurez y características particulares de la víctima.

A diferencia del motivo de consulta y la anamnesis próxima, esta información puede ser consultada al/a representante legal o acompañante en presencia del niño, niña o adolescente.

e) Hallazgos encontrados durante el examen físico

Durante la realización del examen, y de forma excepcional, el/la médico/a podrá consultarle al niño, niña o adolescente sobre el origen de hallazgos físicos no explicables con la información obtenida previamente, siempre que sea útil y absolutamente necesario para el correcto desarrollo de la pericia.

El/la examinador/a puede preguntar, por ejemplo, “*cuéntame sobre esta lesión (señalando el hallazgo encontrado)*” o “*¿qué te pasó aquí?*”.

3. Examen físico

El objetivo principal de este examen es la realización de un peritaje médico legal, que registre todos los hallazgos forenses e incluya la toma de muestras pertinentes.

El examen médico forense siempre es voluntario, y no podrá realizarse si el niño, niña o adolescente no lo permite. Si manifiesta verbal o conductualmente su oposición a los procedimientos, el/la médico/a podrá asistirlo, ofreciendo algún elemento de apoyo

disponible, agua o preguntará si necesita ir al baño, cuidando la adecuada recolección de evidencias. También puede ofrecer hacer una pausa, dormir o efectuar el examen de forma diferida.

Si a pesar de las opciones ofrecidas, el niño, niña o adolescente rechaza participar o seguir participando en el examen físico, éste se dará por concluido. El/la médico/a deberá poner en conocimiento de este hecho al/a fiscal respectivo y dejar constancia en su informe.

Cabe indicar que la indicación de profilaxis no se encuentra supeditada a la realización del examen físico, por lo que las personas que lo rechacen, igualmente deben recibirla si la información con la que se cuenta permite evaluar el riesgo de la exposición a ITS.

Es necesario respetar el pudor de la persona, realizando el examen en condiciones de privacidad suficiente, adoptando todos los resguardos necesarios para ellos, por ejemplo, manteniendo la puerta cerrada, utilizando un biombo y verificando la disposición de la camilla.

Se debe estar familiarizado con los hallazgos que se consideran de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Al respecto, el Comité de Maltrato Infantil y Abuso Sexual de la Academia Americana de Pediatría convocó a un Comité de expertos que funciona en forma permanente y emite guías para la interpretación de hallazgos físicos y de laboratorio cuando se sospecha de delito sexual en niñas, niños y adolescentes.

A continuación, se describen los aspectos específicos a considerar en el examen físico para cumplir con el otro objetivo de la exploración, que consiste en registrar información útil para defender los derechos de las víctimas. Estas orientaciones se deben seguir rigurosamente en la atención de toda persona cuyo motivo de consulta sea violencia sexual reciente, en cuyo caso, es muy importante guardar la ropa con la que acude la víctima para la búsqueda de evidencias (por ejemplo, sangre, semen o pelos). También debe efectuarse este tipo de examen cuando, a pesar de no ser ese el motivo de consulta, la información con la que se cuenta hace sospechar de violencia sexual reciente.

Tanto en casos de violencia sexual reciente, como en casos no recientes o con consulta tardía (más de 72 horas después de la agresión), puede que no se encuentren lesiones. Existe evidencia científica contundente que avala tal situación⁸.

Esto no descarta la existencia de violencia sexual, y obliga igualmente a realizar la denuncia.

⁸ Sobre este punto pueden consultarse Heger A, Ticson I, Velasquez O et al. Children referred possible sexual abuse: medical finding in 2.384 children. Child Abuse Neglect 2002; 26:645-659; y Kellogg N, Menard S et al. Genital Anatomy in Pregnant Adolescents: "Normal" does not mean "Nothing Happened". Pediatrics 2004; 113: 67-69.

a) Examen físico general

Debe comenzar con una apreciación clínica general acerca del estado emocional de la persona desde la perspectiva del/a médico/a, describiendo si fija mirada, mirada lejana, actitud pasiva, estado de angustia, llanto, calma, pánico, etc.

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

Además, deberán consignarse signos clínicos de patologías médicas que hayan sido pesquisadas.

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

Asimismo, en el caso de atenciones ante el Servicio Médico Legal en los que se detectare compromiso del estado general o lesiones sangrantes, se debe priorizar la atención en salud, derivando la víctima al centro asistencial que corresponda, posponiendo el examen forense.

b) Examen segmentario

Se debe realizar un examen físico de cefálico a caudal, y fijar fotográficamente todas las lesiones. En algunos casos se puede tomar imágenes de zonas anatómicas normales para constatar la ausencia de lesiones. Asimismo, es conveniente registrar también las lesiones en el esquema de figura humana integrado en el Formulario Informe de Atención de Víctimas de Violencia Sexual, cuando dicho registro contribuya a clarificar la ubicación y extensión de las lesiones.

También deben buscarse residuos de sangre, saliva o semen para la toma de muestra correspondiente para ADN (remitirse a "Toma de Muestras").

Cara, cráneo y cuello. Describir la presencia de hematomas, excoriaciones, quemaduras y todo tipo de lesiones, cortantes o de otro tipo, a nivel de piel y/o mucosas. Especial atención requiere la observación de lesiones a nivel bucal, como petequias en paladar duro y/o blando, desgarros o lesiones en frenillos labiales y/o fracturas dentales. Según antecedentes, se deberán tomar muestras de hisopado de cavidad oral, en la zona retromolar, mucogingival y zonas interdentes, preferiblemente de molares o, en su defecto, premolares, y en la cara anterior y posterior de incisivos.

Tórax. Realizar examen de mamas, consignando el grado de desarrollo según etapas de Tanner. En caso que se pesquisen lesiones deberán describirse y ubicar en los cuadrantes anatómicos.

Abdomen.

- Inspección: Descripción de lesiones traumáticas indicando la región anatómica. Se describirán hallazgos de patologías médicas o quirúrgicas como cicatrices u otro hallazgo relevante para la pericia.
- Palpación: Describir órganos y lesiones.

En caso de sospecha de embarazo, se debe confirmar a través de la tecnología disponible. En caso de confirmación, debe derivarse inmediatamente a la víctima al dispositivo de salud correspondiente.

En caso de confirmarse el embarazo, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación, en caso de adolescentes de catorce años o más y catorce semanas de gestación, en caso de niñas menores de catorce años; se le deberá informar sobre su derecho a decidir acogerse o no a lo dispuesto en la Ley N° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Asimismo, se le informará que, independiente de su decisión, tiene derecho a acceder al programa de acompañamiento, que es gratuito en la red pública de salud.

Para el manejo correspondiente, debe considerarse la **Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se Encuentra en Alguna de las Tres Causales que Regula la Ley N°21.030⁹.**

Extremidades superiores e inferiores. Buscar lesiones de defensa, cicatrices de autoagresiones u otras.

c) Examen ginecológico

En general se realiza con la víctima en posición ginecológica (Figura N°1). En las niñas pequeñas o con necesidades especiales se puede usar la posición “de mariposa” con la persona que acompañe a la víctima (Figura N°2). En las niñas prepuberales es de gran utilidad examinar en posición genupectoral, la cual permite visualizar de mejor manera el borde posterior del himen (Figura N°3)¹⁰.

⁹ Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se Encuentra en Alguna de las Tres Causales que Regula la Ley N° 21.030, aprobada mediante Resolución Exenta n° 129, del Ministerio de Salud, de 02 de febrero de 2018 (Diario Oficial 08 de febrero de 2018).

¹⁰ Berkoff M. et col. Has this prepubertal girl been sexualy abused? . Jama 2008;300 (23:2779-2792).

Figura N° 1: Posición ginecológica



Figura N° 2: Posición en mariposa



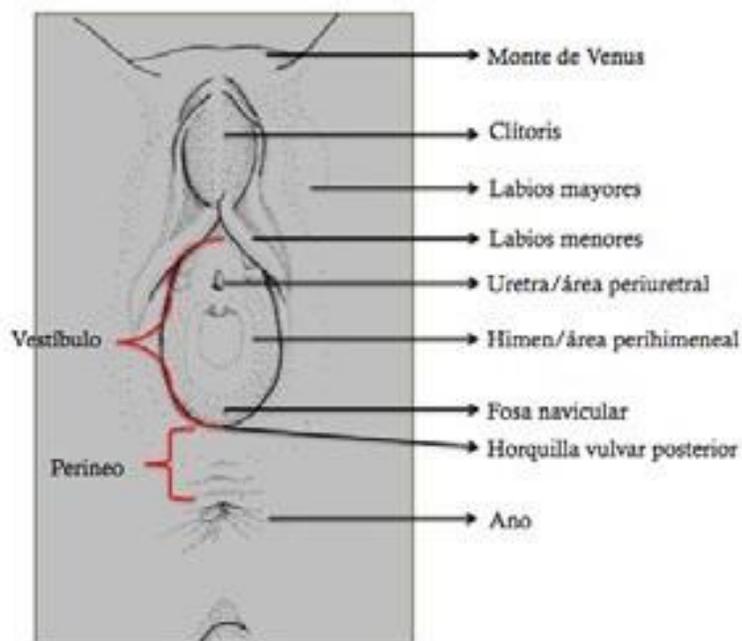
Figura N° 3: Posición genupectoral



Genitales externos

Inspección de la región vulvar: Consignar grado de desarrollo del vello pubiano según estadio de Tanner. Se deben identificar y observar detenidamente los siguientes reparos anatómicos (Figura N°4): clítoris, labios mayores y menores, meato uretral, vestíbulo, himen, orificio himeneal, fosa navicular, horquilla posterior y periné.

Figura N° 4: Genitales femeninos



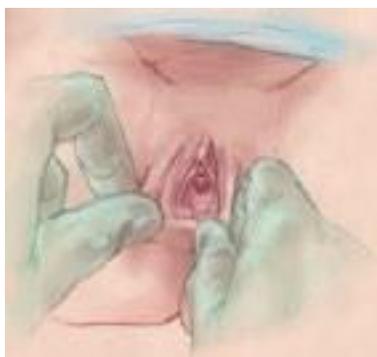
Las técnicas que permiten lograr una mejor visualización de los reparos anatómicos de genitales externos son (Figura N°5):

- Separación de labios mayores
- Tracción de los labios mayores
- Separación de glúteos en posición genupectoral

Figura N° 5: Posiciones para examinar himen



Separación de labios,
posición supina



Tracción de labios,
posición supina

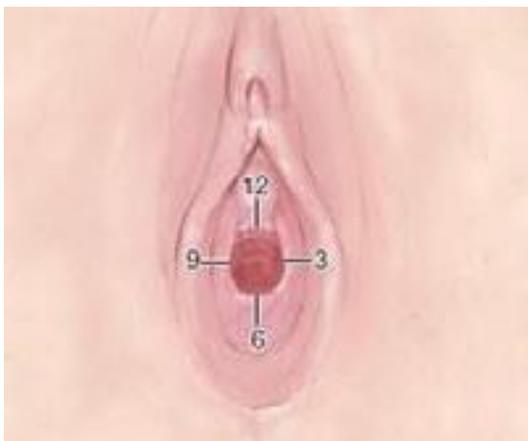


Posición genupectoral

Se debe determinar la presencia de erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas cortantes, desgarros recientes (laceraciones) o antiguos (transecciones).

Descripción del himen o sus restos (carúnculas): Consignar su forma, las características de sus bordes, eventuales lesiones traumáticas recientes y ubicarlos según los punteros del reloj, siempre señalando la posición en que la víctima fue examinada (Figura N°6).

Figura N° 6: Imagen de punteros de reloj



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

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

Es importante insistir que los hallazgos deben ser descriptivos y que la ausencia de lesiones en el himen no descarta el antecedente de penetración.

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

En los casos de trauma antiguo, se pueden observar lesiones residuales, producto de la cicatrización. La hendidura completa del himen posterior cicatrizada o transección es indicador de trauma o contacto sexual antiguo, al igual que la ausencia de un segmento de tejido himeneal en la zona posterior que se extienda hasta la base del himen. Encontrar una hendidura profunda (más del 50% del ancho del himen) corresponde a una lesión indeterminada y la hendidura superficial (menos del 50%) se considera del espectro

normal, aunque puede ser resultado de trauma, debiendo considerarse en estos hallazgos los antecedentes del caso.

Los sitios anatómicos que en orden de frecuencia se encuentran lesiones agudas en adolescentes son: la horquilla posterior y fosa navicular, labios mayores y menores, himen y otros (vestíbulo, área periuretral, periné, vagina, cérvix).

En prepúberes con antecedentes de agresión aguda, es frecuente que no se observen lesiones. En el caso de que se presenten lesiones, estas se localizan principalmente en los labios menores, horquilla vulvar, himen, periné y ano. En agresiones no agudas, menos del 5% de los exámenes registran hallazgos¹¹.

Se deberán tomar fotografías o un video si se dispone de videocolposcopio, para realizar la vulvoscopía y examen del himen, con el fin de obtener prueba pericial. Además, se deberán tomar las muestras para ADN e ITS, en los casos de hechos recientes o sintomáticos (ver “Toma de Muestra”).

Genitales internos

Considerando la anamnesis, en víctimas puberales se tomará muestra de contenido vaginal mediante tómulas estériles, para ser enviada a la brevedad al laboratorio de referencia correspondiente y/o al Servicio Médico Legal (según disponga el/la fiscal). Una zona importante a considerar es el lago seminal que se forma en el fondo del saco posterior de la vagina, donde es posible pesquisar semen o espermios en algunos casos hasta 5 a 7 días después de un contacto sexual.

En víctimas prepuberales, no se tomará hisopado vaginal. Solo corresponde el hisopado de piel vulvar y perigenital.

En el caso de víctimas puberales, el examen vaginal mediante especuloscopia, observando sus paredes y describiendo eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, hematomas, desgarros, etc.), sólo está indicado en algunos casos especiales. Cuando existe sospecha de desgarros que deben ser suturados quirúrgicamente, el examen debe realizarse bajo anestesia. En esta instancia deben tomarse las muestras indicadas anteriormente. Todo este procedimiento debe ser informado previamente a la víctima.

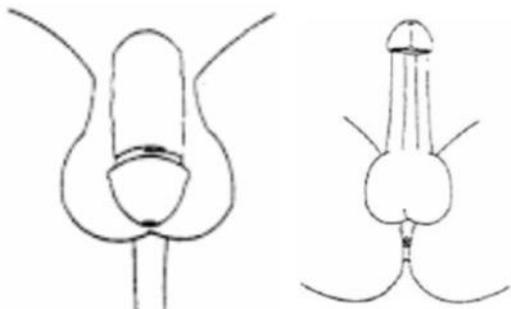
d) Examen genitourológico en niños y adolescentes hombres

Deberán describirse anatómicamente: pene, prepucio, escroto y testículos (Figura N°7), consignando eventuales lesiones traumáticas (erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, etc.)

¹¹ Chadwick Center for Children and Family – Rady Childrens Hospital, San Diego.

De la misma forma, si fuese posible técnicamente, realizar grabación en video o fotografía con el colposcopio.

Figura N° 7: Genitales masculinos



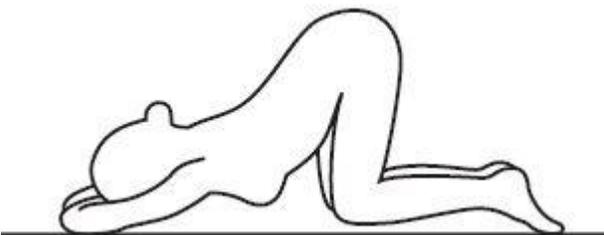
e) Examen proctológico

Se deberá realizar una inspección cuidadosa en posición genupectoral (Figura N°8), en lo posible con uso de colposcopio, buscando: erosiones, excoriaciones, fisuras o desgarros, equimosis o hematomas o cicatrices antiguas. Ubicar los hallazgos según los punteros del reloj (Figura N°9). Se consignará clínicamente la tonicidad del esfínter anal, que puede estar disminuida, con salida de gases y materias fecales.

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

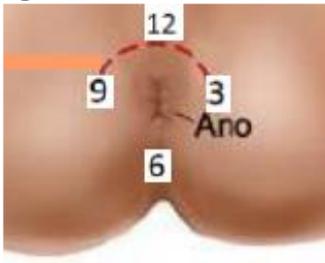
En el caso de adolescentes, si existiera sospecha de lesión rectal (historia de dolor o sangrado rectal, lesión anal externa, historia de penetración rectal usando un objeto) de ser necesario se puede utilizar anoscopio. En niños y niñas debe ser referido a especialista. La anoscopia facilita el examen de la mucosa rectal proximal al canal anal, identifica lesiones rectales y cuerpos extraños, además permite recolectar muestras¹². En caso de realizarse este examen, debe ser informado previamente a la víctima.

Figura N° 8: Posición genupectoral



¹² Citado en Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud, 2004.

Figura Nº 9: Esfínter anal



RECOLECCIÓN DE MUESTRAS^{13 14 15}

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

Es de suma importancia conocer a cabalidad el procedimiento de cadena de custodia, el cual valida y asegura la correspondencia unívoca de la muestra obtenida en el peritaje ordenado por el/la fiscal, como prueba válida.

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

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

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

Cabe indicar que contar con la huella genética de la víctima cobra gran importancia en la realización de los peritajes de ADN, ya sean estos comparativos con imputados conocidos, o bien para búsquedas masivas en la base de datos de ADN (CODIS) que dispone el

¹³ California Medical Protocol for Examination of Sexual Assault and Child Sexual Abuse Victims. California Office of Emergency Services, 2001.

¹⁴ Documento Procesos de Trabajo Servicios de Salud - Fiscalías Regionales, Región Metropolitana. Santiago, 2005.

¹⁵ Manual de Procesos Consolidado. Materia: Cadena de Custodia. Elaborado por el Ministerio Público, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Ministerio de Salud, Servicio Médico Legal. Marzo, 2005.

Servicio Médico Legal, y por lo tanto es recomendable que dicha toma de muestras se efectúe en el mismo momento del peritaje sexológico.

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

Muestras para estudio de ADN

- Contenido vaginal, hisopado vulvar y perivulvar para búsqueda de semen y espermios
- Contenido rectal para búsqueda de semen y espermios. Eventualmente, en caso de víctimas adolescentes, se puede realizar la anoscopía
- Contenido bucal para búsqueda de semen y espermios en zona retromolar, mucogingival y zonas interdentes
- Estudio de manchas en ropas (búsqueda de semen, espermios, sangre)
- Muestra de posible saliva o semen del agresor en el examen extragenital de la víctima (peribucal, cuello, mamas, abdomen, lesiones por succión, marcas de mordeduras, etc.)
- Muestras de lecho subungueal
- Recolección de pelos o vellos púbicos hallados durante la pericia, sobre todo en el caso de personas prepúberes
- Muestras de ADN de la víctima: hisopado oral de la víctima, sangre total o embeber sangre en papel filtro (tarjeta FTA Gene Card[®])

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

Los siguientes exámenes, si bien no son concluyentes en la determinación de la existencia de violencia sexual, si pueden constituir pruebas en la presentación de denuncia por lesiones graves:

- Muestra de sangre para análisis de VIH/SIDA
- Muestra de sangre para análisis de alcohol (alcoholemia)
- Muestra de sangre y orina para la búsqueda de abuso de drogas
- Muestras (sangre u orina) para determinación de embarazo. En el caso de que el primer examen resulte negativo y no se haya producido la menstruación, indicar a la víctima que debe repetirse no antes de 10 días de realizada la primera prueba.

Todas estas muestras deben ser tomadas con el consentimiento de la víctima.

La captura de imágenes también constituye prueba y debe hacerse previo consentimiento de la víctima:

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

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

1. Guía para toma de muestras biológicas y no biológicas¹⁶

a) Ropa

Se debe recoger la ropa interior de la víctima que haya sido usada durante la agresión sexual, independiente del tiempo transcurrido y registrando si fue lavada. Asimismo, en casos de violencia sexual no reciente, debe recogerse la ropa interior que vista en el momento del examen, hasta 5 días después del hecho.

En todo caso, se debe proporcionar una muda de ropa.

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

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

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

- Semen y espermios pueden drenar desde la vagina y/o ano hacia la ropa interior
- Pelos y materiales extraños, que pueden transferirse desde el cuerpo a la ropa interior

Técnicas de recolección de muestras no corporales

Pida a la víctima que se pare sobre dos pliegos de papel delgado no absorbente blanco: primero debe quitarse los zapatos y luego desnudarse sobre el papel. El propósito de la lámina inferior es proteger a la hoja superior de la suciedad y los residuos presentes en el suelo de la sala de examen. El propósito de la hoja superior es recoger la evidencia suelta que pueda caer mientras se desnuda la víctima. La hoja inferior debe ser desechada. Siempre usar guantes y mascarilla para manipular la ropa.

Zapatos	Los zapatos pueden ser recogidos y embalados por separado, si lo solicita el organismo investigador o si lo indica la historia del delito. Por ejemplo, los zapatos
---------	---

¹⁶ Modificado de California Medical Protocol for Examination of Sexual Assault and Child Sexual Abuse Victims. California Office of Emergency Services, 2001.

	deben ser recogidos si tienen muestras de sangre o residuos del sitio del suceso.
Prendas plegables. Ropa de la víctima al momento de la agresión, particularmente la ropa interior	Doble cada prenda a medida que la víctima se la vaya sacando, para evitar que las manchas de fluidos corporales o materiales extraños se pierdan o transfieran de una prenda de vestir a otra. Evite plegar la ropa en el lugar de posibles manchas de fluidos corporales.
Contenedores para la ropa	Empaque cada artículo de ropa en una bolsa de papel individual tamaño oficio. En caso que la prenda sea muy grande deberá embalar directamente en papel kraft. No utilice bolsas de plástico, pues este material retiene la humedad y puede deteriorar las pruebas biológicas.
Pelos, fibras, residuos u otro elemento de interés criminalístico	Recoger la hoja superior del papel no absorbente que pueda contener pelos, fibras, hierbas y desechos, que caen al desnudarse la víctima. Luego de embalar la ropa, se dobla esta hoja superior como sobre, y se coloca dentro de un sobre de papel tamaño oficio. Etiquetar y sellar a fin de que su contenido no caiga.
Ropa mojada	Se debe secar la ropa a temperatura ambiente antes de su embalaje. Si el secado no es posible, la ropa húmeda se puede poner en bolsas de papel kraft grueso o en un pliego de este mismo papel kraft doblado. Cada prenda debe ir en bolsa individual. Después de colocar el elemento en una bolsa de papel, marcar claramente que la bolsa contiene ropa húmeda. Registre esta observación en la Cadena de Custodia.

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

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

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

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

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

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

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

Técnicas de recolección de muestras corporales

Lecho subungueal	Colocar un trozo papel tipo volantín abierto debajo de la mano de la víctima mientras se toma la muestra. Usar palillos tipo mondadientes (uno para cada mano) para realizar un raspado bajo las uñas de los 10 dedos de la víctima. Colocar los palillos envueltos en forma separada, identificando mano derecha o izquierda, en un trozo de papel volantín blanco (empaquete de pequeña evidencia) para evitar que se pierda la muestra.
Hisopado en zonas con posible presencia de saliva (por succión o huellas de mordida)	Utilice 2 tómulas humedecidas con suero fisiológico y frote girándolos en las zonas posiblemente afectadas. Dejar secar y guardar en tubo.
Contenido bucal	Se realiza un barrido con la tórula en la zona retromolar, mucogingival y zonas interdentes preferiblemente de molares, o en su defecto premolares, y luego se pasa la tórula por delante y por detrás de los incisivos superiores. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar
Recolección de vello púbico	Cuide de colocar un trozo de papel volantín bajo nalgas, antes de tomar la muestra. Peine el vello púbico hacia abajo con peine ad hoc. Doble el papel y guardar en sobre junto con el peine.
Contenido perivulvar	Se realiza un barrido amplio con dos tómulas humedecidas en suero fisiológico en el vestíbulo o espacio perihimeneal. Incluya periné. Dejar secar a temperatura ambiente antes de envasar No tocar el himen ni tomar muestra vaginal en niñas

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

c) Toma de muestra de sangre basal para ITS. Ver capítulo correspondiente.

d) Alcholemlia

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

- La extracción de la sangre venosa se realizará con jeringa desechable.
- La desinfección de la piel se efectuará con solución acuosa de povidona yodada o jabón de triclosan 1%, nunca se usará un desinfectante cuyo solvente sea alcohol.
- Los frascos para muestras de alcholemlia son tubos de policarbonato al vacío de 3 ml, que contienen anticoagulante y preservante, rotulados con el logo del Servicio Médico Legal. El Servicio Médico Legal distribuye los frascos a los centros asistenciales y los repone de acuerdo a las cantidades de muestras entregadas. Se deberá indicar un responsable de cada centro asistencial, según Resolución Exenta N° 856¹⁷, a cargo de nómina, envío de muestras, traslado y almacenamiento de frascos vacíos.

¹⁷ Resolución exenta N° 856 del Servicio Médico Legal del 29 de marzo de 2018, aprueba instrucciones y normativa técnica sobre exámenes de alcholemlia (Diario Oficial 19 de diciembre 2018).

Se deben sellar los frascos en presencia del donante con sellos inviolables. Los centros asistenciales habilitados por el Servicio Médico Legal que tomen este tipo de muestras, deberán tener unas cajas de seguridad; el envío deberá ajustarse a lo que indica la Resolución exenta n° 856 del Servicio Médico Legal. Se procurará evitar que la muestra reciba calor.

En caso que la víctima se niegue a que le tomen la alcoholemia deberá informarse de la situación al/a fiscal.

e) Examen toxicológico

Dependiendo de la información con la que se cuente, tomar o no las muestras que sean necesarias:

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

La muestra de orina se debe almacenar de 2 a 8°C; si la muestra no se puede analizar dentro de las 24 horas, se debe congelar alrededor de -18°C a -20°C.

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

La muestra de contenido gástrico se debe almacenar de 2 a 8°C; si la muestra no se puede analizar dentro de las 24 horas, se debe congelar alrededor de -18°C a -20°C.

- c) Sangre.** Se requieren 5 ml de sangre venosa en un criotubo tipo Falcon de 5 ml, tapa rosca preparado con Fluoruro de Sodio. El frasco se debe sellar con parafilm o cinta adhesiva para evitar derrames.

La muestra de sangre se debe almacenar entre 2 a 8°C. Si la muestra no se puede analizar prontamente, se debe congelar alrededor de -18°C a -20°C.

f) Sangre para examen de ADN de la víctima (muestra indubitada)

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

En sangre, se requiere 1 ml de sangre colectada en tubo plástico tipo Tapval (tapa lila) con anticoagulante EDTA (Etilen Diamino Tetra Acético). Cabe señalar que no se debe utilizar tubos con heparina como anticoagulante, ya que inhibe la reacción de polimerasa en cadena (PCR) utilizada para amplificar el ADN de la muestra.

Para el Servicio Médico Legal se recomienda, acorde a lo establecido en la Ley N° 19.970, usar la muestra de sangre con soporte de papel filtro tratado químicamente, tipo tarjeta FTA Gene Card[®], permitiendo que el ADN del material biológico depositado sobre él, sea protegido del daño por degradación enzimática, radicales libres, luz UV y agentes microbianos, entre otros.

En el caso de la muestra bucal obtenida por hisopado, debe dejarse secar a temperatura ambiente, asegurándose del secado antes de introducir en el tubo o envase contenedor.

2. Recolección de muestras según el tiempo transcurrido desde la violencia sexual

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

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

En víctimas cuya historia revela que la agresión ocurrió con data mayor a las 72 horas, corresponde siempre realizar un completo examen físico para determinar lesiones extra e intragenitales y recolectar la ropa interior al momento de la agresión. Dependiendo de la historia puede ser oportuno obtener evidencia como por ejemplo examen toxicológico en orina (pueden ser positivo dentro de las 96 horas después de la ingestión de la droga).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y PROFILAXIS^{18 19 20 21 22}

1. Hallazgos en el examen físico en los casos de ITS²³

- a) **Cara, cráneo y cuello:** En el caso de visualizar manifestaciones clínicas como úlcera de borde regular, indurada, no dolorosa acompañada de adenopatía inguinal única en cavidad oral, se deberá sospechar sífilis. En el caso de presentar lesiones verrugosas tipo coliflor, sospechar condilomas acuminados. Si se observa la eliminación de secreción verdosa o purulenta en faringe, sospechar faringo amigdalitis gonocócica o no gonocócica.
- b) **Tórax:** En el caso de observar manchas no pruriginosas en tórax, que estén o no acompañadas de verrugas planas a nivel genital o lesiones palmo-plantares, sospechar sífilis.
- c) **Extremidades:** En el caso de presentar lesiones palmo-plantares, no pruriginosas, sospechar sífilis.
- d) **Genitales y ano:** En el caso de visualizar lesiones del tipo de una úlcera de borde regular, indurada, no dolorosa acompañada de adenopatía inguinal única o verrugas planas húmedas, se deberá sospechar sífilis. En presencia de vesículas o úlceras de borde irregular muy dolorosas, se debe sospechar herpes genital. En el caso de presentar lesiones verrugosas tipo coliflor, sospechar condilomas acuminados.

Si se observa la eliminación de secreción verdosa abundante o purulenta escasa por el himen, cérvix, uretra o ano, sospechar vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, inflamación anal y proctitis, gonocócica o no gonocócica, según corresponda.

2. Profilaxis

La prevención de ITS, en personas que han sido víctimas de violencia sexual está orientada a evitar el desarrollo de la enfermedad y las consecuencias de las infecciones adquiridas producto de la agresión sexual.

¹⁸ Secretaría Distrital de Salud B, UNFPA. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud [Internet]. 1o edición. Bogotá, Colombia: Pro-offset editorial S.A.; 2008.

¹⁹ Comité Maltrato Infantil Sociedad Chilena de Pediatría. El Maltrato Infantil desde la bioética: el sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer? Rev Chil Pediatría. octubre de 2007; 78:85-95.

²⁰ Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil: Revisión y actualización. Cuad Med Forense. junio de 2010; 16(1-2):99-108.

²¹ Ludwig, S., Abuso Sexual, manejo en la emergencia pediátrica. Arch Pediatr Urug 2001, 72 (S): S45-S54, (2).

²² DC - Sexual Assault and STDs - 2010 STD Treatment guidelines . 2010.

²³ Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud, 2016.

Dado que en el Servicio Médico Legal no se realizan procedimientos que corresponden al sector salud, las víctimas que tengan indicación de profilaxis de ITS, deben ser derivadas al dispositivo de salud que corresponda.

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

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

Las infecciones por *Treponema Pallidum*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia Trachomatis* y *Trichomonas Vaginalis* pueden ser prevenidas con la administración de una asociación de antibióticos. La infección por Hepatitis B puede ser prevenida con la administración precoz de la vacuna anti hepatitis B y el VIH se puede prevenir con la administración de antirretrovirales.

Los criterios para decidir tipo de profilaxis incluyen edad, grado y riesgo de exposición (contacto con fluidos), tiempo transcurrido desde la agresión, epidemiología local y posibles efectos adversos

a) Test basales

Para un adecuado seguimiento posterior a la primera atención, es fundamental documentar la situación bacteriológica basal, con respecto a ciertas infecciones. Es preciso disponer de exámenes para detección de: Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, y en población pediátrica agregar examen para detección de tricomonas.

En el caso del Servicio Médico Legal, de contar con los medios, se tomarán las muestras necesarias para la detección de las ITS señaladas, las cuales serán derivadas para su procesamiento al dispositivo de salud que corresponda.

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

Exámenes para pesquisa de ITS

Examen	Agente	Enfermedad	Sitio anatómico	Tipo de muestra
VDRL o RPR cuantitativo	<i>Treponema Pallidum</i>	Sífilis	Mejor acceso venoso	Sangre venosa ²⁴
Biología	<i>Neisseria</i>	Gonorrea	Piel de zona	Orina y/o secreción

²⁴ Los laboratorios indicarán la cantidad mínima requerida para procesar la muestra en niños, niñas y adolescentes.

molecular (PCR)	Gonorrhoeae		vulvar, perineal y escrotal Mucosa faríngea, vaginal, uretral y anorectal si corresponde	y/o hisopado piel o mucosas
Biología molecular (PCR)	Chlamydia trachomatis	Clamidiasis	Piel de zona vulvar, perineal y escrotal Mucosa faríngea, vaginal, uretral y anorectal si corresponde	Orina y/o secreción y/o hisopado piel o mucosas
Biología molecular (PCR)	Trichomonas vaginalis	Trichomoniasis	Piel de zona vulvar, perineal y escrotal Mucosa faríngea, vaginal, uretral y anorectal si corresponde	Orina y/o secreción y/o hisopado piel o mucosas
Antígeno de superficie Hepatitis B	Virus Hepatitis B	Hepatitis B	Mejor acceso venoso	Sangre venosa ²⁵
Anticuerpo para Virus de Hepatitis C	Virus Hepatitis C	Hepatitis C	Mejor acceso venoso	Sangre venosa ²⁶
Serología VIH	VIH		Mejor acceso venoso	Sangre venosa ²⁷

Si las condiciones clínicas impiden la toma de muestras, éstas deben ser diferidas al control de seguimiento. Debe quedar registro de la postergación en documentos correspondientes.

Si la serología basal para Hepatitis B, Hepatitis C y VIH son reactivas, enviar muestras para su confirmación al Instituto de Salud Pública, según la normativa vigente. Si se confirma caso de Hepatitis B, Hepatitis C o VIH, derivar a especialista correspondiente según la organización de la red asistencial territorial.

²⁵ Ídem.

²⁶ Ídem.

²⁷ Ídem.

b) Esquema de inmunización

- i. **Hepatitis B.** En el caso de esta profilaxis, corresponde vacunar en la primera consulta a todo expuesto no inmunizado previamente, posterior a la toma de exámenes para detectar inmunidad (sin esperar los resultados), para facilitar la accesibilidad del usuario. En el caso que el resultado sea negativo, se continúa con las siguientes dosis, y si el examen es positivo, derivar con especialista. La administración de vacuna como profilaxis post exposición, se recomienda antes de las 72 horas y hasta el 7° día. Posterior a ese tiempo, se debe indicar vacunación en población susceptible sólo con resultado de antígeno anti hepatitis B negativo.

En el caso que la persona conozca su condición de infección por el virus de la Hepatitis B, se deben tomar los exámenes de rutina, no vacunar y derivar a especialista.

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

- ii. **Virus Papiloma Humano (VPH).** Se indica la inmunización a todas las víctimas que no han sido vacunadas, en el siguiente esquema según la edad:

Esquema que según la edad

Edad	Indicación
Entre 9 y 13 años	2 dosis con intervalo de 12 meses entre ellas
Entre 14 y 26 años	3 dosis, en el esquema 0, 2 y 6 meses

iii. Profilaxis para Sífilis, Gonococo, Clamidia y Tricomona

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

Ceftriaxona		Azitromicina		Metronidazol
125 mg en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	20 mg/kg en dosis única, por vía oral (VO)	+	15mg/kg cada 8 hrs. por 7 días, por vía oral (VO)-

En caso de niños y niñas menores de 3 años, no utilizar Tinidazol, indicar Metronidazol. Administrar con alimentos. De disponerse de Tinidazol en suspensión, indicar 50 mg/Kg en dosis única por vía oral.

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

Ceftriaxona 250 mg en dosis única, por vía intramuscular (IM)	+	Azitromicina 1 gr. en dosis única, por vía oral (VO)	+	Tinidazol o Metronidazol 2 gr. en dosis única, por vía oral (VO)
---	---	---	---	---

La recomendación reciente del Centers for Disease Control and Prevention (EE.UU.) es no administrar Tinidazol ni Metronidazol durante el embarazo^{2829 30}.

Esquema combinado en niños, niñas y adolescentes alérgicas a la Penicilina

Azitromicina 20 mg/kg en dosis única, por vía oral (VO) o 2 gr. en dosis única, por vía oral (VO)	+	Tinidazol o Metronidazol 2 gr. en dosis única, por vía oral (VO) No indicar durante el embarazo
---	---	--

c) Seguimiento

El seguimiento posterior a la primera atención, debe ser realizada en la UNACESS (Unidad de Atención y Control En Salud Sexual) o en el servicio o unidad del establecimiento que defina cada red asistencial. Esta atención se orienta a la evaluación clínica y de laboratorio, para la pesquisa de ITS y debe contemplar la repetición de exámenes serológicos: VDRL, VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, según tabla:

Examen	Basal	1° Mes	3° Mes	6° Mes
VDRL/RPR	✓	✓	-	-
Serología VIH	✓	✓	✓	
Serología Hepatitis B	✓			✓
Serología Hepatitis C	✓			✓
Exámenes para indicación profilaxis con ARV	✓	✓	✓	

²⁸ Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, et al. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 1995;172(2 Pt 1):525-9.

²⁹ Piper JM, Mitchel EF, Ray WA. Prenatal use of metronidazole and birth-defects – no association. Obstet Gynecol 1993;82:348-52.

³⁰ Briggs GC, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation, 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Los exámenes de biología molecular solo se repetirán si existe clínica compatible. En el caso de agresión sexual no aguda solo se toman exámenes basales.

La consejería en VIH a víctimas de violencia sexual debe entregarse en el momento en que se entregan los exámenes realizados durante el peritaje.

En la atención en la cual se entreguen los resultados de los exámenes basales se debe informar al usuario el calendario con fecha de atenciones para dosis de vacunación y exámenes de seguimiento:

d) Calendario de atenciones

Dado la relevancia de cumplir con los exámenes y fechas de vacunaciones, se sugiere entregar un calendario de atenciones en forma personalizada, colocando en cada celda la fecha que corresponde dejando una copia en la ficha clínica.

EXÁMENES					
	VDRL/ RPR	Ag Sup Hepatitis B	Anticuerpos Hepatitis C	VIH	Exámenes para indicación profilaxis con ARV
Basal					
1er mes					
3er mes					
6to mes					

VACUNAS					
HPV			HEPATITIS B		
1° DOSIS	2° DOSIS	3° DOSIS	1° DOSIS	2° DOSIS	3° DOSIS

PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR VIH PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

1. Antecedentes

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

En el contexto de estas recomendaciones se entiende que la persona afectada requerirá profilaxis, si ha sido víctima de penetración vaginal, anal o bucal.

Al evaluar el riesgo real de infección post relación sexual involuntaria, considerar que se trata de un esquema de profilaxis en un contexto en el que su eficacia no ha sido demostrada en estudios de adecuada calidad metodológica y en el cual se usan medicamentos antiretrovirales que pueden tener reacciones adversas que, aunque generalmente no son severas, pueden alterar la calidad de vida de las personas.

El riesgo de transmisión del VIH por una exposición sexual involuntaria es bajo, por lo que se debe evaluar caso a caso el riesgo real de adquisición del VIH, incorporando el análisis de las condiciones y características en las que ocurrió la relación sexual. Para esto, se establecen niveles de riesgo definidos por la práctica sexual involucrada, a la que es necesario incorporar el análisis de los factores de riesgo adicionales.

2. Justificación

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

Las evidencias indirectas sobre los beneficios del uso de fármacos, los posibles efectos adversos, la necesidad de adherencia al tratamiento, la percepción de riesgo y las repercusiones individuales emocionales y sociales asociadas a este tema, hacen recomendable sistematizar la atención de las personas que han sufrido violencia sexual, para prevenir el riesgo de infección por VIH.

Valoración del riesgo de infección por VIH post relación sexual involuntaria³¹

	Exposición de alto riesgo	Exposición de mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
Riesgo de transmisión	1,02 – 1,86%	0,01% - 0,28%	Indeterminado
Características de la agresión	- Recepción anal con eyaculación	- Recepción o inserción vaginal - Recepción anal sin eyaculación	- Sexo oral receptivo o activo - Sexo oro-anal - Compartir juguetes sexuales

3. Factores de riesgo adicionales

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

A las características propias de la relación sexual se debe agregar a este análisis, la epidemiología local de las infecciones por VIH (a mayor prevalencia en grupos determinados, mayor es la probabilidad de infección en el agresor) y si es o no conocido el estado serológico de éste, en términos de la infección por VIH y carga viral. También se debe considerar la concurrencia de otras condiciones personales del agresor que pudieran indicar que se trata de una persona que tiene conductas de riesgo para VIH, como presencia de prácticas sexuales riesgosas (intercambio frecuente de parejas sexuales, más de una pareja sexual simultáneamente), uso de drogas, la existencia de sangrado o de menstruación durante la relación sexual, todo lo cual incrementa el riesgo de transmisión del VIH^{32 33 34}.

Es necesario evaluar si la exposición es de carácter excepcional. En caso de personas menores de 18 años con exposiciones repetidas, se deberá evaluar caso a caso y se debe informar sobre los riesgos y medidas de prevención que deben adoptarse para disminuir las posibilidades de transmisión, considerando los dos ejes fundamentales de la atención al niño, niña y adolescente víctima de violencia sexual: proteger al niño y detener la violencia.

³¹ Canadian Guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. CMAJ 2017;189(47):E1448-58.

³² Gray R, Wawer MJ, Brookmeyer R, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai, Uganda. lancet 2001;357:1149-53

³³ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. N engl J Med 2000;342:921-9

³⁴ Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic STDs and HIV: How much is really known? Sex Transm Dis 2001;28:579-97

Es importante considerar el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta, ya que los estudios disponibles sugieren que existe eficacia de la profilaxis cuando el tratamiento se inicia antes de 72 horas post exposición.

En los casos estudiados, los fracasos de la profilaxis se han atribuido al inicio tardío, la mala adherencia al tratamiento y a exposiciones repetidas al VIH³⁵.

4. Período de ventana

El tiempo que media entre la exposición y la seroconversión depende del estado de inmunidad de la persona y la sensibilidad de los exámenes serológicos utilizados. El periodo de ventana en Chile oscila en promedio entre 17 y 22 días.

En el caso de víctimas, no se deben usar los test rápidos.

5. Exámenes

a) Etapa basal

Se debe ofrecer el examen VIH basal y derivar a consejería en un plazo de 7 a 10 días, que debiera coincidir con la citación a control con el resultado de los exámenes tomados durante la pericia, con el objeto de descartar o confirmar una infección por VIH pre-existente.

En caso de haber iniciado profilaxis, se realizará una evaluación de laboratorio basal con creatinina y transaminasas.

b) Etapa de seguimiento

Se realizará el examen de VIH de control a las 4-6 semanas y a los 3 meses. Estos exámenes de seguimiento tienen por objeto descartar o confirmar que la agresión sexual tuvo o no como consecuencia una infección por VIH.

Se realizará también una evaluación clínica y seguimiento con exámenes de creatinina y transaminasa a las 4-6 semanas y a los 3 meses para evaluar posibles efectos secundarios del tratamiento.

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

³⁵ Roland Me, Neilands TB, Krone MR, Katz MH, Franses K, Grant RM, et al. Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. Clin Infect Dis 2005; 41:1507-1513.

**Recomendaciones, según características de la exposición
en relaciones sexuales involuntarias**

Exposición de alto riesgo	Exposición de mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consejería • Ofrecer examen VIH basal al consultante • Recomendar profilaxis medicamentosa • Proporcionar fármacos • Realizar seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consejería • Ofrecer examen VIH basal al consultante • Recomendar profilaxis medicamentosa • Proporcionar fármacos • Realizar seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a consejería • Ofrecer examen VIH basal al consultante • No indicar tratamiento farmacológico

6. Esquema de profilaxis

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

Adolescentes mayores de 15 años

Base del esquema	Dosis
Tenofovir 300 mg / Lamivudina 300 mg/ Dolutegravir 50 mg (coformulado)	1 comp al día

En caso de mujeres en edad fértil, con sospecha de embarazo, o cursando embarazo en primer trimestre, los esquemas sugeridos son:

Base del esquema	Dosis	3er ARV	Dosis
Tenofovir 300 mg/ Emtricitabina 200 mg (coformulado)	1 comp cada 24 horas	Raltegravir 400 mg cada 12 horas o	1 cada 12 horas
Tenofovir 300 mg/ Emtricitabina 200 mg (coformulado)	1 comp cada 24 horas	Darunavir 400 mg + Ritonavir 100 mg	2 comprimidos de Darunavir 400 mg junto a 1 comprimido de Ritonavir 100 mg cada 24 horas

En caso de contraindicación a Tenofovir, deberá indicarse Zidovudina/Lamivudina + Dolutegravir o Raltegravir o Darunavir/Ritonavir

En el caso excepcional, de disponer de información del agresor como fuente positiva para VIH con resistencia conocida a algún antiretroviral, se iniciará tratamiento estándar mientras el infectólogo decide esquema definitivo.

Niños, niñas y adolescentes menores de 15 años

Base del esquema	Dosis
Zidovudina 50 mg/5 ml	240 mg/m ² dosis/ cada 12 horas
Lamivudina 10 mg/ml	5 mg/kg cada 12 horas

Sólo en casos de exposición de alto riesgo agregar como 3° ARV Raltegravir 8 mg/kg/ dosis cada 12 hrs.

El tratamiento profiláctico se indicará por 30 días.

En el caso excepcional, en que se dispusiera de un examen de VIH negativo del agresor, la profilaxis podrá ser suspendida en la víctima.

7. Consejería

La Consejería es un proceso individual, destinado a conocer a la persona expuesta los posibles riesgos de la exposición, las alternativas existentes para la prevención de VIH y la necesidad de seguimiento.

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

La recomendación es derivar a consejería con posterioridad a la primera atención.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA^{36 37 38}

La probabilidad de embarazo espontáneo después de una relación sexual sin protección, varía según el día del ciclo menstrual en que ocurre: 15% si ocurre 3 días antes de la ovulación, 30% si ocurre 2 días antes, 12% si ocurre en el día de la ovulación y cercano al 0% si ocurre después de la ovulación³⁹.

Si la víctima está en etapa reproductiva, tiene derecho a ser informada de manera adecuada, que existe una forma efectiva y segura de prevenir un embarazo no deseado como producto de la agresión aguda, para que decida libremente si la utiliza o no.

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

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

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

Mecanismo de acción: Depende de la fase del ciclo en que se use la AE. Puede inhibir la ovulación, alterar el moco cervical, alterar el transporte de gametos e inhibir la

³⁶ Croxatto, H.B., Devoto, I., Durand, M. et. al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*, 2001, 63:111.

³⁷ Raymond, e.g., lovely, I.P., Chen-Mok, M. et. al. effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial activity. *Hum. Reprod.* 2000, 15:2355

³⁸ World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd edition, WHO, geneva, 2000.

³⁹ Allen J. Wilcox et al. likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001. Vol 63; 4: 211-215.

fecundación. No inhibe la implantación. Los preparados usados no son efectivos si ya se ha producido la fecundación. Por lo tanto, no son abortivos.

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

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

Cabe indicar que las niñas y adolescentes pueden acceder a la anticoncepción de emergencia sin requerir la autorización de un/a adulto/a. Sólo en los casos de niñas menores de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la niña o al/a adulto/a responsable que ella señale (artículo 2 de la Ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad).

DERIVACIÓN INTERDISCIPLINARIA

La derivación a alguna de las múltiples especialidades se realizará de acuerdo a cada caso particular y de su disponibilidad en la Red de Salud. La derivación debe ser personalizada, informando y explicando las características de la atención que recibirá, y asegurando un seguimiento asistido.

Cabe recordar que el apoyo y contención psicológica constituye un pilar fundamental de la atención de salud. Asegurar el acceso a resignificar la situación de violencia vivida por el niño, niña o adolescente, debe ser un objetivo inmediato o en el mediano plazo. Mientras tanto se deben generar redes de soporte, contención en crisis y de protección.

INFORME PERICIAL

En conformidad a los incisos 2° del Art. 198 del Código Procesal Penal, se levantará acta, en duplicado, del reconocimiento y de los exámenes realizados, la que será suscrita por el jefe del establecimiento o de la respectiva sección y por los profesionales que los hubieren practicado. En el caso del Servicio Médico Legal, será suscrito por el/la médico/a que realizó el examen.

El informe médico-legal será remitido a la fiscalía correspondiente, y en su oportunidad, un informe complementario con los resultados de las muestras recolectadas y registros fotográficos.

El acta de realización de examen será entregada a la persona que hubiere sido sometida al reconocimiento, o a quien la tuviere bajo su cuidado, quedando una copia para la institución.

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

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

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

1. Integridad de las muestras

Los componentes clave del manejo adecuado de las pruebas son:

- Colocación de artículos en contenedores apropiados
- Etiquetado de cada uno de los recipientes
- Sellado de los contenedores
- Almacenamiento de las pruebas en una zona apropiada y segura
- Iniciar y mantener la cadena de custodia
- Traslado de las muestras, según indicaciones del/a fiscal

a) Tipos de contenedores

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

Existe un set predeterminado que incluye diferentes tipos de contenedores: sobres de papel, sobre tipo saco, sobres de plástico, pliego de papel kraft, hojas y rollo de papel liso, delgado y no absorbente (volantín o seda blanca, kraft delgado u otro similar).

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

b) Etiquetado de los contenedores

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

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

Si no se envían todos los antecedentes necesarios o van incompletos, se incluyen muestras mal tomadas, mal rotuladas o que de alguna manera no se ajusten a los protocolos establecidos, se pierden pues no pueden ser procesadas como muestras de carácter forense.

c) Sellado de contenedores

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

Los tubos tipo Falcon y todo frasco con tapa rosca, deben sellarse en el contorno de la tapa con un sello expandible, tipo papel parafilm, para que no se derrame su contenido.

d) Almacenamiento de pruebas en un área segura

Las muestras deben ser mantenidas en custodia en un lugar seguro, cuando no puedan ser enviadas de inmediato al lugar de destino. Puede ser un mueble o un refrigerador, según el tipo de muestra y que cuente con control de temperatura y llave de seguridad.

e) Mantención la cadena de custodia en dispositivos de salud

La cadena de custodia es un procedimiento que tiene el propósito de garantizar la integridad, conservación e inalterabilidad de los elementos materiales de prueba, desde el momento que son encontrados en el sitio del suceso o levantados desde una persona, hasta que son incorporados como prueba en un tribunal. Garantiza la correspondencia unívoca de las muestras o evidencias y da cuenta de la trazabilidad de éstas. Permite asegurar que los resultados periciales son los que corresponden a la evidencia asociada a un determinado delito.

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

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

f) Traslado de la muestra

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

Si se trata de muestra no corporal, una vez levantada por el/la médico/a o parte del equipo de salud, ésta será entregada en el menor tiempo posible al funcionario que disponga el/la fiscal, dejando registro de la entrega en el formulario de cadena de custodia y en el Libro de Registro de Cadena de Custodia de la Unidad respectiva.

Si se trata de una muestra corporal o biológica, puede existir una custodia transitoria de la misma. Luego de su levantamiento, el/la médico/a la entregará al funcionario designado para que la traslade al lugar reservado para este fin. Ese lugar deberá poseer las condiciones necesarias para mantener la integridad y seguridad de la/s muestra/s que allí se guarde/n (refrigerador con control de temperatura y llave).

El funcionario a cargo de la custodia transitoria, deberá consignar todos los datos que correspondan en el eslabón respectivo y firmar en señal de su recepción. Se debe dejar también registro en el Libro de Registro de Cadena de Custodia respectivo, que da cuenta donde se encuentra dicha evidencia mientras se mantenga dentro de la Unidad o dispositivo.

Es importante señalar la relevancia de registrar el ingreso de la evidencia a la custodia transitoria, en el “Libro de Registro de Cadena de Custodia”, que constituye un registro interno para tales efectos, El mismo procedimiento se realizará ante la salida de la evidencia, sin perjuicio de las anotaciones que corresponda realizar en el formulario de cadena de custodia.

g) Traslado de la muestra a fiscalía o a organismos especializados por instrucciones del/a fiscal

Este traslado se debe realizar por instrucciones del/a fiscal hacia el lugar que este determine.

La persona que traslade la evidencia deberá consignar los datos que se le solicitan y firmar el formulario de cadena de custodia en señal de su recepción, manteniendo esta responsabilidad hasta su entrega.

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

2. Documentación fotográfica

El asentimiento del niño, niña o adolescente para tomar fotografías, se debe solicitar antes de iniciar el examen. Es fundamental explicar a la víctima que el propósito de éstas es documentar las lesiones, y que éstas son parte de la investigación y que podrán ser utilizadas en un juicio oral. Se debe informar que podría ser necesario fotografías de seguimiento.

Las fotografías se toman en cualquier momento durante el examen médico-forense, según los hallazgos que requieran ser documentados, y es recomendable que las tome el/la propio/a examinador/a o el/la fotógrafo/a forense en el caso del Servicio Médico Legal.

Se debe tomar también una fotografía de la cara de la víctima para crear un vínculo de pertenencia con la/s muestra/s recogidas.

Identifique la fotografía con las iniciales de la persona, RUC del caso (si se conoce), fecha y hora del examen. Es importante usar el testigo métrico para establecer y señalar el tamaño de las lesiones.

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

3. Conclusión del informe médico legal

Terminado el examen clínico-forense y toma de muestra para laboratorio (incluyendo ropas de la víctima o del agresor), se deberán describir en el informe pericial las lesiones corporales propias del ejercicio de violencia sexual u otras lesiones que se encuentren, ya sean genitales o extra genitales. Es importante que la conclusión del peritaje dé cuenta de manera precisa de todos los hallazgos.

La conclusión del examen médico-legal debe considerar:

- Referencia a la existencia o no de lesiones, y realizar un pronóstico médico legal de ellas (estimación en término de tiempo/días de curación de las lesiones).
- Concordancia o no de las lesiones con la información con la que se contó al momento de la evaluación.

- Exámenes de laboratorio solicitados, de los cuales deben enviarse posteriormente los resultados.

El/la médico/a **no afirma la comisión de los hechos denunciados ni le otorga una calificación jurídica** (por ejemplo, violación o abuso sexual), pero su descripción forense y sus conclusiones deben dar una orientación al respecto.

Asimismo, **no es su función recomendar la realización de evaluaciones psicológicas**, puesto que esa es una decisión del/a fiscal, según las características de cada caso.