

Protocolo para la atención integral de víctimas de **violaciones sexuales**

*Instructivo
para equipos de salud*



PROGRAMA NACIONAL DE
SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE



Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

Aclaración sobre Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales

El presente Protocolo se encuentra en proceso de revisión y actualización. Sobre la siguiente edición impresa, correspondiente al año 2015, se presenta un esquema para el tratamiento antirretroviral vigente desde el 11 de marzo de 2019.

Las modificaciones actualizadas del esquema que en este protocolo se encuentran en las tablas 5 y 6 de la página 27, y aparecen con una etiqueta autoadhesiva en la aficheta, responden a Recomendaciones de Profilaxis Post Exposición (PPE) de la Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y Tuberculosis del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

PROFILAXIS POST -EXPOSICIÓN PARA ITS PARA PERSONAS ADULTAS

Inicio y duración: Comenzar tan pronto como sea posible, hasta antes de un máximo de 72 horas. Se indicará por un período máximo de 28 días o hasta descartar que la fuente sea VIH negativa. Si la persona concurre luego de las 72 horas de la exposición se recomienda el control clínico y repetir el test de VIH a las 4 a 6 semanas, o antes en caso de síntomas sugestivos de infección aguda por VIH (fiebre, diarrea, adenopatías, rash, etcétera). Es necesario garantizar el seguimiento clínico y de laboratorio según recomendaciones.

Esquema de elección de PPE

Preferido: Tenofovir DF 300 mg/ Emtricitabina 200 mg ó Tenofovir DF / Lamivudina 300 mg cada 24 horas (de elección)
Alternativo: Zidovudina 300 mg / lamivudina 150 mg cada 12 horas (sólo en caso de contraindicación para recibir Tenofovir DF, por ejemplo filtrado glomerular menor a 60 ml/min)

+

Preferido: Dolutegravir 50 mg cada 24 horas*
Alternativo: Darunavir 800 mg / Ritonavir 100 mg cada 24 horas. En caso de no poder recibir dolutegravir ni darunavir o ritonavir: Raltegravir 400 mg cada 12 horas.

*Nota: El uso de dolutegravir se considera una opción segura en personas con capacidad de gestar si existe certeza razonable de que no está embarazada. (si emplea un método anticonceptivo efectivo y/o haya recibido anticoncepción de emergencia dentro de las 24 horas del evento).

TAMBIÉN SE ACTUALIZAN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

Monitoreo

Se indique o no profilaxis post exposición, deberá realizarse diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y seguimiento durante y posterior a la indicación del tratamiento hasta descartarse o confirmarse la aparición de alguna infección relacionada al evento.

Interacciones

Valorar al indicar PPE la presencia de interacciones severas especialmente cuando se indiquen esquemas que contengan ritonavir (<http://www.interaccionesvih.com/>) y notificar al/a la paciente.

PROFILAXIS POST- EXPOSICIÓN SEXUAL (PPE) PARA ITS PARA NIÑAS Y NIÑOS

Ceftriaxona IM (dosis única) o cefixime V.O (dosis única) + azitromicina (dosis única) + metronidazol (dosis única).

Inicio de PPE para VIH: Hasta 72 hs del Abuso Sexual Infante Juvenil (ASIJ) con asesoramiento:

Duración: 28 días.

Niños y niñas que no toman comprimidos:

AZT+3TC+ Lopinavir-ritonavir jbe.

<de 12 años que toman comprimidos:

AZT+3TC+lopinavir/ritonavir compr.

>de 12 años:

Tenofovir 300mg/emtricitabina 200mg o

Tenofovir 300mg/lamivudina 300mg cada 24 hs o

Darunavir 800mg/ritonavir 100mg cada 24 hs.

Droga	Dosis y esquema de administración
AZT (zidovudina)	180 a 240 mg/m ² cada 12 hs o 4-9 kg: 12 mg/kg cada 12 hs 9-30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs >30 kg: 300 mg cada 12 hs
3TC (lamivudina)	4 mg/kg (máximo 150 mg) cada 12 hs u 8 mg/kg en 1 dosis diaria
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	14 días-12 meses: 16 mg LPV/kg cada 12 hs >12 meses: < 15 kg: 13 mg/kg cada 12 hs 15-45 kg : 11 mg/kg cada 12 hs >18 años: 400 mg cada 12 hs
Emtricitabina (FTC)	De 3 meses a 17 años: 6 mg/k (máximo 240mg) cada 24 hs Niños >30 kg: 200 mg cada 24 hs
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	Dosis según peso, cada 12 hs: 15-30 Kg : 375 mg DRV/100 mg Rtv 30-40 Kg: 450 mg DRV/ 100 mg Rtv > 40 Kg: 600 mg DRV/ 100 mg Rtv

Tanto para personas adultas como para niñas

VACUNAS Y /O GAMA-GLOBULINA PARA HEPATITIS B: se aplicará si no se constata esquema completo de vacunación.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

TEST DE EMBARAZO: en caso de ser positivo, se asesorará sobre ILE. (no requiere de autorización judicial)

OTRAS ACLARACIONES: Es necesario tener en cuenta que, a partir de la vigencia del Código Civil y Comercial desde agosto de 2015, para considerar el principio de autonomía progresiva de una persona se tendrá en cuenta que sea menor o mayor de 13 años (en lugar de 14 años).

También es necesario tener presente que, en relación a los casos de abuso sexual contra personas menores de 18 años, es necesario informar a los organismos de protección de derechos (art. 9, Ley 26061) para que, según la modificación del art. 72 del CPN, se inicie de oficio la denuncia penal.

Por otra parte, se encuentra en proceso de actualización lo indicado en la aficheta y en la Tabla 2 de la página 25 sobre el Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo. También se encuentra en proceso de actualización lo indicado en la Tabla 3 de la página 26 sobre el Procedimiento medicamentoso con mifepristona- misoprostol.

Para obtener más información, por favor consultar o al Jefe de Programa de su Jurisdicción. También puede obtener información en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusosexualanexomedico_digital_nov2018.pdf <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones>

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Salud Comunitaria

Dr. Nicolás Kreplak

**Subsecretaria de Medicina Comunitaria,
Maternidad e Infancia**

Dra. Sabrina Balaña De Caro

**Coordinadora del Programa Nacional de
Salud Sexual y Procreación Responsable**

Dra. Adriana Álvarez

Abril 2015

El presente "Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud" es una versión revisada y actualizada del "Protocolo para la atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud" publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2011. Para esta 2.ª edición se actualizó la información médica, bioética y legal.

1.ª edición: agosto, 2011

Por el PNSSyPR participaron: áreas de Insumos, Legales, Capacitación y Comunicación

Por la Dirección de Sida y ETS participaron: Silvina Vulcano, Adriana Durán y Carlos Falistocco

Elaboración: Silvia Chejter

Abordaje médico: María Laura Díaz y Viviana Beguiristain

Revisión médica: Carlos Falistocco y Belén Provenzano

Revisión legal: Lourdes Bascary y Tomás Ojea Quintana

También participó: Micaela Bazzano

Edición: Eva Amorín

Colaboración: Noelia López y Gabriela Trunzo

Diseño: Alejandro Jobad

2.ª edición revisada y actualizada: noviembre, 2014

Por el PNSSyPR participaron: Adriana Álvarez, Noelia López, Belén Provenzano y Agustina Ramos Mejía

Por la Dirección de Sida y ETS participaron: Carlos A. Falistocco, Emiliano Bissio y Silvina Vulcano

Elaboración: Silvia Chejter

Actualización médica: Carlos Falistocco, María Laura Díaz y Belén Provenzano

Actualización legal y bioética: Soledad Deza y Julieta Arosteguy

Edición y corrección: Eva Amorín y Silvina García Guevara

Producción fotográfica: Noelia López y Nicolás Linares

Fotos: Santiago Corsetti

Diseño: Alejandro Jobad

Las fotografías que ilustran este Protocolo fueron tomadas en el Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se agradece especialmente la predisposición y colaboración del equipo de violencia sexual (EVAS): Guardia Tocoginecológica y de Pediatría; Servicio Social, Salud Mental, Infectología y Farmacia. Estas fotografías no pueden utilizarse en un contexto diferente a la difusión del presente Protocolo.

Dirección Nacional de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

Av. de 9 de Julio 1925, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfonos: (54 11) 4379 9000

Correo electrónico: dirproment@msal.gov.ar - Web: <http://www.msal.gov.ar/sida/>

Línea 0800 Pregunte Sida: 0800 3333 444

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Av. Rivadavia 875, piso 7, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfonos: (54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar - Web: www.msal.gov.ar/saludsexual

Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

El presente Protocolo es de aplicación obligatoria en todos los contextos y debe ser seguido tanto por instituciones públicas como privadas.

Las personas que cuentan con obras sociales y prepagas médicas deben ser atendidas en la primera institución a la que concurran a solicitar asistencia. Los procedimientos establecidos en este Protocolo son de actuación en la urgencia y no pueden quedar supeditados a una derivación.

ÍNDICE

Prólogo	7
----------------	---

Políticas sanitarias ante las violaciones sexuales

1. Marco conceptual	10
1.1. Violación, abusos sexuales y violencia de género	10
1.2. Dimensión cuantitativa	11
1.3. Daños y consecuencias de las violaciones	11
1.4. Revictimización: la responsabilidad profesional	12
2. Marco legal	13
2.1. Código Penal: delitos contra la integridad sexual	13
2.2. La Ley 26.485 y el Protocolo de atención a víctimas de violaciones sexuales	13
2.3. Fallo de la Corte Suprema: abortos no punibles en casos de violación	14
2.3.1. Requisitos para la interrupción legal del embarazo	15
2.4. La Ley 26.529 y el derecho a la información	15

Atención hospitalaria a víctimas de violaciones

1. Población foco	18
2. Organización del servicio de salud	18
2.1. Flujo de atención hospitalaria	19
3. Abordaje médico	20
3.1. Recepción	20
3.2. Exámenes de Laboratorio	20
3.2.1. Estudio cito-bacteriológico	20
3.2.2. Análisis de sangre basales	20
3.3. Tratamientos: lesiones, anticoncepción y profilaxis de VIH y otras infecciones de transmisión sexual	22
3.3.1. Tratamiento de lesiones corporales y genitales	22
3.3.2. Anticoncepción de emergencia	22
3.3.3. Embarazo producto de una violación	22
3.3.4. Prevención del VIH: tratamiento antirretroviral: adulta/os, niñas/os	26
3.3.5. Profilaxis de otras ITS: adultas/os, niñas/os	28
3.4. Vacunación	28
3.5. Indicaciones de alta	29
3.6. Controles médicos	29
3.7. Obtención y conservación de pruebas	29
3.8. Objetivos de la intervención	30
3.9. Abordaje psicológico y social	31
3.10. Obligaciones médico - legales	32
3.10.1. Responsabilidades civiles y penales del efector de salud	32
3.10.2. Responsabilidad de denunciar	32
3.11. La denuncia	33
3.11.1. Dónde y cómo denunciar	33

Anexo

Historia Clínica	
Víctima de agresión sexual	36
Consentimiento informado	
Estudios serológicos	39
Consentimiento informado	
Tratamiento antirretroviral	40
Declaración jurada	
Víctima de delito contra la integridad sexual	
Embarazo producto de una violación	42
Solicitud y consentimiento informado	
Interrupción legal del embarazo / aborto no punible	43

Bibliografía

46

Prólogo

El *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud*, está diseñado para que las instituciones y los equipos de salud dispongan de una herramienta de trabajo orientada a garantizar el acceso y la atención de calidad de todas las personas víctimas de violaciones sexuales.

Las violaciones son una de las expresiones de la violencia sexual, que incluye también la trata de personas y toda forma de explotación sexual, el acoso sexual y el abuso incestuoso. Estos, a su vez, son hechos que se enmarcan dentro del concepto más amplio de violencia de género, que remite a actos de fuerza o coerción con la intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género.

Una violación es siempre una experiencia de fuerte impacto en la vida de una persona. Puede afectar todas las esferas de su vida: su integridad física y emocional; su integridad y libertad sexual; la armonía de su vida social, familiar y laboral; los intereses patrimoniales; el sentido de dignidad, de libertad personal y de justicia, entre otros.

El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las personas víctimas de violencia sexual, y puede desarrollar estrategias que reduzcan los daños asociados a las violaciones. En este sentido, los efectores sanitarios tienen un objetivo prioritario: la atención médica y psicosocial de las víctimas, con respeto por su autonomía, y garantía de su privacidad y confidencialidad. Asimismo, pueden acompañar objetivos complementarios, políticos y estratégicos, como el reconocimiento social e institucional, avalado por la salud pública, que merece la violencia sexual.

El protocolo presenta recomendaciones para el proceso de atención de las personas víctimas de violaciones sexuales, desde la recepción de la/el usuaria/o, el aseguramiento de insumos, el abordaje integral de la salud para el tratamiento de las lesiones, la anticoncepción, la profilaxis de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y la vacunación; hasta el cumplimiento de las obligaciones médico legales por parte de las instituciones de salud, sus directivos y todo el personal médico y no médico.

Contar con una herramienta que promueva una atención de calidad es central para que cada institución de salud y cada equipo de trabajo se apropie de ella en función de su estructura y contexto local, para avanzar en el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, y de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.



Dra. Adriana Álvarez
Coordinadora del Programa Nacional
de Salud Sexual y Procreación Responsable

Políticas sanitarias ante las violaciones sexuales

1. MARCO CONCEPTUAL

Las violaciones sexuales son un problema social que plantea desafíos teóricos y prácticos, tanto a las instituciones de salud como a otros organismos, y a la sociedad en su conjunto. Dada su complejidad, la respuesta requiere políticas y estrategias integrales, y la complementariedad de los distintos sectores que tienen competencia y responsabilidad en el problema.

El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual y es quien puede desarrollar estrategias que reduzcan los daños asociados a las violaciones.

Su rol deriva de la constatación de que algunas de las consecuencias más frecuentes de las violaciones son los daños a la integridad física y, sobre todo, a la integridad y a la salud psíquica, sexual y reproductiva.

Los efectores sanitarios deben responder a un objetivo prioritario: la atención médica y psicosocial de las víctimas, con respeto por su autonomía, y garantía de su privacidad y confidencialidad. Asimismo, contemplar objetivos complementarios, políticos y estratégicos, como el reconocimiento social e institucional, avalado por la salud pública, que merece la violencia sexual. Esto facilita el pedido de ayuda y pone al alcance de las víctimas un dispositivo conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad, como es el hospital.

Cuando el sistema de salud brinda una respuesta de calidad sanitaria y en los plazos apropiados a quien sufrió un abuso sexual o una violación, se constituye en favorecedor de la construcción de ciudadanía mediante la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Su rol es clave porque:

- **Dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violaciones**, principalmente el de embarazos no deseados y la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). A esto se suma la capacidad del sistema de salud para realizar abortos no punibles en embarazos producto de violaciones.
- **Cuenta con profesionales de las más diversas disciplinas**, quienes con la adecuada capacitación pueden contribuir al abordaje integral del problema.
- **Logra una amplia llegada a la comunidad, incluso a sectores aislados**, por su estructura descentralizada y en red. Con las particularidades propias de las distintas provincias y sus distritos, incluye hospitales zonales, generales y materno infantiles, áreas programáticas, centros de salud y salas de salud barriales. Esto permite llevar a cabo estrategias de atención primaria, como acercar información, promover la concientización y realizar una detección precoz de los problemas de violencia en cada comunidad.

El sistema de salud enfrenta todavía desafíos no del todo resueltos, como protocolizar la atención, unificar los cuidados médicos y el examen médico forense, asegurar la disponibilidad de insumos e implementar registros.

1.1. VIOLACIÓN, ABUSOS SEXUALES Y VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia sexual abarca una multiplicidad de modalidades. Son prácticas sexuales impuestas por una o varias personas a otra por medio de la fuerza física, el uso de armas u otras formas de intimidación –amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza–, o el aprovechamiento de situaciones en las que la víctima no puede consentir libremente.

La agresión sexual puede ocurrir tanto en el ámbito doméstico (la propia casa o las de familiares o amigos) como en el público (la calle, el trabajo, el club, la iglesia, la escuela u otras instituciones públicas y privadas). Puede ser ejercida por una sola persona o por varias, y provenir de familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo, otros allegados o extraños. Comprende tanto un episodio aislado como situaciones reiteradas.

Las violaciones son una de las expresiones de la violencia sexual, que incluye también la trata de personas y toda forma de explotación sexual, el acoso sexual y el abuso incestuoso. A su vez, todos estos conceptos deben ser comprendidos dentro del concepto más amplio de **violencia de género**, que remite a actos de fuerza o coerción con la intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género.

La violencia sexual, en cualquiera de sus formas, es una “intromisión en la vida sexual que, además de anular el derecho a tomar libremente las decisiones respecto de con quien tener relaciones sexuales, conlleva la completa pérdida del control sobre las decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas” (Bergallo y González Vélez, 2012).

MUJERES Y NIÑAS

Las víctimas de violación, en la mayoría de los casos, son las mujeres y las niñas. La violación es una de las formas de violencia de género más extendidas e invisibilizadas.

1.2. DIMENSIÓN CUANTITATIVA

Si bien en la Argentina no se han desarrollado estudios específicos sobre incidencia y prevalencia de delitos contra la integridad sexual, las cifras de denuncias realizadas son suficientemente elocuentes acerca de su magnitud. Especialmente, si se tiene en cuenta que expresan una parte muy pequeña de la realidad, ya que la mayoría de las víctimas prefiere no denunciar ese tipo de delitos debido a diversos factores.

Por un lado, porque la mayor parte de las violaciones y los abusos sexuales tienen lugar en el ámbito familiar, en el círculo de amigos o en el trabajo, y son perpetrados por personas cercanas o conocidas.

Por otra parte, incluso cuando se trata de ataques de desconocidos, el entorno genera un clima de vergüenza y culpa que pueden inhibir a la víctima de denunciar. En otros casos prevalece el temor a padecer futuras represalias o una escalada mayor de violencia si la situación toma estado público.

Según el informe de política criminal del Ministerio de Derechos Humanos y Justicia de 2012, las agresiones sexuales son, en importancia, el cuarto delito del país, detrás de robo o tentativa de robo, homicidios dolosos e infracciones a la ley de estupefacientes 23.737 (SNEEP, 2012: 23).

1.3. DAÑOS Y CONSECUENCIAS DE LAS VIOLACIONES

Las consecuencias de los abusos sexuales y las violaciones dependen de varios factores, como la gravedad del hecho en sí mismo, la edad, características y experiencias previas de la víctima, las respuestas del entorno, la posibilidad de encontrar ayuda adecuada, y los factores de autoafirmación y resistencia que haya podido ejercer en el momento de la agresión y en los días siguientes.

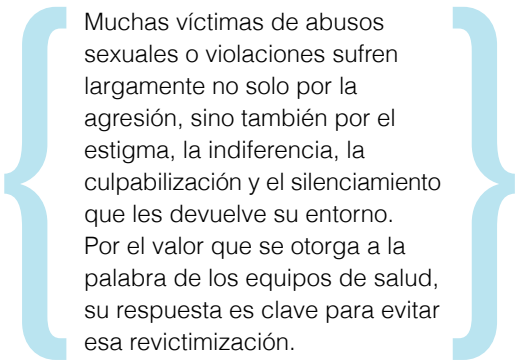
A esto se suman, en muchos casos, factores de vulnerabilidad asociados a pertenecer a algún

grupo especialmente estigmatizado; por ejemplo, las personas trans.

No existe un único patrón para evaluar las posibles consecuencias inmediatas y a mediano plazo de las violaciones.

Se puede afirmar, sin embargo, que más allá de las diferencias individuales, la violación es siempre una experiencia de fuerte impacto en la vida de una persona.

También, que puede afectar todas las esferas de su vida: su integridad física y emocional; su integridad y libertad sexual; la armonía de su vida social, familiar y laboral; los intereses patrimoniales; el sentido de dignidad, de libertad personal y de justicia, entre otros.



Muchas víctimas de abusos sexuales o violaciones sufren largamente no solo por la agresión, sino también por el estigma, la indiferencia, la culpabilización y el silenciamiento que les devuelve su entorno. Por el valor que se otorga a la palabra de los equipos de salud, su respuesta es clave para evitar esa revictimización.

1.4. REVICTIMIZACIÓN: LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En algunos casos se produce, por parte de las instituciones, una auténtica revictimización. Esta práctica está definida en el Decreto Reglamentario de la Ley 26.485 como el someter a la víctima a demoras, derivaciones no referenciadas o consultas innecesarias, pedirle que vuelva a contar lo que sucedió, preguntarle cuestiones referidas a sus antecedentes o conductas no vinculadas a esa agresión puntual, solicitar pruebas para la atención sanitaria o someterla a exámenes físicos reiterados e innecesarios (Decreto Reglamentario 1011/2010, art. 3, inc. k).

El daño o revictimización se produce también cuando la persona es estigmatizada por su orientación sexual, identidad de género o modo de vida, cuando se viola su privacidad o cuando el acceso a una atención adecuada queda condicionada a su edad, nacionalidad, condición marital, étnica, social, cultural, económica o de cualquier otro tipo.

Algunas veces, los equipos de salud interpretan la demora en buscar atención, el silencio, la falta de huellas físicas o la negativa a realizar una denuncia como el consentimiento de la víctima hacia la situación que vivió. En realidad, es necesario comprender que, por estar involucrada la sexualidad, porque los agresores son conocidos o hay amenazas, no siempre se explicita el motivo de la consulta. Las características de los abusos sexuales y las violaciones llevan a que a las personas les resulte difícil tomar la decisión de pedir ayuda.

La primera obligación de las/los profesionales de la salud es garantizar el acceso a la atención de toda persona que se encuentra bajo su cuidado. Una rápida atención médica y psicológica reduce los riesgos para la salud física y mental de las víctimas de violación.



ACOMPañAMIENTO INTEGRAL

La atención de la violencia sexual no puede escindirse de un acompañamiento integral de la violencia de género que contribuya a desarrollar las condiciones psicológicas, económicas, laborales, familiares y habitacionales indispensables para afrontar la situación, más allá del hecho puntual de abuso o violación.

2. MARCO LEGAL

El compromiso del Estado en la atención a las víctimas de violaciones sexuales se enmarca en obligaciones internacionales asumidas en la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” (conocida como Convención de Belém do Pará), suscripta en 1994 y aprobada y ratificada en nuestro país en 1996 mediante la Ley 24.632. A partir de esta fecha se sancionaron otras leyes para adecuar las políticas públicas a este marco.

2.1. CÓDIGO PENAL: DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD SEXUAL

En abril de 1999 se modificó el capítulo del Código Penal que concierne a los delitos contra la integridad sexual, entre los que se incluyen las violaciones y los abusos sexuales. Un cambio relevante es la modificación del bien tutelado: antes eran considerados “delitos contra la honestidad” y ahora se los define como delitos contra la integridad sexual de las personas.

El nuevo texto distingue:

- **Acceso carnal por cualquier vía**, es decir que comprende no solo el vaginal, sino también el anal y el oral.
- **Abuso sexual calificado**, que implica prácticas que, aunque no sean de coito, son gravemente ultrajantes, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o de masturbar al agresor, y otros actos sádicos.
- **Abuso sexual**, que incluye actos como manoseos o contacto con los genitales.

Tanto antes como después de la reforma se entiende que pueden ser denunciados agresores conocidos, allegados, familiares, o desconocidos. El Código Penal establece penas más severas cuando existe relación de parentesco consanguíneo.

Si bien la nueva normativa no menciona de modo expreso la violación marital, esta situación puede entenderse como una violación en el marco de la definición de “relaciones de dependencia, de autoridad o de poder”.

La nueva formulación del Código desplaza la idea anterior de “no haber podido ejercer suficiente resistencia” por la concepción más cercana a las situaciones reales de las violaciones, de no haber podido consentir libremente. Esto refleja mejor la realidad de muchas violaciones o abusos, en las cuales no necesariamente hubo fuerza física que dejara marcas, sino que se trató de situaciones en las que existía un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza.

2.2. LA LEY 26.485 Y EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES

Sancionada en 2009, la Ley 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” define como **violencia hacia las mujeres** a “toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica, o patrimonial, como así también su seguridad personal” (art. 4). Esta normativa se enmarca en un enfoque de género y de derechos humanos.

Asimismo, en su art. 11, inc. 4 c, establece como responsabilidad del Ministerio de Salud de la Na-

ción: “Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios”.

2.3. FALLO DE LA CORTE SUPREMA: ABORTOS NO PUNIBLES EN CASOS DE VIOLACIÓN

Toda mujer que curse un embarazo producto de una violación tiene derecho a acceder a un aborto no punible. Así lo establece el art. 86, inc. 2, del Código Penal, de acuerdo con la interpretación de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el fallo “F., A. L. s/medida autosatisfactiva”, de marzo de 2012, donde indicó que en caso de violación la prestación médica es “legal en tanto que despenalizada” (CSJN, 2012: 25).

En este Protocolo se utilizan en forma indistinta los conceptos **“aborto no punible”** (ANP) e **“interrupción legal del embarazo”** (ILE), ya que en el Código Penal se lo llama ANP y en los nuevos marcos conceptuales se utiliza ILE.

El fallo “F., A.L.” deja en claro que interrumpir un embarazo en esas circunstancias es una elección legalmente válida y moralmente legítima para cualquier mujer, independientemente de su edad o de sus competencias y capacidades mentales. La CSJN reconoció que pretender que una víctima de violación lleve adelante un embarazo producto del hecho, implica **“sacrificios de envergadura imposible de conmensurar”** (CSJN, 2012: 16) y es **violatorio de su dignidad**.

LINEAMIENTOS CLAROS

Dado que este Protocolo sirve de guía para la atención de las víctimas de violaciones hasta seis meses después de ocurrido el hecho, el pronunciamiento de la CSJN adquiere relevancia porque establece lineamientos normativos claros para la atención sanitaria de la solicitud de interrupción legal de un embarazo producto de una violación.

Al ser el Estado garante de la administración de la salud pública, la Corte estableció que todas las prácticas médicas inherentes a la atención de la violencia sexual deben estar disponibles para las víctimas en los efectores de salud: atención interdisciplinaria que involucre la contención psicológica de la víctima, profilaxis contra VIH y otras ITS, anticoncepción de emergencia y acceso a la interrupción legal del embarazo.

La existencia de profesionales que objeten alguna de estas prácticas no exime a las instituciones de salud de la obligación de brindar una atención integral del aborto segura, permanente, continua y accesible, de tal modo que se garantice a las mujeres el acceso a la salud y el respeto por sus derechos.

2.3.1. Requisitos para la interrupción legal del embarazo

Cuando el embarazo es producto de una violación, de acuerdo con el fallo de la CSJN, los requisitos legales para realizar el aborto son:

- La/el médica/o tratante debe solicitar a la mujer que realice una declaración jurada en la que manifieste haber sido víctima de una violación (ver modelo en el Anexo, pág. 42).
- En casos de personas menores de 14 años y personas declaradas judicialmente incapaces, deben firmar la mujer y su representante legal.
- En ningún caso corresponde pedir otro tipo de constancia, documentación o información, ni realizar gestión alguna ante otras personas o instituciones.

En ningún caso es requisito la denuncia policial o judicial para realizar una interrupción legal del embarazo a una mujer violada. Solo se requiere su declaración jurada ante la/el médica/o tratante.

Una vez constatadas las condiciones para realizar el aborto no punible por medio de la declaración jurada, el/la médico/a debe utilizar el método más seguro de interrupción (ver pág. 24). Para proceder a la práctica debe solicitarse a la mujer el consentimiento informado (ver modelo en el Anexo, pág. 43).

- **Las adolescentes poseen capacidad de discernimiento para brindar su consentimiento informado y solicitar la interrupción legal del embarazo sin autorización de un/a representante legal.** De conformidad con el art. 3 de la Ley 26.061 de “Protección Integral de

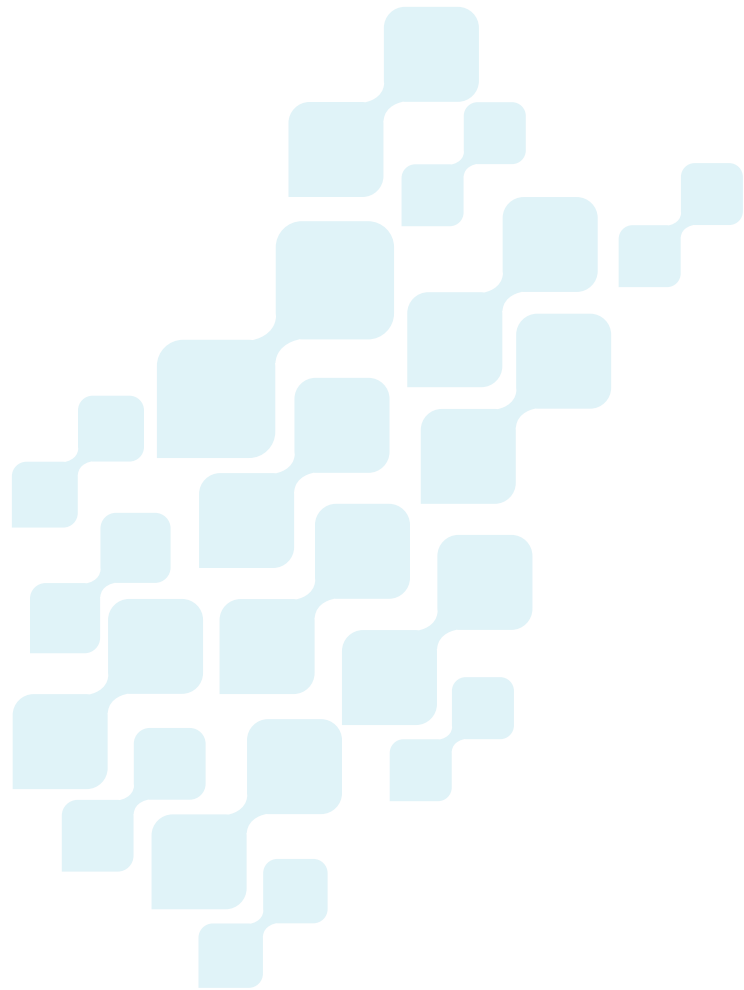
los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, la “Convención sobre los Derechos del Niño” y el art. 19 de la Constitución Nacional, deben ser informadas de esta opción, a los fines de que puedan tomar una decisión.

- **En el caso de las niñas menores de catorce (14) años, debe respetarse su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tomada en cuenta,** de acuerdo con el principio de la “autonomía progresiva” y el grado de desarrollo de cada una (con la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, aprobado en octubre de 2014, la edad establecida será de 13 años). Sus representantes legales o los que sean nombrados especialmente para el caso, deben participar en conjunto con la niña/adolescente en la toma de decisiones, deben firmar el consentimiento informado y la declaración jurada de la violación, cuando corresponda.
- **Los embarazos no deseados de mujeres víctimas de violencia de género** se contemplan como ILE por causal violación, ya que se trata de un contexto de coerción y amenazas en que la mujer no puede decidir sobre su propio cuerpo.

2.4. LA LEY 26.529 Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN

La obligación de brindar información sanitaria forma parte esencial de la atención de la salud. La Ley 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, en su art. 2, inc. e, indica: “El/la paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a tener la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente e incluso a negarse a participar en la enseñanza e investigación científica en el arte de curar”.

El derecho a recibir información completa implica la obligación de las/los profesionales de la salud de dar a conocer a la víctima todas las prácticas elegibles en su situación. Esto incluye la anticoncepción de emergencia y, en caso de que se encuentre embarazada, la información sobre la legalidad del aborto y la posibilidad de acceso a la práctica. Debe quedar constancia en la Historia Clínica (HC) de que la/el profesional de la salud proveyó esta información (Ley 26.529, Decreto Reglamentario 1089/2012, art. 2, inc. f).



Atención hospitalaria a víctimas de violaciones

1. POBLACIÓN FOCO

El presente Protocolo está diseñado para la atención de personas víctimas de violaciones producidas en cualquier etapa de sus vidas y hasta seis meses después del episodio. Incluye los cuidados médicos y medidas preventivas de aplicación inmediata, y el procedimiento para realizar un ANP por causa de una violación.

Este Protocolo no establece pautas para el abordaje del abuso sexual infantil, que requieren de la intervención de un equipo especializado,[▶] pero sí las prácticas médicas indicadas en la urgencia. En niñas y adolescentes, la presencia de un embarazo es, en muchas ocasiones, el primer signo de existencia de una situación de abuso. En estos casos, y cuando es la voluntad de la víctima, debe procederse a su interrupción (ver “Marco legal”, pág. 13) y luego derivarse al equipo más idóneo para el tratamiento del abuso sexual.

Puede suceder que se reciba la consulta cuando ya transcurrieron más de seis meses de la violación, dado que es habitual que las personas puedan manifestar lo que les ha sucedido recién después de cierto tiempo. En estos casos deben evaluarse sus demandas y dar las respuestas pertinentes, con recursos intra o extrahospitalarios. Una de las solicitudes más frecuentes es la de atención psicológica, ya que la experiencia traumática de la violación, si no fue elaborada en su momento, puede causar malestar psíquico o trastornos psicossomáticos a mediano o largo plazo.

▶ El abuso sexual infantil (ASI) constituye una de las problemáticas de la violencia sexual que provoca mayores daños y tiene una importante dimensión cuantitativa. Por tratarse, por lo general, de situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada, requieren un abordaje médico, psicossocial y jurídico diferentes del que está previsto en este Protocolo. Los casos de niñas, niños o adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser derivados a servicios o equipos especializados. Las consultas de varones adultos que hayan sido víctimas de violación serán evaluadas por los equipos de salud a fin de determinar las derivaciones pertinentes.

2. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

El presente **Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales** debe ser aplicado por las/los profesionales de los distintos servicios. Para su mejor implementación es aconsejable disponer la siguiente organización del servicio de salud:

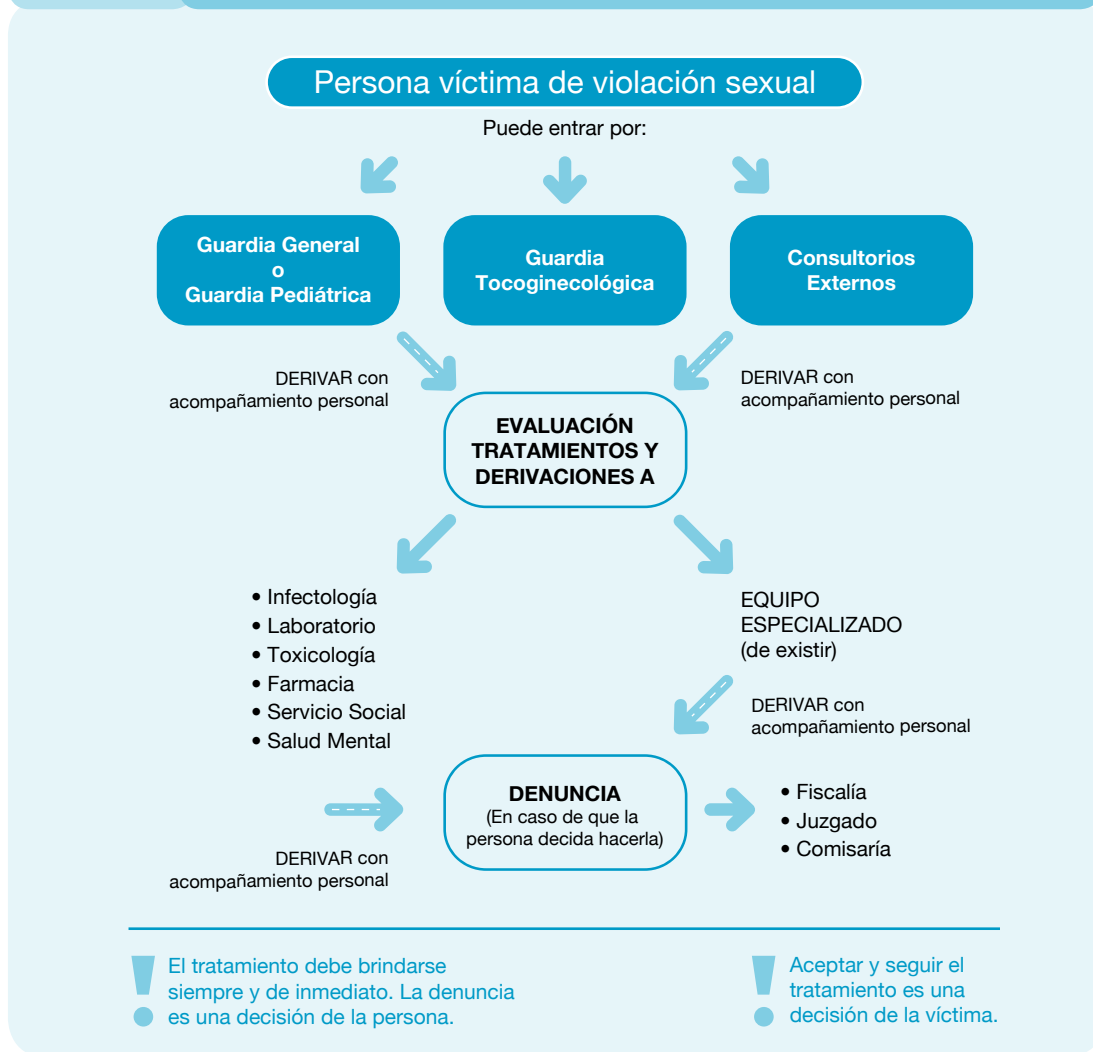
- **Consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes** en las distintas especialidades involucradas.
- **Garantizar atención las 24 horas.** La experiencia indica que el servicio de Tocoginecología es el más indicado para esto.
- **Disponer del kit de medicamentos** (anticoncepción hormonal de emergencia, profilaxis de VIH e ITS, y vacunas).
- Contar con la medicación y/o articulaciones necesarias para **garantizar la ILE.**
- **Crear las condiciones para que la persona relate el hecho una vez** y al profesional capacitado para la intervención.
- **Indicar las derivaciones intra o extrahospitalarias de forma personalizada;** estas se considerarán efectivas cuando otra/o profesional se haya hecho cargo de la víctima y esto conste en la Historia Clínica (ver modelo en el Anexo, pág. 36).
- **Informar a todo el personal del centro de salud** –médico, técnico y administrativo– sobre el servicio de atención a víctimas de violencia sexual a fin de que las personas que llegan a cualquier servicio y a cualquier hora reciban la orientación precisa y la información necesaria.
- **Difundir en la comunidad** la necesidad de la consulta inmediata.

- **Llevar un registro de casos** con fichas especialmente diseñadas, ya que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en casos de denuncia y tienen valor legal, al igual que la HC.
- Si la víctima así lo requiere, **facilitar la atención por un profesional de su mismo sexo**.
- **Relevar los recursos de atención inter y extrahospitalarios** para brindar un acompañamiento integral.

2.1. FLUJO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

El acceso de las víctimas de violaciones puede producirse por el **Servicio de Guardia** o por los **Consultorios Externos** de distintos servicios. La persona debe ser recibida y acompañada inmediatamente hasta el equipo especializado, si lo hubiere, o a los profesionales identificados como de referencia para estos casos (ver Gráfico 1).

Gráfico 1 Modelo de flujograma.



Para la implementación de este Protocolo cada efector necesita diseñar un flujograma de acuerdo con su estructura. En esta organización debe tenerse en cuenta que un porcentaje significativo de víctimas de violación acuden a los servicios de salud entre las 22:00 hs. y las 06:00 hs. del día siguiente, y los fines de semana.

Cada centro asistencial puede unificar la denominación de las víctimas de violencia sexual con una palabra clave, que permita una derivación ágil y referenciada al interior de los distintos servicios que lo conforman. Por ejemplo, algunos equipos utilizan la denominación "EVAS" (sigla invertida y sintetizada de Equipos de Atención a Víctimas de Violencia Sexual).

Esta palabra clave debe ser conocida por todos los integrantes del centro asistencial, formen parte o no del equipo de violencia sexual. Se requiere un trabajo interno para difundirla y acostumbrarse a utilizarla como referencia en las órdenes de derivación, historias clínicas y modo de nombrar el tema. Es una manera de evitar la revictimización y facilitar la privacidad de la persona atendida.

3. ABORDAJE MÉDICO

3.1. RECEPCIÓN

La recepción de la persona víctima de una violación debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad. Al seleccionar el espacio físico es importante intentar no colocar juntas a una víctima de violación con una mujer con trabajo de parto y, del mismo modo, la atención de una travesti no debería hacerse entre varones. La privacidad debe ser el criterio que prime para estas situaciones.

A su vez, la recepción de una persona víctima de violación suele ser un momento de mucha tensión para los equipos de salud. Es recomendable utilizar la HC como guía de la entrevista y de los pasos a seguir ([ver modelo en el Anexo, pág. 36](#)).

La decisión de realizar la denuncia por violación es privada de la persona. En ningún caso puede solicitarse como requisito para la atención y la aplicación del Protocolo.

3.2. EXÁMENES DE LABORATORIO

Deben realizarse estudios citobacteriológicos, basales y toxicológicos de acuerdo a la disponibilidad de recursos del centro asistencial.

3.2.1. Estudio citobacteriológico

Las tomas dependen del lugar de violación que se haya sufrido:

- **Frotis** para microscopía directa y gram.
- **Cultivo endocervical** y de cada sitio en que hubo penetración o intento para gonococo y clamidia.

3.2.2. Análisis de sangre basales

- **Sífilis:** VDRL para descartar enfermedad previa (y prueba confirmatoria si fuera positivo).
- **Test de Elisa**, test rápido o aglutinación de partículas (AP) para VIH (previo consentimiento y asesoramiento).
- **AgHBs, AntiHBc** (si no tienen vacunación completa), **AntiHBs** (si tiene vacunación previa), hepatitis C.
- **Hemograma**, hepatograma y pruebas de función renal.
- **Pruebas toxicológicas** en caso de sospecha de intoxicación por drogas.

- **Test de embarazo** en orina o sangre (diagnóstico de embarazo previo). En caso de faltar este estudio, de todas formas deben comenzarse

los tratamientos con antibióticos y proveer la anticoncepción hormonal de emergencia.

RECOMENDACIONES PARA EL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN

- Garantizar un ambiente de privacidad y tener en cuenta el estado emocional de la persona.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, revictimizar ni influenciar en sus decisiones.
- Asegurar la confidencialidad del relato.
- Respetar su voluntad si no quiere compartir lo que le sucedió con otras personas, incluidos los familiares.
- Permitir la presencia de un acompañante, si la persona lo desea.
- Dar a elegir el sexo del profesional, si esto es posible.
- Evitar que tenga que repetir lo ocurrido: unificar el registro de datos en la HC.
- Realizar un abordaje interdisciplinario, o bien derivar a los servicios de Psicología y Servicio Social luego de la asistencia.
- Informar de manera clara y sencilla las prácticas médicas y procedimientos que se pueden realizar; si existieran alternativas terapéuticas, detallar las ventajas y desventajas de cada una para garantizarle su libre elección.
- Solicitar su consentimiento para la realización de las prácticas médicas y procedimientos elegidos.
- Informar a la persona sobre su derecho a acceder a un aborto no punible en caso de que en ese momento o más adelante se detecte un embarazo producto de la violación.
- Explicar que es su derecho denunciar lo que le ocurrió, para que la Justicia investigue y como una forma de reparación.
- Dejar en claro que realizar la denuncia es una decisión personal para que se castigue al agresor, pero que no condiciona ninguna práctica médica.
- Explicar la diferencia entre la denuncia en el fuero civil, para que se tome una medida de protección que impida el acercamiento del agresor, de una denuncia penal por la violación.
- Realizar los procedimientos de toma de muestras de tal forma que cumplan con los recaudos procesales exigidos en cada jurisdicción para servir como pruebas en un eventual proceso judicial.

3.3. TRATAMIENTOS: LESIONES, ANTICONCEPCIÓN, Y PROFILAXIS DE VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Incluye el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, el tratamiento antirretroviral para prevención de VIH y la medicación para otras ITS, vacunas y la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) o, si ya se constató el embarazo, el acceso a su interrupción legal.

3.3.1. Tratamiento de lesiones corporales y genitales

El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales y signos clínicos, y evaluar las posibles derivaciones. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones. Incluir examen perineal y anal, en caso de que corresponda, con auxilio de una/un cirujana/o o proctóloga/o cuando esto sea posible y se considere necesario.

Solicitar la autorización de la persona para el examen y brindarle un trato amable y cuidadoso. Debe hacerse una revisión completa, porque puede haber golpes que la víctima no recuerda haber recibido, pero que es importante detectar para su tratamiento.

Todas las lesiones que presente en cualquier parte del cuerpo, como erosiones, excoiaciones, contusiones, lesiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, deben ser consignadas, además de en la HC, en el **Libro de Guardia**, junto a las impresiones del equipo de salud. Aunque intervenga un/a médico/a legista –lo que sucede cuando hay una denuncia– es necesario registrar en el Libro de Guardia.

3.3.2. Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es un método que previene el embarazo después de un acto sexual sin protección.

La AHE se debe brindar lo antes posible y hasta 5 días después de la violación. Cuanto antes se tome, mayor será la efectividad, ya que disminuye a medida que pasa el tiempo: si se toma dentro de las primeras 12 horas de producido el episodio la eficacia es del 95% y se reduce al 58% cuando transcurrieron entre 49 y 72 horas.

[En la Tabla 1 se detallan las dosis recomendadas de anticoncepción de emergencia.](#)

Si no se cuenta con la AHE se puede recurrir al Método Yuzpe, que consiste en la toma de pastillas anticonceptivas comunes en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Si bien con la provisión de AHE se disminuyen las posibilidades de embarazo, su uso no brinda una seguridad del cien por ciento. Por eso, hay que informar a la mujer sobre la importancia de que se realice un test de embarazo en caso de ausencia de menstruación en la fecha que debería tenerla. Además, hacerle saber que, en caso de verificarse un embarazo, puede acceder a su interrupción legal, si así lo decidiera.

- ▶ Para más información sobre AHE consultar “Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de salud” (PSSyPR, 2007. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php).

3.3.3. Embarazo producto de una violación

Independientemente de la edad de la niña, adolescente o mujer, y de su capacidad mental, en caso de violación debe ser informada sobre su

derecho a la realización de una interrupción legal del embarazo –también conocida como aborto no punible– y de acceder a la práctica si así lo decide. Con respecto a la edad gestacional, ni la Corte Suprema ni la legislación vigente establecen limitaciones para el acceso a la práctica médica.

Muchas mujeres no acuden al efector de salud inmediatamente después de sufrir una agresión sexual, sino que lo hacen cuando descubren que, producto de ese hecho, atraviesan un embarazo y deciden interrumpir la gestación. Esto también sucede con frecuencia entre las mujeres con parejas violentas.

Los embarazos no deseados de víctimas de violencia de género deben considerarse abortos no punibles por causa de violación.

En todos los casos, debe garantizarse el aborto legal sin dilaciones.

No es función de los equipos de salud verificar si ocurrió o no la violación, ni indagar sobre las circunstancias en que se produjo. El único requisito para realizar la ILE es que la mujer firme una declaración jurada y un consentimiento informado. (Ver “Marco legal”, pág. 13).

En ningún caso corresponde requerir la denuncia policial o judicial o la presentación de pruebas de la violación para la realización de una ILE/ANP.

Cuando la mujer o su representante hicieron una denuncia por violación, es necesario realizar el procedimiento de tal forma de poder recolectar material genético como evidencia forense.

Tabla 1 Dosis recomendadas para la anticoncepción hormonal de emergencia.

Droga	Dosis y esquema de administración	
Levonorgestrel 1,5 mg	1 solo comp. de 1,5 mg.	
Levonogestrel 0,75 mg	2 comp. de 0,75 mg (pueden tomarse los dos comp. juntos o tomarse 1 y a las 12 horas el siguiente).	
Levonorgestrel 0,03 mg (minipíldora)	25 comp. cada 12 horas (2 tomas). Total 50 comp.	
Método Yuzpe	Anticonceptivo oral combinado que contenga:	Dosis
	30 mcg (0,03 mg)	4 comp. cada 12 hs (2 tomas) Total: 8 comp.
	20 mcg (0,02 mg)	5 comp. cada 12 hs (2 tomas) Total: 10 comp.
	15 mcg (0,015 mg)	7 comp. cada 12 hs (2 tomas) Total: 14 comp.

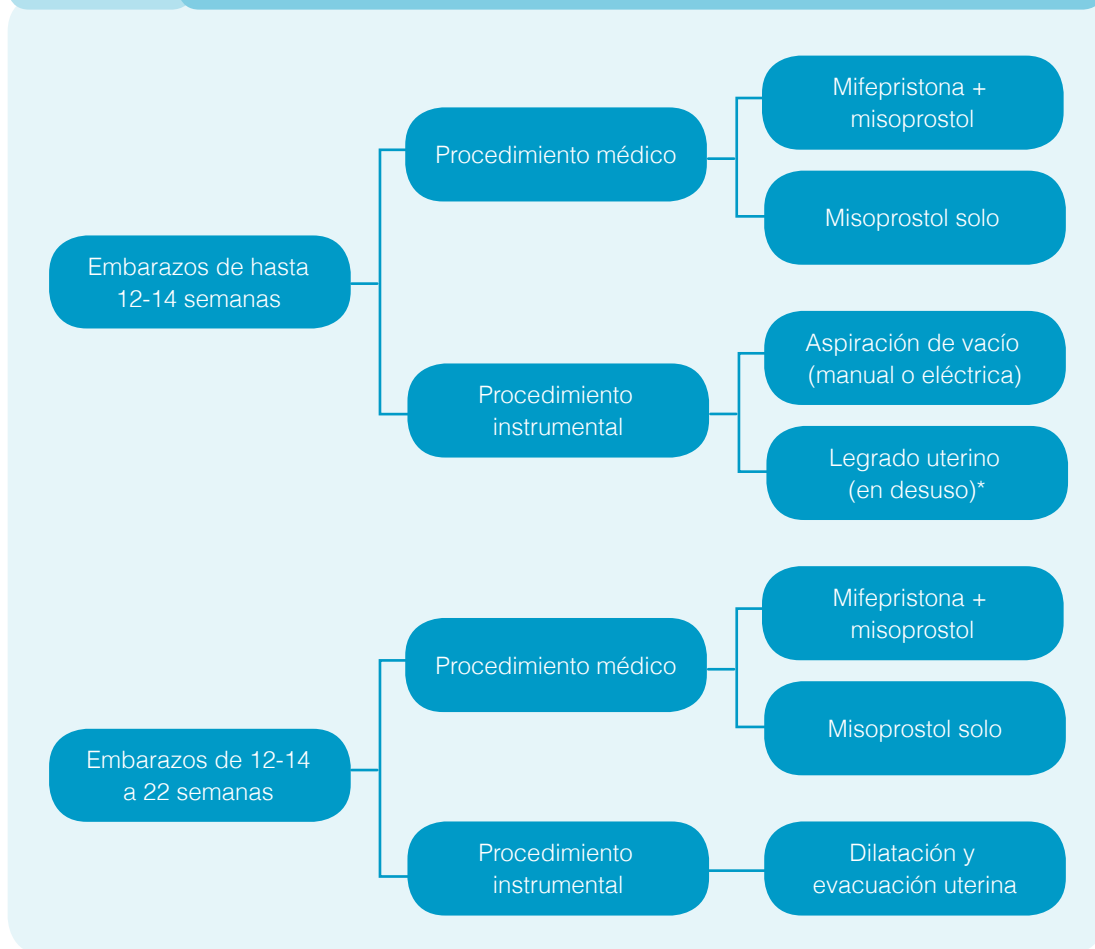
No obstante, esto no puede convertirse en una barrera o generar dilaciones en el acceso a la interrupción legal del embarazo. En los casos en los que no se cuente con un mecanismo de obtención de prueba se tomará la muestra de la mejor manera disponible sin modificar la programación del aborto.

- ▶ Los procedimientos estandarizados que deben seguirse frente a embarazos forzados se encuentran en la “Guía técnica de atención integral de abortos no punibles (ANP)” del Ministerio de Salud de la Nación (PSSyPR, 2010. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>).

El método más apropiado para la interrupción de un embarazo depende de la etapa gestacional, las posibilidades del efector de salud y las preferencias de la mujer (Cuadro 1).

En las tablas 2 y 3 se presentan las alternativas de uso de medicamentos según la etapa gestacional a partir de las recomendaciones de distintos organismos.

Cuadro 1 Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2012).



* El legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado uterino por el tratamiento médico o la aspiración.

Tabla 2 Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo.

Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 12 semanas (84 días)	Misoprostol 800 mcg vaginal y repetir dosis entre las 3 a 12 hs (máximo 3 dosis).*
		Misoprostol 800 mcg sublingual y repetir dosis a las 3 hs (máximo 3 dosis).
	Mayor a 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal** o sublingual cada 3 hs (máximo 5 dosis).
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)	Menor a 12 semanas	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis.
		Misoprostol 400 a 800 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 hs hasta completar 3 dosis consecutivas.
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	19 a 22 semanas	Misoprostol 100 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 100 mcg a las 6 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1° trimestre	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2° trimestre	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). EN CASOS CON ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA, USAR LA MITAD DE LA DOSIS.

* Este esquema es el más utilizado por los servicios de los países que brindan servicios de ILE. Suelen indicarlo con intervalos de 8 hs.

** En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (OMS, 2012).

Tabla 3

Procedimiento medicamentoso con mifepristona - misoprostol.

Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 9 semanas (63 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 1 a 2 días, administrar misoprostol 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. Vía oral solo en menores de 7 semanas con dosis 400 mcg.
	9 a 12 semanas	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 800 mcg vaginal y dosis adicionales de 400 mcg cada 3 hs vaginal o sublingual (máximo 4 dosis). Administrado en un centro de salud.
	Mayor a 12 semanas (84 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 400 mcg oral u 800 mcg vaginal o sublingual cada 3 hs (máximo de 5 dosis). Administrado en un centro de salud.
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1º trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 horas (máximo 3 dosis).
		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2º trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). USAR LA MITAD DE LA DOSIS SI HAY ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA.

3.3.4. Prevención del VIH: tratamiento antirretroviral

La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzar inmediatamente después del episodio de violación, en lo posible antes de las 2 horas de producido. Pasadas las 72 horas se de-

ben evaluar los riesgos de transmisión de VIH y los beneficios del tratamiento ([en la Tabla 4 se detalla el tratamiento profiláctico a seguir según el riesgo](#)).

Las dosis para el tratamiento antirretroviral son diferentes en personas adultas que en niñas/os ([se detallan ambos casos en las tablas 5 y 6](#)).

Tabla 4 Tratamiento profiláctico de VIH según el riesgo.

Tipo de relación sexual	Tratamiento
Vaginal o anal	2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) + 1 inhibidor de la proteasa (IP)
Oral con eyaculación	2 INTI
Oral sin eyaculación	No se realiza profilaxis post exposición (PPE)

En el pasado solía distinguirse entre régimen ampliado y básico. En la actualidad se indica la profilaxis completa, lo que se llamaba régimen ampliado, en todos los casos en que hubo penetración anal o vaginal. El antes llamado régimen básico se indica solamente para los casos de penetración oral con eyaculación. Sin eyaculación en la penetración oral no hace falta tratamiento.

Tabla 5 Tratamiento antirretroviral para adultas/os.

Droga y presentación	Dosis y esquema de administración
AZT (zidovudina) 300 mg + 3TC (lamivudina) 150 mg / comp. 300/150 mg.	1 comp. cada 12 hs.
ó	
TDF (tenofovir) 300 mg + FTC (emtricitabina) 200 mg / comp. 300/200 mg.	1 comp. cada 24 hs.
ó	
TDF (tenofovir) 300 mg + 3TC (lamivudina) 300 mg / comp. 300/300 mg.	1 comp. cada 24 hs.
más uno de los siguientes:	
LPV (lopinavir) 400 mg + RTV (ritonavir) 100 mg / comp. 200/50 mg.	2 comp. cada 12 hs.
ó	
ATV (atazanavir) 300 mg con RTV (ritonavir) 100 mg / presentación por separado	1 comp. de cada droga cada 24 hs.

Tabla 6 Tratamiento antirretroviral para niñas/os.

Droga	Dosis y esquema de administración
AZT (zidovudina)	120 mg/m ² cada 8 hs.
AZT (zidovudina)	180 mg/m ² cada 12 hs.
3TC (lamivudina)	4 mg/kg cada 12 hs.
más uno de los siguientes:	
EFV (Efavirenz) solo en mayores de 3 años	Suministrar 1 dosis diaria nocturna según peso: 10-15 kg: 200 mg. 15-20 kg: 250 mg. 20-24 kg: 300 mg. 25-32,5 kg: 350 mg. 32,5-40 kg: 400 mg. adolescentes / adultos: 600 mg.
ó	
Lopinavir/ritonavir	Suministrar cada 12 hs según peso: 7-15 kg: 12 mg/kg. 15-40 kg: 10 mg/kg. 40 kg o más: 2 comp. cada 12 hs.

3.3.5. Profilaxis de otras infecciones de transmisión sexual

La profilaxis en otras ITS busca evitar la transmisión de gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. La dosis es diferente para adultas/os y niñas/os (se detallan ambos casos en las tablas 7 y 8).

3.4. VACUNACIÓN

La vacunación involucra la profilaxis para la hepatitis B y la aplicación antitetánica.

- **Profilaxis hepatitis B.** Sin vacunación previa o en personas vacunadas/os sin títulos de anticuerpos conocidos, indicar vacuna antiHBV (3 dosis: una en el primer momento, la siguiente al mes y la última a los 6 meses).
- **Vacunación antitetánica.** Si la persona no ha sido vacunada en los últimos 10 años indicar vacuna antitetánica o doble adulto.

Tabla 7 Profilaxis para otras infecciones de transmisión sexual – Adultas/os.

Tratamiento	Droga y presentación	Dosis, forma y esquema de administración
De elección	Ceftriaxona 250 mg + Azitromicina 1 g + Metronidazol 2 g	intramuscular (IM). vía oral (VO). VO.
Alternativo	Cefixima 400 mg + Doxiciclina 100 mg	VO. cada 12 hs por 7 días. No administrar doxiciclina en caso de embarazo.

Tabla 8 Profilaxis para otras infecciones de transmisión sexual – Niñas/os.

Tratamiento	Droga y presentación	Dosis, forma y esquema de administración
De elección	Ceftriaxona 125 mg + Azitromicina + Metronidazol	IM en una sola dosis. 20 mg/kg (máximo 1 g) VO, monodosis. Metronidazol 15 mg/kg/día VO 3 veces por día durante 7 días (o máximo 2 g en una sola dosis).
Alternativo	Cefixima + Eritromicina ó Doxiciclina	8 mg/kg (máximo 400 mg) una dosis VO. 50 mg/kg/día divididos cada 6 hs, 10 a 14 días . 100 mg cada 12 hs durante 7 días.

3.5. INDICACIONES DE ALTA

Al dar el alta, debe indicarse a la persona una nueva cita en el hospital, para el día siguiente o el primero hábil, porque es necesario que reciba la atención completa de las prestaciones pendientes, que generalmente son: Servicio Social, seguimiento en Infectología, Salud Mental y Farmacia. En este recorrido, debe acompañarla alguien del equipo de salud que funcione como referencia.

En la primera consulta, además de entregarle por escrito el dato de la fecha, hora y nombre de quien la recibirá en la nueva cita, deben brindarse en forma clara y también por escrito, a la víctima y a un/a acompañante, las siguientes pautas:

- **Usar preservativo** hasta finalizar el tratamiento.
- **Es indispensable** concurrir al control.
- **La profilaxis para el VIH** se entrega por 3 días o por el tiempo necesario hasta poder realizar el control con Infectología. Pero la profilaxis se realiza durante cuatro semanas, por lo cual es indispensable regresar a la cita con Infectología.
- **Nunca se debe interrumpir el tratamiento antirretroviral sin comunicarse con el equipo de salud.**
- Existen servicios de apoyo psicológico, social, legal e incluso de organizaciones sociales. Se pueden solicitar turnos y el listado de recursos si lo desea.
- Si siente fuertes mareos, sensación de no poder sostenerse en pie, debe regresar a la consulta inmediatamente.
- Estar atenta a un posible retraso menstrual, o si presenta flujo, ardor o cualquier otra molestia.

Agregar el nombre y teléfono de contacto de una persona del equipo por si necesita evacuar dudas antes del siguiente encuentro.

Toda víctima de violencia sexual debe ser derivada con los nombres por escrito de las/los profesionales que deben atenderla, y se debe pautar una persona de referencia del servicio que le brinde acompañamiento durante la atención.

3.6. CONTROLES MÉDICOS

En todos los casos es necesaria la interconsulta con el **Servicio de Infectología** para detectar nuevas posibles infecciones adquiridas durante o después de la violación. Es muy importante esta consulta posterior para evaluar si se justifica o no continuar con la profilaxis y para evaluar la tolerancia al tratamiento suministrado (en la [Tabla 9 se indican los plazos de controles y los estudios a realizar](#)). Si se realizó profilaxis de VIH y otras ITS, los cultivos deben repetirse solo si presenta síntomas.

3.7. OBTENCIÓN Y CONSERVACIÓN DE PRUEBAS

La Ley 26.485 especifica, en su art. 11, inc. 4 c, que los protocolos deben “asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios”. Dado que las leyes que rigen los procesos judiciales y el diseño de las medidas probatorias son competencia exclusiva de cada provincia, es importante que quienes intervienen en la atención a víctimas de violación o abuso sexual conozcan las exigencias de la práctica forense de su propia jurisdicción, para no invalidar la recolección de muestras para una eventual investigación penal.

Una primera medida que debe tomarse en cada hospital es registrar en una carpeta con hojas foliadas, además de en el Libro de Guardia, todas las prácticas que se realicen y elementos

Tabla 9

Plazos para controles y análisis a realizar.


Plazo	Controles a realizar
A los 7 a 10 días	HMG y hepatograma si hubo profilaxis para VIH.
A las 4 a 6 semanas	Serología para VIH, VDRL, antiHBc, AgHBs, antiHBs, hepatitis C. Vacuna antiHBV. HMG y hepatograma al completar profilaxis para VIH. Test de embarazo en caso de retraso menstrual.
A los 3 meses	Serología para VIH, VDRL, antiHBc, AgHBs, antiHBs, hepatitis C.
A los 6 meses	Serología para VIH, VDRL, antiHBc, AgHBs, antiHBs, hepatitis C. Vacuna antiHBV.

que pueden servir como prueba en caso de violación. La HC tiene valor legal y puede ser solicitada por el juzgado. Un registro detallado y ordenado será de utilidad en caso de que la víctima decida realizar la denuncia.

Las muestras de ADN deben preservarse siguiendo todos los recaudos que aseguren su disponibilidad en el futuro. Una vez recolectadas, todas las muestras deben secarse antes

de ser guardadas, para evitar la contaminación con hongos.

En otros países se unificó el cuidado médico preventivo y la obtención de pruebas. En la Argentina están pendientes de una resolución tanto la obtención como la preservación de las muestras que luego puedan ser utilizadas por el sistema judicial.



TOMA DE MUESTRAS

En caso de haberse radicado una denuncia por la agresión sexual, y ante la posible asistencia al hospital del médico legista, es recomendable esperar su llegada para realizar la toma de muestras en conjunto, siempre y cuando no sean necesarias intervenciones médicas de urgencia.

3.8. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Existen tres factores que favorecen especialmente el apoyo a las víctimas de violación:

- **Recuperación:** es el conjunto de medidas y cuidados preventivos o terapéuticos relacionados con los daños físicos y psicológicos. Corresponde mayoritariamente a la tarea de los equipos interdisciplinarios de salud.
- **Protección:** es el conjunto de medidas que tienen por objetivo el resguardo de la víctima. Está a cargo de los ámbitos policial y judicial, aunque también puede ser muy importante el papel del entorno familiar y las redes afectivas de sostén de cada persona.

- **Reparación:** es el conjunto de medidas destinadas a resarcir a la persona por los daños a la integridad, libertad, dignidad y sentido de justicia. Desde una perspectiva institucional, la reparación está en manos del sistema judicial, aunque existen alternativas de reparación fuera de ese ámbito que pueden resultar muy útiles para los procesos subjetivos: la actitud de la familia de condena al agresor suele resultar parte de la reparación, especialmente en los casos en los cuales se trata de un integrante del grupo familiar.

3.9. ABORDAJE PSICOLÓGICO Y SOCIAL

El abordaje psicológico a una víctima de violación incluye la contención inicial, la evaluación de riesgos y la interconsulta psiquiátrica, si se considera necesario. Se debe planificar un tratamiento breve y focalizado en las semanas siguientes a la primera consulta, destinado a elaborar síntomas postraumáticos y que le permita a la persona reorganizar su vida cotidiana (6-8 entrevistas). Debe dejarse abierta la posibilidad de prolongar el tratamiento si la situación lo requiere, por derivación intra o extrahospitalaria, y tener en cuenta la atención de familiares y allegadas/os de las víctimas.

Se recomienda una entrevista diagnóstica de problemáticas familiares, sociales y laborales, y la orientación y el asesoramiento para el fortalecimiento de la víctima en el ejercicio de sus derechos.

En relación con los objetivos de la intervención psicológica (Chejter y Ruffa, 2002), los saberes teórico-clínicos y la perspectiva de género se articulan en las siguientes propuestas, que deben ser priorizadas y seleccionadas según la situación:

- **Identificar y atender** los puntos más urgentes.
- **Evaluar los riesgos** y asegurar los contactos con las redes de protección y apoyo.
- **Dar cabida a la expresión del sufrimiento**, y a que se abran nuevas significaciones para que el hecho, aunque doloroso y traumático, pueda ser aceptado e incorporado a la historia personal.
- **Disipar inquietudes y temores**, así fueran reales o producto de la fantasía, con información clara, sencilla y precisa.
- **Analizar las posibles dudas y dificultades de la persona** acerca de con quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido y, en el caso de que ya lo haya relatado, valorar las respuestas que recibió, en particular de su red de vínculos significativa.
- **Aportar elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamiento o historia personales**, sino que forma parte de su vulnerabilidad de género. Estos argumentos pueden contribuir de manera significativa a aliviar los autoreproches, la vergüenza y la pregunta de “¿por qué a mí?”
- **Fortalecer su posición de sujeto.** Valorar las estrategias de supervivencia y resistencia que puso en juego durante o después del ataque. Resignificar los aspectos “fallidos” de su autodefensa poniendo de relieve la desigualdad de fuerzas y de poder.
- **Escuchar y viabilizar su reclamo** de justicia y de reparación.
- **Propiciar el fortalecimiento yoico** y la desvictimización.
- **Abrir alternativas para que pueda ir reorganizando** las facetas de su vida que se vieron afectadas.
- **Propiciar la recuperación de su cuerpo y del placer sexual.**

- **Dar cabida a la expresión de sentimientos “peligrosos” o amenazantes** como el deseo de venganza, ya que la puesta en palabra atenúa los riesgos de un pasaje al acto. Los efectos perniciosos de ese mismo deseo destructivo pueden volverse contra la víctima, y en ocasiones provocan graves síntomas, como anorexia, automutilaciones o intentos de suicidio.
- **Esclarecer y reafirmar el carácter imprevisible del hecho** y aportarle a la víctima elementos que le permitan comprender que es doloroso, pero superable.

3.10. OBLIGACIONES MÉDICO-LEGALES

La atención a víctimas de violencia sexual forma parte de las obligaciones médico-legales. En caso de incumplimientos, existen responsabilidades civiles y penales para las instituciones de salud públicas y privadas, sus directivos y todo el personal médico y no médico.

3.10.1. Responsabilidades civiles y penales del efector de salud

El equipo de salud debe ajustarse al marco normativo vigente para la atención de víctimas de violencia sexual (ver “Marco legal”, pág. 13). La transgresión de estas obligaciones implica su incumplimiento. En caso de ocasionar un daño, conlleva responsabilidades civiles y, si se tipifica en algún delito (lesiones, muerte, incumplimiento de deberes de funcionario, entre otros), también penales.

En las transgresiones que se producen en el marco de la atención pública (Ley 25.164 en el orden nacional y las respectivas normas locales de cada provincia) los incumplimientos habilitan la promoción de sumarios administrativos, con sanciones que pueden ir desde el apercibimiento o llamado de atención hasta la exoneración.

3.10.2. Responsabilidad de denunciar

La violación es un delito de instancia privada, por lo tanto, la decisión de hacer una denuncia corresponde a la persona afectada y, en los casos de menores de 18 años y personas declaradas judicialmente incapaces, a su representante legal.

Las/los profesionales de la salud están obligadas/os a denunciar los siguientes casos:

- **Cuando la persona presente riesgo de vida o lesiones graves** o gravísimas producto de la violación.
- **En los casos de menores de 18 años** cuando la niña/o se encuentra en estado de abandono o llegue sola/o.
- **En los casos de menores de 18 años** cuando se sospeche que los padres/madres, tutores/as o guardadores/as pueden estar involucrados en la violación o en su encubrimiento.

Es conveniente que esta denuncia sea presentada con respaldo de las autoridades de la institución y con la intervención al/los organismos competentes en la defensa de los derechos de la infancia.

En los casos no previstos por la ley, los efectores de salud no deben hacer la denuncia, ya que sería una violación a la confidencialidad propia de la relación médico-paciente (art. 2 inc. d de la Ley 26.529) y al secreto profesional (art. 156 del Código Penal). Estas normativas establecen que el deber de confidencialidad es extensivo a toda persona que acceda a la documentación clínica, incluso a quienes actúan como aseguradores o financiadores de las prestaciones.

Responden por la confidencialidad no solo el profesional tratante sino la máxima autoridad del establecimiento asistencial, y de las instituciones de la seguridad social o cualquier otra instancia pública o privada.

Las obligaciones del equipo de salud en materia de atención sanitaria de víctimas de violación deben estar destinadas a promover el bienestar de su salud integral, más que a impulsar o enderezar el trámite legal de la violencia sexual, lo cual requiere de competencias jurídicas que exceden las incumbencias de las ciencias de la salud y que pueden desenfocar las buenas prácticas clínicas.

3.11. LA DENUNCIA

La denuncia no es obligatoria ni tampoco es un requisito para la atención física y psicológica. Es una decisión personal de quien fue víctima de violencia. Al considerarse a la violación un delito de instancia privada, el Estado solo interviene si la persona damnificada denuncia el hecho. Es decir, únicamente se investigará a los agresores si hay una denuncia.

Sin embargo, hay que considerar que denunciar abre la posibilidad de que se condene a los agresores y permite hacer visible en la sociedad la existencia de la violencia sexual.

La ley no establece que la denuncia deba ser realizada en forma inmediata, sino que los plazos son bastante amplios, incluso en algunos casos puede hacerse varios años después.

La urgencia se relaciona, en gran medida, con la conveniencia de que la víctima sea revisada de inmediato por el médico legista o forense, para que recoja las llamadas “pruebas del delito”. Por otra parte, cuanto menos tiempo se demore en realizarla, más credibilidad tendrá la persona denunciante. El problema reside en que esa urgencia se contradice con el tiempo necesario –y diferente en cada persona– para reflexionar y decidir qué hacer.

3.11.1. Dónde y cómo denunciar

Las denuncias penales pueden ser realizadas ante autoridades judiciales o policiales en:

- Fiscalía de turno.
- Juzgado Penal.
- Comisaría de la Mujer más próxima.
- Comisaría más próxima.

Para denunciar hay distintas alternativas:

- **Presentarse personalmente en la oficina judicial o policial.** La víctima relata brevemente lo que pasó. Esto es consignado en la denuncia escrita, que debe firmar. Es importante que solicite una copia de esa denuncia, debidamente sellada y con la fecha. Es necesario llevar un documento de identidad.
- **Por escrito.** Se redactan brevemente los hechos, lo firma la/el denunciante y se entrega en la oficina judicial. Se llevan dos copias, una debe quedarle, con sello, a la persona que realiza la denuncia.
- **Por teléfono.** Se llama por teléfono a la policía o a la fiscalía de turno de la localidad y se informa de lo sucedido. Para que la denuncia sea legal es necesario dar el nombre completo, hacer un relato de lo sucedido e indicar con exactitud el lugar y fecha en que ocurrió.

No es necesario tener un/a abogado/a para iniciar una denuncia por violación. Una vez que se realizó la denuncia y se la ratificó, el proceso judicial queda en manos del fiscal y tampoco en esta instancia es necesario contar con un/a abogada/o. Denunciar un acto de violencia sexual debe ser una decisión libre y autorreferente de la víctima. La denuncia NO debe condicionar la atención ni el tratamiento médico y psicológico.

La violación es un ataque al cuerpo, a la sexualidad, a la persona en su integridad, dignidad y libertad. Su atención inmediata y reparación es responsabilidad pública.

Anexo

Víctima de agresión sexual

Ficha N° Fecha de la consulta Hora

Datos personales de la usuaria/o

Nombre y apellido

Género Documento DNI LC CE N.º

Domicilio

Localidad Provincia Teléfono

Fecha de nacimiento Edad años

Lugar de nacimiento Argentina: ¿dónde? Otro país: ¿cuál?

¿Primera consulta? SI NO ¿cuando fue la última consulta? (en meses)

¿Con quién concurre a la consulta? (marque todas las que correspondan)
 1- Sola 2- Familiar 3- Amiga/o 4- Vecina/o 5- Novio 6- Exnovio 7- Otro (¿quién?)

¿Fue derivada de otro servicio? NO SI ¿cuál?

Datos de la agresión sexual

Ante la imposibilidad de relatar el hecho debe seguirse el Protocolo y, si fuera posible, hacer un análisis de toxicología.

Consignar si se trató de una o más agresiones y en caso de ser más de una, entre que fechas

Ha sido víctima de 1- Violación 2- Intento violación 3- Abuso sexual Fecha y hora

El agresor/es (marque con x todas las que correspondan)
 a- Extraño/s cantidad b- Conocido/s cantidad
¿Quién/es? 1- Padre 2- Padrastro 3- Pareja 4- Exnovio
 5- Amigo 6 - Vecino 7- Otro/s

Tipo de violación (marque con x todas las que correspondan)

1- Vaginal 2- Oral 3- Anal

¿Hubo eyaculación? NO SI No sabe

¿El agresor usó preservativo? NO SI No sabe

¿Había consumido alcohol o drogas antes del hecho?

1- Nada 2- Alcohol 3- Drogas 4- No sabe

¿El agresor había consumido alcohol o drogas antes del ataque?

1- Nada 2- Alcohol 3- Drogas 4- No sabe

Breve historia de lo ocurrido

Ante la imposibilidad de relatar el hecho, debe seguirse el Protocolo y, si fuera posible, hacer un análisis de toxicología.

Antecedentes

¿Usa anticonceptivos?

NO SI (si la respuesta es "sí" especificar) 1- ACO 2- DIU 3- Inyectables 4- Preservativo
 5- Diafragma 6- Óvulos o cremas 7- Métodos naturales 8- Otro/s

¿Ha sufrido con anterioridad una situación de abuso o violación?

NO SI (si la respuesta es "sí" especificar) a) ¿A qué edad? _____ años
b) ¿Por parte de quién? 1- Padre 2- Padrastro 3- Exnovio
 4- Amigo 5- Vecino 6- Otro/s

¿Existen antecedentes de violencia en su... (marque con x todas las que correspondan)

- a) ...familia de origen? NO SI (si la respuesta es "sí", especificar)
- 1- Psicológica 2- Física 3- Sexual
 4- Verbal 5- Económica 6- Otro tipo
- b) ...relación conyugal? NO SI (si la respuesta es "sí", especificar)
- 1- Psicológica 2- Física 3- Sexual
 4- Verbal 5- Económica 6- Otro tipo

Examen médico

Lesiones

Lesiones genitales

- a) Previas NO SI (si la respuesta es "sí", especificar)
- 1- Hematomas 2- Desgarros 3- Cortante
 4- Punzante 5- Punzo-cortante
 6- Quemadura 7- Otra
- b) Actuales NO SI (si la respuesta es "sí", especificar)
- 1- Hematomas 2- Desgarros 3- Cortante
 4- Punzante 5- Punzo-cortante
 6- Quemadura 7- Otra

Lesiones en otras partes del cuerpo

- NO SI (si la respuesta es "sí" especificar)
- a) ¿Dónde?
- 1- Cabeza / rostro 2- Cuello 3- Miembros superiores
 4- Torso / abdomen 5- Miembros inferiores
- b) ¿De qué tipo?
- 1- Hematoma por contusión 2- Fractura por golpe 3- Asfixia
 4- Herida bala, puñal u objeto cortante 5- Otro (especificar)

Profilaxis

- 1) Anticoncepción de emergencia: NO SI Tipo: _____
- 2) Profilaxis VIH: NO SI Esquema: _____
- 3) Profilaxis hepatitis B: NO SI Esquema: _____
- 4) Profilaxis ITS: NO SI Esquema: _____

Interrupción legal del embarazo/aborto no punible

Se debe informar a la víctima que en caso de embarazo tiene derecho a solicitar su interrupción legal.

Se informa a la paciente la fecha para realizar un test de embarazo y quién es su profesional de la salud de referencia en el hospital.

Fecha de la última menstruación (FUM): _____ Fecha sugerida para realizar el test de embarazo: _____

Profesional que la/o asistió: _____

Estudios serológicos

En cumplimiento del art. 6º de la Ley 23.798 (Decreto Reglamentario 1244/91)

Buenos Aires, _____ del mes de _____ de 20 _____

Se acepta en forma libre y voluntaria, luego de haber sido suficientemente informada/o por: _____ la conveniencia de realizar una prueba diagnóstica para la detección del VIH. Se ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y se ha transmitido el alcance y significado de los resultados. A su vez, se han asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento. También se ha informado sobre el derecho a la asistencia, en caso de estar infectada/o por el VIH, en el marco de la legislación vigente.

Por todo lo expuesto, se consiente la realización de los procedimientos diagnósticos aconsejados por haber sido víctima de abuso sexual. Se ha indicado que requerirá estudios serológicos posteriores. En este acto médico se hace entrega de un instructivo explicativo.

Nota: El presente consentimiento abarca también los diagnósticos serológicos de hepatitis B y C.

Nombre de la usuaria/o

Firma

DNI

Nombre de la/el representante
(de corresponder)

Firma

DNI

En caso de no consentimiento

Habiendo sido informada/o de los riesgos respecto a la salud y de la normativa de las resoluciones 19/1998 y 18/2000 del Ministerio de Salud y Acción Social, no se consiente la realización de estudios serológicos.

Nombre de la usuaria/o

Firma

DNI

Nombre de la/el representante
(de corresponder)

Firma

DNI

Aclaración de la/el médica/o interviniente: _____

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier duda y he contestado completamente y con claridad todas las preguntas hechas.

Firma del médica/o

Aclaración

Nº Matrícula

Tratamiento antirretroviral

En cumplimiento del art. 6º de la Ley 23.798 (Decreto Reglamentario 1244/1991)

Buenos Aires, _____ del mes de _____ de 20 _____

Nombre y apellido de la/el representante _____

Se me informa que la profilaxis post exposición es una verdadera "urgencia infectológica" y que si se inicia la terapia con antirretrovirales dentro de las 72 hs de producida la exposición podría evitar la replicación del virus y, por lo tanto, la infección sistémica. El mayor beneficio de la profilaxis antirretroviral es la reducción de la posibilidad de adquirir la infección por el VIH después de la exposición.

El VIH puede ser transmitido eficientemente por una transfusión sanguínea, se estima que el 95% de los receptores de sangre contaminada se infectan. El riesgo de transmisión por un episodio de exposición a agujas o jeringas endovenosas es del 0,67%, por episodio de exposición percutánea el riesgo es del 0,4%.

El riesgo de transmisión del VIH por un episodio de relación sexual sin uso de preservativo varía de acuerdo a la condición serológica de la persona que realiza la penetración: se denomina "penetración receptiva" si la realiza una persona presuntamente VIH positiva y "penetración incertiva" si la realiza una persona VIH negativa a una persona VIH presuntamente positiva. De acuerdo a las características del episodio, el riesgo es: anal receptiva, de 0,8 a 3% (alto riesgo); vaginal receptiva, de 0,05 a 0,8% (mediano riesgo); anal y vaginal incertiva ídem (mediano riesgo); oral receptiva con eyaculación, de 0,01 a 0,05% (bajo riesgo).

Las características de un violador lo ubican entre las personas con alto riesgo de ser VIH positivo y debe ser considerado como tal, salvo que existiera la posibilidad de estudiarlo. Por lo tanto si ha habido penetración y/o eyaculación, se indicará quimioprofilaxis para evitar la posible transmisión de VIH.

Si se indica tratamiento se debe realizar monitoreo de toxicidad con realización de hemograma y hepatograma.

Normalmente se utiliza una combinación de dos o tres fármacos para alcanzar el máximo de eficacia, durante cuatro semanas consecutivas en toma diaria.

La profilaxis puede plantear la posibilidad de que el niño/a presente algunos efectos secundarios como son cansancio, molestias gastrointestinales (diarrea, náuseas, dolor abdominal) o alteración de los parámetros hematológicos. Ocasionalmente puede provocar pancreatitis, rash cutáneo, anemia, leucopenia, nefrolitiasis y hepatitis. Se desconocen sus efectos teratogénicos y oncogénicos a largo plazo.

Por todo lo expuesto, habiendo evaluado y comprendido la información que he recibido, acepto en forma libre y voluntaria que he sido suficientemente informada/o por: _____ sobre la conveniencia de realizar la profilaxis antirretroviral. Estoy satisfecha/o con esas explicaciones y las he comprendido; he tenido oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente a mi entender y comprensión.

Por tal motivo, consiento que se realice a mi representada/o: _____

DNI _____ Edad _____ los procedimientos terapéuticos aconsejados por haber sido víctima de abuso sexual.

NOTA: En este acto médico se me hace entrega de un instructivo explicativo, y de la medicación correspondiente por el período de _____

Firma de la/el representante

Aclaración

DNI

En caso de no consentimiento

No consiento realizar el tratamiento antiretroviral a mi representada/o _____

DNI _____ Edad _____

Habiendo sido informada/o de los riesgos respecto a la salud y de la normativa de las resoluciones 19/1998 y 18/2000 del Ministerio de Salud y Acción social. En función de lo expuesto, y previa valoración de la información recibida, por escrito y verbalmente, me niego a consentir el tratamiento antirretroviral propuesto para mi representada/o.

Por la presente manifestación, eximo a: _____
a la Institución / Hospital, sus directivos, personal médico, auxiliar y demás empleados, de toda responsabilidad por las consecuencias de no consentir la realización del tratamiento propuesto.

Firma de la/el representante

Aclaración

DNI

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier duda y he contestado completamente y con claridad todas las preguntas hechas.

Firma y matrícula de la/el médica/o

Aclaración

Víctima de delito contra la integridad sexual Embarazo producto de una violación

Datos de la declarante

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy consciente de que corresponde aplicar sanciones penales por falsa declaración y DECLARO:

- Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).
- Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 86, inc. 2 del Código Penal y sentencia "F.A.L. s/medida autosatisfactiva", marzo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación).

.....
Firma de la declarante

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces.

Señalar lo que corresponda

Menor de 14 años* Incapaz

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

.....
Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones –como el nuevo Código Civil y Comercial– en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.

Interrupción legal del embarazo / aborto no punible

Datos de la declarante

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1º y/o 2º del Código Penal.

A los fines referidos declaro expresamente: 1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto farmacológico–, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias. 2) Que he entendido la información que se me ha dado. 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma de la interesada

Aclaración

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces.

Señalar lo que corresponda

Menor de 14 años* Incapaz

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones –v.gr. el nuevo Código Civil y Comercial– en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

Firma del o de las/los profesionales médicos

Matrícula N.º

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la historia clínica y la copia se entrega a la interesada.

Bibliografía

- Andalaft, Jorge y Aníbal Faúndes (2001). "Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil". Presentación, *Simposio 2001. Violencia de género, salud y derechos en las Américas*, Cancún, México, 4 al 7 de junio.
- Bergallo, Paola y Ana Cristina González Vélez (2012). *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*. Bogotá: Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres (Colombia), Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR) (México), Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI); Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).
- Burgues, Ann Wolbert y Linda Lytle Holmstron (1976). "Rape Typology and the Coping Behavior of Rape Victims" (Reacción de las mujeres víctimas de violación), en Sharon McCombie (ed.) *The rape crisis intervention handbook. A guide of victim care*. Boston-Londres: Plenum.
- Center for Disease Control and Prevention (2006). *Sexual Assault-STD Treatment Guidelines*. Disponible en <http://www.cdc.gov/std/default.htm> [consulta, 26/10/2014].
- Centro de Ayuda a Víctimas de Violación de Puerto Rico (2006). *Protocolo de intervención con víctimas / sobrevivientes de agresión sexual en facilidades de salud*. Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud. Disponible en <http://www.salud.gov.pr/Programas/ORCPS/ProtocolosMedicos/Protocolos/Protocolo%20de%20Intervencion%20con%20sobrevivientes%20de%20Agresion%20Sexual%2030%20oct%202006.pdf> [consulta, 8/10/2014].
- Chejter, Silvia (1990). *La voz tutelada. Violación y voyeurismo*. Montevideo: Nordan.
- Chejter, Silvia y Beatriz Ruffa (2002). "Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar", en *Boletines de CECYM*. Buenos Aires: CECYM. Disponible en <http://www.cecym.org.ar/publicaciones#!boletines/c14xj> [consulta, 8/10/2014].
- Chejter, Silvia y Beatriz Ruffa (2005). "Dimensiones político culturales de la violencia hacia las mujeres", en *Delitos contra la Integridad Sexual*, documento n° 3, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Chejter, Silvia, Beatriz Ruffa y Susana Larcamón (ed.) (2005). *Aportes para la intervención desde del sistema público de salud*. Buenos Aires: CECYM.
- CSJN (2012). Fallo "F., A. L. s/Medida autosatisfactiva". Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517> [consulta, 8/10/2014].
- Dirección Nacional de Sida y ETS (2013). *Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones#cuatro> [consulta 27/10/2014].
- Drezett, Jefferson y Eliana del Pozo (2002). *El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual*. La Paz: IPAS. Disponible en <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/El-rol-de-los-servicios-de-salud-en-la-atencion-a-mujeres-victimas-de-violencia-sexual.aspx> [consulta 27/10/2014].
- FIGO (2012). *Misoprostol. Dosis recomendada*. Londres: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- FLASOG (2013). *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (s./f.). *Violencia de género. Protocolo de abuso sexual infanto juvenil*. Ministerio de Salud, Resolución 4904/2008. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/reso904.pdf> [consulta, 8/10/2014].

- Lara, Diana, Sandra García, Jennifer Stickler, Hugo Martínez y Luis Villanueva (2003). "El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México", en *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 139, supl. 1. México.
- Ley 25.087. De "Delitos contra la integridad sexual". Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/57556/norma.htm> [consulta, 8/10/2014].
- Ley 26.485. De "Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales". Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm> [consulta, 8/10/2014]. Decreto reglamentario 1011/2010. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169478/norma.htm> [consulta, 8/10/2014].
- Ley 26.529. De "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud". Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> [consulta, 8/10/2014]. Decreto reglamentario 1089/2012. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/199296/norma.htm> [consulta, 8/10/2014].
- Minden, Pamela (1989). "The Victim Care Service: A program for victims of sexual assault", en *Archives of Psychiatric Nursing*, vol 3(1), feb, 41-46.
- Ministério da Saúde, Brasil (2005). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Disponible en http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf [consulta, 27/10/2014].
- OMS (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf.
- PSSyPR (2007). *Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía para profesionales de la salud*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php [consulta, 8/10/2014].
- PSSyPR (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Coordinación técnica: Mariana Romero y Paola Bergallo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf> [consulta, 8/10/2014].
- PSSyPR (2014). *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*. Coordinación y elaboración de contenidos: Belén Provenzano y Florencia Salesi. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- Rodríguez, Marcela y Silvia Chejter (1999). "Ley 25087. Reforma del Código Penal en lo relativo a los hoy llamados delitos contra la integridad sexual de las personas", en *Boletines de CECYM*. Buenos Aires: CECYM- Centro Municipal de la Mujer de Vicente López. Disponible en <http://www.cecym.org.ar/publicaciones#!boletines/c14xj> [consulta 27/10/2014].
- Ruffa, Beatriz (1998). "Víctimas de violaciones. Reparación jurídica. Otras formas de reparación" en *Travesías*, 7, Palabra y violencia. Buenos Aires: CECYM.
- SNEEP (2012). *Informe Anual, República Argentina, 2012*. Disponible en http://www.jus.gob.ar/media/1125932/informe_sneep_argentina_2012.pdf [consulta, 8/10/2014].
- Tablado, Analía, Dora Daldevich, Alejandra J. Giurgiovich, Nélica A. Bosio, Patricia Paggi y Patricia Visir (2003). "Maltrato infantil y abuso sexual", en Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, *Manual de Ginecología Infanto Juvenil*, cap. XXXII, pág. 458-471. Buenos Aires: Ascune.

