

PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL Y LA ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS

1. FUNDAMENTACION

Según el Informe Mundial de la OMS sobre la Violencia y la Salud, realizado en Ginebra, en el año 2004, cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente.

La OMS define a la violencia como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones "

En 1980 se establece la unidad de Salud de la Mujer de la OMS (WHD) para promover y coordinar las actividades de salud y desarrollo de la mujer en todos los programas de la OMS. El objetivo general de WHD es contribuir a la promoción y el mejoramiento de la salud y los derechos de la mujer, y a la elaboración de programas y la formulación de políticas en materia de salud que promuevan la igualdad y la equidad de género para la mujer en este campo.

Su trabajo actual está orientado a integrar una perspectiva de género en la investigación, las políticas y los programas de salud, además de aumentar los conocimientos sobre temas específicos de la salud de la mujer que han sido descuidados, como la violencia contra la mujer y la mutilación genital femenina.

La información disponible a nivel mundial se centra en la violencia en la familia, la violación y la agresión sexual, la violencia contra la mujer en situaciones de conflicto y desplazamiento, al igual que la violencia contra la niña. Asimismo, se exploran las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer y la función que pueden desempeñar los trabajadores de salud pública en los esfuerzos multisectoriales para poner fin a la violencia.

En los años noventa la violencia contra la mujer surgió como centro de atención e interés de las organizaciones internacionales.

- En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución de las Naciones Unidas 48/104 (444). Esta define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada. " Abarca, sin carácter limitativo, "la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la

intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra. "

- Tanto en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 en Beijing, las organizaciones de mujeres de distintas partes del mundo abogaron por la terminación de la violencia basada en el género como problema de alta prioridad (479).
- El Programa de Acción de El Cairo reconoció que la violencia basada en el género es un obstáculo para la salud y los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing dedicó una sección entera al tema de la violencia contra la mujer.
- En marzo de 1994 la Comisión sobre Derechos Humanos designó a la primera Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer y la autorizó a investigar los abusos de los derechos humanos de la mujer (479).
- En 1994 la Organización de Estados Americanos (OEA) negoció la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Desde 1998, 27 países latinoamericanos han ratificado la convención (82).
- En mayo de 1996 la 49ava. Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA49.25) en la que se declara la violencia como una prioridad de salud pública (479). Así mismo apoya las recomendaciones efectuadas en las conferencias internacionales previas para acometer el problema de la violencia contra la mujer y la niña y abordar sus consecuencias para la salud y exhorta a la acción concertada de los gobiernos.
- En septiembre de 1998 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) reunió a 400 expertos de 37 países para discutir las causas y los costos de la violencia en el hogar, y las políticas y programas para abordarla. El BID financia actualmente proyectos de investigación y demostración sobre la violencia contra la mujer en seis países de América Latina.
- En 1998 UNIFEM lanzó campañas regionales en África, Asia y el Pacífico y América Latina destinadas a llamar la atención sobre el problema de la violencia contra la mujer en el mundo (502). UNIFEM también administra el Fondo Fiduciario en Apoyo de las Medidas para Eliminar la Violencia contra la Mujer, iniciativa que desde 1996 ha desembolsado US\$ 3,3 millones para 71 proyectos en distintas partes del mundo (503).
- En 1999 El Fondo de Población de las Naciones Unidas declaró que la violencia contra la mujer es "una prioridad de la salud pública" (445)

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido. La información de que se dispone sobre el alcance de esta violencia a partir de estudios científicos es todavía relativamente escasa. Sin embargo, la violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, y las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía.

En distintas partes del mundo, entre 16% y 52% de las mujeres experimentan violencia física de parte de sus compañeros, y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Es también sabido que la violación y la tortura sexual son usadas sistemáticamente como armas de guerra.

Es clara la necesidad de nuevas investigaciones sobre la conexión entre los aspectos de derechos humanos, jurídicos y económicos y las dimensiones de salud pública de la violencia.

Las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencias. Por lo tanto, la violencia contra las mujeres, en sus distintas expresiones, es una violación grave a sus derechos humanos fundamentales.

- La violencia contra las mujeres siempre tiene un impacto severo en su salud física y mental, y debe considerarse como un problema de salud pública de primera prioridad.
- Las mujeres deben tener acceso amplio y oportuno a la información y orientación respecto a leyes e instrumentos que las protegen y cómo utilizarlos.
- Las mujeres agredidas deben ser acogidas con prontitud, sensibilidad, respeto y empatía por las distintas instancias encargadas de su atención, en especial, por el personal de la salud, personal policial y judicial. Deben recibir, además, los servicios necesarios para aminorar los daños a su salud integral y prevenir embarazos no deseados y contagio de infecciones de transmisión sexual, en caso de sexo forzado.
- La violencia basada en el género debe ser enfrentada a partir de un enfoque multidisciplinario y multisectorial; su erradicación debe constituir, además, un compromiso de la sociedad en su conjunto en términos de eliminar la "naturalización" de la violencia contra las mujeres y toda conducta discriminatoria que las afecte.

La decisión de proteger la salud integral de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, defiende y promueve una cultura de paz, de igualdad y

equidad como condición central de la vida, integridad y salud de las mujeres y de la población en general.

En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer y es mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados.

Un cúmulo de evidencias que se multiplica rápidamente indica que la experiencia de la violencia en la mujer tiene consecuencias directas no sólo para su propio bienestar, sino también para el de sus familias y comunidades. Además de huesos rotos, quemaduras de tercer grado y otras lesiones corporales, el maltrato puede tener consecuencias para la salud mental a largo plazo, como es la depresión, los intentos de suicidio y el síndrome de estrés postraumático.

La violencia que incluye agresión sexual también puede causar enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y otros problemas de salud sexual y reproductiva. En el caso de la niña, las consecuencias para su salud pueden persistir en su vida adulta.

La violencia contra la mujer también puede tener repercusiones intergeneracionales. Por ejemplo, los varones que son testigos de las golpizas que sus madres reciben de sus compañeros tienen mayor probabilidad que otros niños de usar la violencia para resolver desacuerdos cuando sean adultos. Las niñas que presencian el mismo tipo de violencia tienen mayor probabilidad que otras niñas de establecer relaciones en las que serán maltratadas por sus compañeros. Por lo tanto, la violencia tiende a transmitirse de una generación a la siguiente.

Un paso necesario para romper esta cultura del silencio y opresión, es visibilizar ante la opinión pública las distintas formas de violencia contra las mujeres: violencia doméstica, violencia sexual, acoso sexual, violencia psicológica, abusos y hostigamientos, violencia económica, tráfico de mujeres, etc., y su impacto directo en la salud integral de las mujeres agredidas.

La **violencia doméstica**, la más extendida de todas las expresiones de la violencia con base en el género, puede manifestarse por agresiones físicas directas como golpes de diversa intensidad, con las manos, con instrumentos o armas; quemaduras; intento de ahorcamiento; abuso y violación sexual. Y también por violencia psicológica, a través de ofensas, humillación, coerción, descalificación, chantajes, amenazas de tipo económico o emocional, control de lo que se dice o hace, de la forma en que se viste, de las amistades, de las relaciones con la familia, con los compañeros de trabajo, etc. En casos extremos, pero cada vez más habituales, puede llegarse al asesinato de la mujer, o sea, cometerse un femicidio.

La mujer agredida, además de las lesiones físicas graves o menos graves, presenta baja autoestima, depresión, temor permanente, sentimientos de vergüenza y humillación, dependencia emocional hacia su pareja y temor al abandono, aislamiento. Asimismo, minimiza la extensión e intensidad del abuso que recibe y, al mismo tiempo, se siente culpable por lo que sucede.

La **violación**, también un fenómeno muy extendido y que afecta a mujeres sin distinción de edad, raza o clase social, constituye la mayor expresión de poder de una persona sobre otra. Más allá de lo sexual, es un acto de dominación y control que despoja a las mujeres de su dignidad y de sus más elementales derechos humanos. A menudo las mujeres violadas se ven juzgadas ellas mismas como instigadoras de la violación, ya sea por su forma de vestir, por caminar en lugares solitarios, peligrosos y a horarios imprudentes; o bien coloca en tela de juicio su conducta sexual anterior, lo que sin duda las revictimiza gravemente.

Depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, pesadillas recurrentes, sentimientos de humillación y autoculpabilización, problemas en el ejercicio de la sexualidad, posibilidad de embarazo y contagio de alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, son las principales consecuencias, aunque no las únicas.

Uno de los delitos que menos se notifica son los abusos sexuales hacia niñas/os y en particular el incesto. La gran mayoría de las víctimas de abuso sexual infantil son niñas quienes son atacadas por varones mayores, frecuentemente sus padres, padrastros, tíos o amigos cercanos de la familia. Estos hechos tienen también enormes repercusiones en su vida futura. Se ha comprobado que la victimización sexual a una edad temprana puede impedir que las niñas se protejan a sí mismas cuando llegan a su vida adulta, ya que tienen dificultades en considerarse personas con valor, dignidad y derechos.

El **acoso u hostigamiento sexual** es, por último, una realidad que enfrentan muchas mujeres en el entorno laboral o educacional. Puede considerarse una forma de coerción sexual que se basa en el poder del acosador, y en su potencial para afectar el estatus económico, laboral o académico de la víctima. Aunque no necesariamente implica el uso de la fuerza, afecta el bienestar físico y mental de la mujer, su autoestima, y su capacidad de relacionarse normalmente con otras personas. Algunos de los sentimientos que surgen ante un hecho de acoso son: ira, miedo, depresión, accesos de llanto, ansiedad, irritabilidad, baja autoestima, sentimientos de humillación y

alienación,
un sentimiento de impotencia y vulnerabilidad.

y

En la provincia de Buenos Aires, durante 2005, hubo más de 8800 denuncias en las comisarías de la Mujer y 123 homicidios consecuencia de la violencia familiar.

En la Ciudad de Buenos Aires, en el mismo período, se brindó asistencia en los Centros Integrales a 3669 víctimas, según datos de la Dirección General de la Mujer.

Los datos alarmantes en la provincia de Buenos Aires, nos reflejan que hay un delito sexual por día y que muere una mujer cada dos días. (octubre de 2006)

El problema de la violencia contra la mujer es enorme y preocupante. No hay respuestas fáciles. El sector de la salud no puede resolverlo por sí solo. Pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar una diferencia.

El sistema de atención de salud juega un papel importante junto con muchos otros sectores, como los servicios judiciales, policiales y sociales. Sin embargo, los sistemas mencionados no están en general preparados para abordar las consecuencias de la violencia o incluso reconocer los signos.

Los trabajadores de salud deben estar capacitados para reconocer los signos obvios de la violencia al igual que los más sutiles y para satisfacer las necesidades de salud de la mujer en este sentido. Las personas que trabajan en la comunidad, los centros de salud y los consultorios pueden oír rumores que una mujer está siendo golpeada o un menor abusado, o advertir pruebas de la violencia cuando la mujer se hace atender por otras afecciones.

Los que trabajan en los departamentos de urgencias en los hospitales pueden ser los primeros en examinar a una mujer lesionada por violación o violencia en el hogar.

Ellos pueden garantizar que se asignen recursos para recoger datos, formular normas para mejorar la identificación y el manejo del maltrato, además de asesoramiento y sensibilización del personal. Pueden propiciar contactos interinstitucionales para desarrollar distintas respuestas a las necesidades de las mujeres y las niñas maltratadas.

Desde una perspectiva de salud pública, es igualmente importante que existan programas sólidos de prevención y servicios de apoyo legales y sociales bien coordinados.

2. OBJETIVOS

Son objetivos del Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a Víctimas:

- a) Desarrollar acciones de prevención con el fin de sensibilizar a la población en general en el tema de violencia familiar y sexual y concientizar a las mujeres y niños en la defensa de sus derechos.

- b) Desarrollar acciones de atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual.
- c) Proponer el abordaje intersectorial de la problemática, convocando a otras instancias de la gestión pública, instituciones públicas y privadas y organizaciones sociales.

3. DESCRIPCIÓN

El Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a Víctimas se crea como órgano encargado de proponer políticas, convocar a la concertación, diseñar y ejecutar en el ámbito del Ministerio de Salud acciones de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población desde una perspectiva de género. Las acciones propuestas se realizarán en forma articulada con otras áreas del Ministerio de Salud relacionadas con la salud mental, la prevención, la promoción en la comunidad, la emergencia y la capacitación de los equipos de salud.

Tiene cinco líneas de intervención:

- 3.1. Capacitación a profesionales de la salud
- 3.2. Prevención de la violencia de género, familiar y sexual
- 3.3. Atención a las víctimas de violencia de género, familiar y sexual
- 3.4. Investigación y registro
- 3.5. Articulación interinstitucional

3.1 Capacitación de Profesionales de la Salud

Se realizarán cursos de capacitación para el personal de salud de hospitales y de los centros del primer nivel de atención de las diferentes áreas y servicios relacionados con la problemática de la violencia:

- Enfermería
- Emergencias
- salud mental
- ginecología y obstetricia
- clínica médica
- pediatría
- servicio social

Son objetivos de las capacitaciones:

- el abordaje interdisciplinario de la problemática de la violencia familiar y sexual desde una concepción integral de la salud y de la defensa de los derechos humanos.
- la protocolización de las actuaciones ante casos de violencia familiar y sexual

- el desarrollo de actividades de prevención en el hospital y fundamentalmente en los centros de primer nivel, en el seno de la comunidad.

3.2. Prevención de la Violencia familiar y sexual

Se prevé la realización de Campañas de Sensibilización en el marco del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y el Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, (25 de noviembre) en hospitales y centros de salud que incluyen acciones de movilización social (jornadas, ferias, festivales, reuniones de Mesas Multisectoriales y acciones de capacitación (charlas, talleres).

Las campañas constituirán una estrategia comunicacional, que consiste en el diseño y difusión de spot, en medios de comunicación televisiva, así como el diseño y difusión de cuñas radiales, jingles publicitarios, también se distribuirán folletos informativos. La estrategia comunicacional consiste además en participar en programas radiales, televisivos envío de notas de prensa, etc.

Se facilitará el desarrollo de proyectos de prevención de la violencia con la comunidad a cargo de los equipos de hospitales y centros de salud.

3.3. Atención a las Víctimas de Violencia Familiar y Sexual

a) Los Centros Emergencia Mujer CEM

Se propiciará la creación de equipos interdisciplinarios en los hospitales para la atención de las víctimas de la violencia familiar y sexual. Estos equipos integrados por médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social brindarán atención tanto en la emergencia como en el seguimiento a largo plazo, con la finalidad de lograr la asistencia de las diferentes lesiones, el cese de los actos de violencia, facilitar el acceso a la justicia a las víctimas, así como promover su recuperación emocional y social.

Las actividades de los profesionales serán efectuadas en base a protocolos.

Los derechos y obligaciones correspondientes a estas actuaciones son las emanadas del acto profesional, tanto en lo que concierne a la prestación brindada como al registro de la misma.

b) Línea de Emergencia: 107

Se capacitará a los/as operadores de la línea 107 para orientar en los servicios de atención en el sistema de salud, ante situaciones de violencia de género y familiar; así como también los lugares donde deben llamar o dirigirse las personas que eventualmente consulten.

3.4. Investigación y Registro de atención en violencia familiar y sexual

El Programa cuenta con una línea de intervención de Investigación y Registro, en la que se diseñara y pondrá en práctica un Sistema de Registro, a través del cual se reporte el número de personas que acudan a diario a los servicios mencionados; así como determinadas características de los actos. Completan esta línea de intervención el diseño de diferentes trabajos de investigación cuantitativa y

cualitativa de manera de poder profundizar el diagnóstico de la situación a fin de facilitar el diseño de políticas que respondan a tan grave problemática social.

Se propiciará la coordinación y creación de un registro único a nivel nacional del sistema de salud, como mecanismo necesario para el diseño de políticas de atención y prevención de la violencia contra la mujer.

3.5 Articulación Interinstitucional

Se propiciará el fortalecimiento de la articulación interinstitucional, previsto en la Ley 12569. Debido a la gran cantidad de actores gubernamentales y sociales involucrados, es fundamental fortalecer los lazos de actuación, entendiendo al Estado provincial como un agente de prevención y atención de la violencia más allá del organismo que haya iniciado la actuación en cada caso particular. Si bien el organismo responsable de programa provincial de violencia contra la mujer será el encargado de convocar, fijar agenda, etc., el o la responsable del presente programa, será la encargada por el Ministerio de asistir y facilitar las políticas de articulación interinstitucional.

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y ASISTENCIA A MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO

Los profesionales de la salud, se encuentran en una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia doméstica a través de la consulta programada, a demanda y de urgencia.

La identificación de las víctimas de maltrato es una tarea difícil, ya que la mujer no suele estar dispuesta a manifestar su situación de abuso o maltrato, llegando incluso a negarlo. Las mujeres que vienen a consulta declarando que han sufrido una agresión física son tan solo una pequeña parte de las que sufren violencia.

Muchas acudirán a la consulta reiteradamente con síntomas inespecíficos, motivos banales, manifestaciones somáticas o síntomas psíquicos poco específicos que pueden ocultar una situación de malos tratos.

Las consultas reiteradas pueden constituir una llamada de atención de la mujer ante un problema que no se atreve a revelar directamente.

El diagnóstico de una situación de maltrato se iniciará con la identificación de la posible existencia de los síntomas y señales que figuran más abajo. Los datos obtenidos de la anamnesis, exploración física e historia social y familiar de la paciente pueden orientar al profesional sanitario sobre la existencia de malos tratos.

SIGNOS Y SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO

FÍSICOS

- Cefalea.
- Dolor torácico y/o palpitaciones.
- Dolor osteoarticular de diferentes localizaciones.
- Trastornos digestivos.
- Parestesias, mareos inespecíficos.
- Astenia.
- Traumatismos de diversa intensidad, fracturas.
- Hematomas en diferentes fases evolutivas.

- Quemaduras, erosiones.
- Epistaxis frecuentes.
- Fracturas de tabique nasal de repetición.
- Pérdida de piezas dentales.
- Enfermedades de transmisión sexual.

PSICOLÓGICOS

- Trastornos ansioso-depresivos.
- Confusión, inseguridad, miedo, accesos de llanto.
- Hipervigilancia.
- Ideación suicida.
- Trastornos de la alimentación.
- Abuso de sustancias (tóxicos, psicofármacos).
- Trastornos del sueño.

SOCIALES

- Aislamiento social.
- Bajas laborales de repetición.
- Retraso en la solicitud de asistencia prenatal.
- Desnutrición.
- Depresión.
- Abuso de sustancias.
- Abortos "espontáneos" frecuentes.
- Partos prematuros.
- Recién nacido de bajo peso al nacer.
- Lesiones fetales.
- Angustiada, más triste.
- Temerosa, asustadiza.
- Tendencia a la infravaloración, baja autoestima.
- Actitud vergonzosa, sumisa.
- Comportamiento evasivo para proporcionar información.
- Relato discordante con las lesiones.
- Solicitud tardía de asistencia a las lesiones.
- Agotamiento físico y psíquico.
- Incumplimiento terapéutico reiterado.
- Anulación de las citas concertadas o ausencia reiterada a las mismas.
- Excesiva preocupación por su pareja o, por el contrario, comportamiento despectivo.
- Intenta controlar la entrevista.
- Responde a las preguntas de forma continuada sin dejar intervenir a la mujer.

En los casos de sospecha o en que se aprecien signos y síntomas indicativos de malos tratos, es necesario llevar a cabo una serie de actuaciones que conduzcan a la identificación del posible caso.

1. LA ENTREVISTA

La actitud que tomen los profesionales ante esta situación marcará la evolución de todo el proceso diagnóstico y terapéutico. La empatía y el acercamiento a la paciente sin reparos ni juicios previos favorecen la comunicación. El exceso de respeto hacia este tema, el miedo a implicarse y a la afectación personal se convierten en obstáculos que dificultan una correcta relación.

- Debe crearse un clima de confianza donde la paciente se sienta protegida y comprendida.
- **Es imprescindible que la entrevista se realice a solas, sin la presencia del esposo o familiar acompañante.**
- Establecer una escucha activa que permita captar lo que expresa verbalmente la paciente, la carga emocional asociada y las demandas implícitas en la comunicación.
- Aclarar desde el principio las siguientes cuestiones:
 - que se cree su versión y que es entendida.
 - que no tiene por qué sufrir maltrato.
 - que el maltrato no es inherente a la vida en pareja.
 - que se le puede ofrecer ayuda y apoyo.
 - que no es un hecho aislado, sino que se trata de una situación que afecta a millones de mujeres en todo el mundo.
 - reforzar el mensaje de su derecho a vivir sin violencia.
- **Evitar los consejos y la toma de decisiones por la paciente.** No emitir juicios sobre la situación. Nunca aconsejar que intente detener la violencia adaptándose a los requerimientos y forma de ser de su pareja, pues de forma indirecta podemos transmitir que ella es responsable de dicha violencia si no se somete.
- En el supuesto de que la mujer no quiera o pueda hablar del tema y exista una sospecha firme de presencia de malos tratos, se debe transmitir un alto grado de interés en el tema y que en cualquier momento podrá acudir a la consulta para tratarlo. El hecho de aceptar que se es víctima de malos tratos supone un shock para la mujer, costándole reconocer que se halla inmersa en un ciclo de violencia. Además, muchas mujeres que se saben maltratadas no quieren que se conozca su situación ni denunciar a su pareja.
- En la entrevista, además se valorará:
 - **La situación familiar:** apoyo de familiares, relaciones con estos, tipo de vivienda, número de convivientes.
 - **La situación social:** amigos y vecinos, si dispone de algún lugar donde vivir en el caso de que abandone el domicilio.
 - **Los recursos económicos** con los que cuenta, si tiene algún tipo de cualificación laboral que le permita acceder al mercado laboral.

2. EXPLORACION FÍSICA Y PSÍQUICA

Presencia de lesiones físicas: se debe examinar todo el cuerpo de la paciente.

Los maltratadores "aprenden" a pegar y con el tiempo suelen hacerlo en zonas que quedan ocultas. En caso de encontrar lesiones, **deben consignarse** los siguientes aspectos en la historia clínica:

- naturaleza (contusión, hematoma, erosión, herida, excoriación, mordedura, quemadura), forma y longitud.
- disposición: es frecuente que existan lesiones frontales en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales. Se prestará atención a la posible existencia de lesiones indicativas de defensa, como hematomas en la cara interna de antebrazos y lesiones en zonas no visibles.
- data de las lesiones. Esta información es prioritaria para precisar la evolución, así como para la valoración pericial del forense en caso de iniciarse un proceso judicial. Conviene tener en cuenta el siguiente cuadro, para evaluar este ítem:

Coloración de las lesiones en función del tiempo de evolución

Coloración Tiempo de evolución

Negro - azul oscuro Inmediato (< 1 día)

Rojo, violáceo 1 - 5 días

Rojo púrpura 5 - 7 días
Verdoso 7 - 10 días
Amarillento > 2 semanas

Realización de diagnóstico diferencial con lesiones accidentales: es infrecuente que un traumatismo casual ocasione lesiones bilaterales o en regiones parietales, si el golpe fue craneal. Ante una caída fortuita, los hematomas suelen aparecer en la parte externa de las extremidades y no en las zonas internas.

PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Valoración de daño psíquico: debe explorarse la respuesta psíquica inmediata o tardía, según el momento en el que se evalúe a la paciente, teniendo en cuenta:

- Las **circunstancias** que lo originaron.
- La existencia de factores **agravantes de la vivencia**, como pueden ser la utilización de armas o el ensañamiento.
- La **valoración subjetiva** que hace la paciente.

Shock emocional.

Síntomas psicósomáticos

Negación de lo sucedido.

Molestias inespecíficas

Confusión.

Trastornos del sueño

Abatimiento. Depresión-ansiedad

Temor a una nueva agresión.

Baja autoestima

Sensación de culpabilidad y vergüenza.

Trastorno por estrés postraumático

• **Valoración emocional**

Pueden usarse entrevistas libres o estructuradas, y los criterios diagnósticos del DSM- IV.

• **Estimación del riesgo de suicidio:** la entrevista clínica proporcionará la clave diagnóstica. Los antecedentes familiares y personales en relación con este acto (suicidios consumados o intentos), enfermedades previas, malos tratos en la infancia, impulsividad... orientarán en la valoración del riesgo. Durante la entrevista se abordará directamente la existencia de ideas de suicidio y de planes concretos, así como si se encuentra en posesión de armas de algún tipo. En el cuadro siguiente se exponen los signos de alarma de riesgo suicida.

Signos de alarma de riesgo suicida.

- . Euforia tras un período de desesperanza.
- . Audacia temerosa o accidentes múltiples.
- . Existencia de remordimientos.
- . Autocrítica exagerada.
- . Desesperanza.
- . Discurso con contenidos suicidas.
- . Elaboración de testamento o regalo de pertenencias.

Valoración del riesgo vital: es imprescindible estimar el riesgo que corre la paciente en caso de que no desee abandonar el hogar. Se preguntará a la mujer:

- si cree que es seguro volver a casa.
- si cree que cuenta con familiares o amigos que le puedan acoger sin confabularse con el agresor.
- si teme por la seguridad de sus hijos.

Las circunstancias que pueden ocasionar un agravamiento de la violencia o el homicidio de la paciente son los que quedan reflejados en el cuadro siguiente:

- . Consumo de drogas o abuso de alcohol por la pareja.
- . Aumento de la frecuencia de los episodios violentos.
- . Lesiones graves.
- . Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.
- . Cambios en la situación laboral del agresor.
- . Tramitación de separación.
- . Violencia sexual.
- . Fracaso de los sistemas de apoyo familiares y sociales.
- . Conducta vigilante, celos patológicos por parte del agresor.
- . Intentos de suicidio o llamadas de atención de la paciente.

Es una premisa esencial no subestimar el riesgo. Si se detecta alguno de los anteriores indicadores o la paciente asegura que se encuentra en situación de riesgo vital, hay que darle credibilidad y adoptar las medidas pertinentes.

3. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Con los datos de la entrevista y la exploración física y psíquica es posible establecer un diagnóstico así como **un plan de medidas** encaminadas a la atención de la víctima. Las medidas pueden contemplar la instauración de tratamiento médico y farmacológico, derivación al dispositivo asistencial especializado, derivación a los servicios sociales, salud mental, y cumplimentación del informe de lesiones, y estado emocional de la paciente, registrando todo en la Historia Clínica, y entregando copia si lo solicita.

Debe realizarse el tratamiento de las lesiones físicas. En el caso de tener que prescribir psicofármacos, valorar siempre la necesidad de no mermar las capacidades de la mujer (que debe estar alerta ante un nuevo ataque) así como de los posibles intentos de autolisis. En estos casos, evitar los hipnóticos y los antidepresivos tricíclicos.

La terapia familiar no está indicada mientras persista la violencia.

En los supuestos de agresiones sexuales se seguirán las recomendaciones sobre prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

4. OTRAS MEDIDAS A ADOPTAR

Se facilitará la información necesaria para que la víctima comprenda la situación que está viviendo, proporcionándole una visión sin distorsiones de la realidad e intentando romper su aislamiento. Así

mismo, se informará sobre los recursos sociales y los teléfonos de emergencia disponibles.

El profesional de la salud puede sentirse frustrado porque la mujer no muestre intención de abandonar al maltratador de inmediato. Se deberá tener la precaución de no transmitir el mensaje de decepción (se iniciaría un proceso de victimización secundaria). Es necesario informar del valor de presentar una denuncia firme, pero la paciente es quien debe decidir y lo hará cuando esté preparada para ello.

El profesional de la salud deberá dejar en la historia clínica de la paciente constancia clara de la situación de violencia detectada, considerando una falta grave si así no lo hiciera.

Una vez establecido el nivel de riesgo, se recomienda actuar siguiendo las pautas que figuran a continuación:

Pautas de actuación en función del riesgo:

Situación de riesgo inmediato:

- . Emisión del informe de lesiones, detallando lo observado y actuado.
- . Denuncia inmediata a la comisaría que corresponda, en caso de configurar delito de lesión.

Situación de riesgo no inmediato:

- . Complimentar informe médico y parte de lesiones.
- . Establecer un plan de seguridad con la mujer.
- . Informar de los recursos sociales disponibles (Comisaría de la mujer, Consejo Municipal de la Mujer , reparticiones provinciales que brinden atención específica, líneas telefónicas gratuitas, ONG locales, etc.)
- . Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes.
- . Comunicar el caso a Servicio Social de la institución.
- . Derivación al Servicio de Salud Mental.
- . Si la mujer tiene hijos pequeños, informar al pediatra.
- . Indicar visitas de seguimiento periódicas.

Si la mujer no presenta un riesgo inmediato, se debe trazar con ella una estrategia de seguridad y un plan de huida, para aplicar si es necesario.

Si ha decidido abandonar el hogar, es recomendable dar los siguientes consejos:

- Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.
- No dar ningún indicio de la intención de huida.
- Conocer previamente los lugares donde puede acudir.
- No difundir la dirección del lugar en el que se va a alojar.
- Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor.

En espera de encontrar el momento adecuado y ante la posibilidad de tener que marcharse de forma precipitada (por una situación de riesgo para su vida o la de sus hijos), es conveniente tener preparada una lista de teléfonos de amigos y familiares, así como tener depositados en algún lugar de confianza los siguientes documentos o fotocopias de los mismos y demás enseres que podrán ser necesarios y probablemente no tendrá oportunidad de recoger.

- Medicinas habituales.
- Ropa para la mujer y los niños.
- Agenda de direcciones.
- Certificados médicos.
- DNI, y otras documentaciones de valor.
- Dinero para cubrir las necesidades básicas.

- Llaves.

No hay que olvidar que las agresiones más violentas y, en muchos casos aquellas que acaban con la vida de la mujer, suceden cuando se están realizando los trámites de separación o cuando la mujer decide abandonar el domicilio conyugal.

La comunicación con el pediatra, cuando la mujer tiene hijos pequeños, es necesaria puesto que los niños pueden ser víctimas directas del maltrato o por las secuelas psicológicas que les puede ocasionar el hecho de ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.

Un aspecto importante y que no debe ser olvidado es que, con frecuencia, el agresor y la agredida tienen asignado el mismo médico. No se debe comentar la situación con el presunto maltratador sin el permiso explícito de la víctima. Si ella instara al profesional a realizar este contacto, deberá ser advertida de las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de este hecho.

5. DERIVACIONES.

Las derivaciones que se realicen se **registrarán en el informe para la historia clínica** y en el parte de lesiones. Pueden realizarse derivaciones a:

- Servicios Sociales: notificación al trabajador social del centro de salud, o de los lugares específicos (Consejo de la Mujer municipal) quienes prestarán el asesoramiento legal y contención necesaria.
- Centros de la mujer o reparticiones oficiales: si necesita ayuda legal o en caso de existir riesgo vital, para servicio en Casa de Refugio.
- Servicios de Salud Mental: para el tratamiento y apoyo psicológico pertinente.
- Servicio de Ginecología de Urgencias: en caso de agresiones sexuales.

6. SEGUIMIENTO

El seguimiento de la mujer maltratada debe ser realizado por personal de salud que la atendido, en función de las expectativas y demandas de la mujer. Se programarán consultas periódicas de seguimiento en las que se evaluará el estado de las lesiones previas y la posible aparición de otras nuevas, así como el estado psíquico de la mujer y la ideación suicida.

Se revisará:

- si se ha producido un incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de maltrato sufrido.
- si las agresiones se han extendido a otros miembros de la familia o convivientes en el mismo domicilio.
- si se ha modificado el riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de tóxicos, pérdida del trabajo...).
- el estado de la red social de apoyo.
- el plan de seguridad.

En los controles de seguimiento se continuará trabajando con la paciente, reforzando ideas clave como que nadie merece ser maltratado y que los malos tratos no deben ser lo habitual en la relación de pareja. **No emitir juicios ni tomar decisiones por ella.**

Es importante que en toda guardia hospitalaria y/o centro de salud comunitarios, cuenten con una carpeta de recursos locales, para la asistencia a víctimas de maltrato.

**PROTOCOLO DE ACCION ANTE
VICTIMAS DE VIOLACIÓN**

El presente protocolo define el procedimiento a seguir ante una mujer que ha sufrido una violación y acude a un servicio de salud. **El protocolo completo es aplicable en las consultas que se realizan en forma inmediata,** ya que la prevención del embarazo y del VIH-SIDA pierden efectividad transcurridas 72 y 24 horas respectivamente.

La actitud de los profesionales debe ser atenta, creer en su relato, aceptar las decisiones y dudas así como respetar sus silencios y reservas.

En cada caso las necesidades pueden ser diferentes, por lo tanto, los integrantes del equipo de salud podrán responder a la demanda o deberán derivar para apoyar a la consultante, fortalecerla, evaluar riesgos, orientarla o derivarla a otros servicios. Es muy importante que la persona se sienta acogida desde que ingresa ya sea al servicio de urgencia o a otro servicio.

En cada caso las necesidades pueden ser diferentes, por lo tanto los integrantes del equipo de salud deberán responder a la demanda o realizar la derivación correspondiente. En ambas situaciones el objetivo prioritario será el de apoyar a la consultante, fortalecerla, evaluar riesgos.

Es fundamental que la persona se sienta acogida desde que ingresa en el servicio de urgencia u otro servicio.

Flujograma de atención

Las mujeres que sufrieron violaciones pueden acceder al sistema de salud de la provincia de Buenos Aires a través de sus efectores.

Dicho acceso podrá ser por los consultorios externos de los diferentes servicios en los horarios habituales de atención (Ginecología, Salud Mental, Clínica, Traumatología, etc.) o a través de las Unidades de Guardia, durante las 24 horas.

En caso de que la víctima ingrese por la guardia general del hospital, se pedirá atención de urgencia con profesionales de salud mental. En caso de no contar con ese recurso de guardia se procederá a efectuar la derivación adecuada al Servicio de Salud Mental.

Los servicios asistenciales deberán diseñar un flujograma de acuerdo a su estructura:

- Si entra por el servicio de guardia será inmediatamente derivada al tocoginecólogo/a de guardia que será el encargado de la aplicación del protocolo con la complementación de laboratorio e infectología y acompañamiento psicológico.
- Si entra por consultorio externo de servicio de ginecología y obstetricia será un equipo, en lo posible interdisciplinario- médica/o, psicóloga/o, asistente social, enfermera/o- quien aplique el protocolo con la complementación de laboratorio e infectología.

- Si entra por cualquier otro consultorio externo será derivada al servicio de ginecología y obstetricia, cuyo equipo interdisciplinario tendrá a su cargo la atención con la complementación de laboratorio e infectología.

Es importante que:

- El protocolo y los insumos necesarios estén disponibles en todos los servicios que puedan atender a personas que sufrieron violaciones.
- Que se destine un espacio físico adecuado para preservar la privacidad.
- Se registren cuidadosamente los datos a fin de disponer de una información que permita seguimientos y evaluaciones y eventualmente estudios comparativos.
- Que se implementen los mecanismos necesarios tanto asistenciales como administrativos, para proteger la confidencialidad de los datos relevados.
- Que quien atienda a una víctima de violación le informe a cerca de la posibilidad de una derivación a un equipo especializado, dentro de la misma institución, si lo hubiera, o de otra institución y le informe de sus derechos legales.
- En los casos en que la persona no hiciera la denuncia, se le informe que la atención médica que va a recibir no está relacionada con la conservación de las pruebas.
- Se le informe a la víctima de los procedimientos médicos que serán aplicados, y se le solicite el consentimiento informado expreso en todos los casos.
- Si se tratare de mujer menor de edad el consentimiento será otorgado por el padre, madre o tutor, y en caso de mujer incapaz, el curador debidamente acreditado o su representante legal.

- Se exceptúa la realización de la documentación detallada en los casos de extrema urgencia que imposibiliten su obtención, dejando constancia de esta situación en la Historia Clínica.
- En el caso que la víctima sea una mujer, y se niegue a ser atendida por un profesional varón, se facilite la atención por parte de una profesional mujer.

Examen médico

El examen médico debe identificar todas las lesiones, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones. Debe realizarse el examen ginecológico (genitales internos y externos), y tomar las muestras para laboratorio para diagnosticar posibles ETS.

Recoger material para examen microscópico directo y para cultivos de contenido vaginal, endocervical, región ano rectal y eventualmente faríngeo (en búsqueda de Neissería gorronea, tricomonas, Clamidias, entre otros).

Efectuar frotis, conservar material en tubos estériles secos, con solución fisiológica y en medios de transporte apropiado para aerobios, anaerobios chlamydia trachomatis, etc., si se dispusiera de ellos.

Tomar muestras de sangre para serología de sífilis, HIV (con consentimiento informado), hepatitis B y C.

Puede ser de utilidad conservar una muestra de sangre en el freezer para eventuales pruebas futuras.

Realizar el registro pertinente en la historia clínica, libro de guardia, etc.

Solicitar hemograma y hepatograma.

Detección y prevención de embarazo: una de las muestras de sangre se destinará a dosar Subunidad beta de HCG, a fin de conocer si la mujer estaba o no embarazada antes del ataque sexual.

Tratamiento

1. Tratamiento de lesiones.
2. Suero hiperinmune y vacuna antitetánica. En caso de no tener la vacunación actualizada.
3. Vacuna antihepatitis B. Si no tiene previamente la vacunación completa con controles de anticuerpos.
4. Tratamiento de ETS que puedan ser diagnosticadas en el momento.
5. Tratamiento profiláctico de ETS: la oportunidad y el tipo de profilaxis de ETS no cuenta con consenso unánime. Es aconsejable no realizar profilaxis rutinaria, sino evaluar individualmente la indicación. No genera conflictos la prevención de gonococcia, clamidiosis y Trichomoniasis.

~~Un esquema posible para prevenir todas ellas puede ser:~~

Ceftriaxona 1 g I.M dosis única (sífilis, gonococcia)

- Doxiciclina 1 comprimido cada 12 horas, durante 3 días (clamidias)
- Metronidazol y Nistatina, óvulos (Tricomonas, cándida)

6. Tratamiento de prevención del embarazo: norgestrel - Etinilestradiol 1 comprimido y repetir a las 12 - 24 y 48 horas. Si no tienen este medicamento puede usarse levonorgestrel, 1 comprimido cada 24 hs. (2 tomas). O si no, estrógenos conjugados 1, 25 mg., 2 comprimidos cada 6 horas durante 48 horas. Puede provocar mastalgia, náuseas, vómitos.

7. Tratamiento anti-retroviral:

Debido a la toxicidad de los mismos, se deberá proveer tratamiento solo para 48 -72 hs., lapso máximo en el que deberá ser evaluada por un médico infectólogo, que decidirá la conducta final a seguir, según Normas de la Sociedad Argentina de Infectología (SAD) versión 2002.

Régimen básico: AZT 600 mg./día + 3 tc 150 mg c/12 hs.

Régimen ampliado: Reg. Básico + indinavir 800 mgr. C/8 hs. O nelfinavir mgr c/8 hs. En lo posible comenzando dentro de las 2 hs. de la exposición.

Seguimiento

- Psicoterapéutico.
- Médico: control de heridas, control toco ginecológico periódico.
- Laboratorio: repetición de exudados y examen de sangre para controles.
 - o A los 7 días Fta abs. , a las 6 semanas VDRL cuantitativa.
 - o En la semana 3 control de HIV (ELISA). Con autorización de la paciente. Repetir a los 3 y 6 meses.
 - o A los 3 y 6 meses repetir serología Hepatitis B y C
- Interconsulta con infectología.
- Social.

EL NUEVO MARCO LEGAL

En abril de 1999 se sancionó la Ley 25.087 que modificó el Capítulo del Código Penal concerniente a los delitos sexuales, entre los que se incluyen las violaciones y abusos sexuales.

Un cambio relevante es la modificación del nombre de la ley. Antes se hablaba de "delitos contra la honestidad" y en la actualidad se denominan **delitos contra la integridad sexual de las personas**. Esto refleja mejor la experiencia de las mujeres ya que reconoce que las violaciones constituyen una afrenta a la integridad y a la dignidad, y no al honor -de la propia mujer o de algún varón cercano- al que refería la palabra "honestidad".

También es importante la mayor amplitud que se da a los conceptos. La nueva ley distingue:

- la **violación**: penetración por cualquier vía; es decir, no sólo vaginal sino también anal y el sexo oral.
- el **abuso sexual calificado**: prácticas que, aunque no sean de penetración son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o masturbar al agresor y otros actos sádicos.
- el **abuso sexual**: incluye actos más "leves", como toqueteos o contacto con los genitales.

Dentro de los cambios, es preciso aclarar que ha desaparecido la denominación "abuso deshonesto". Asimismo, la nueva ley desplaza la idea anterior de "no haber podido ejercer suficiente resistencia" hacia la idea más cercana a las situaciones reales de agresiones sexuales, de **no haber podido consentir libremente**. Esto refleja mejor la realidad de muchas violaciones o abusos donde no necesariamente hay fuerza física, que deja marcas, sino donde existe un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza.

Tanto antes como después de la reforma, se entiende que pueden ser denunciados agresores desconocidos, conocidos, allegados o familiares.

La ley es más severa en cuanto a penas, cuando existe relación de parentesco. Y si bien la nueva normativa no menciona de modo expreso la **violación marital**, esta situación podría estar contemplada cuando se refiere a violaciones o abusos sexuales en el marco de "las relaciones de dependencia, de autoridad o de poder".

La denuncia

Por tratarse de delitos de instancia privada, cuando la víctima es mayor de 18 años, solamente ella puede denunciar.

Cuando se trata de niñas/os y adolescentes menores de 18 años podrán denunciar en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores. En caso de que exista indicios o sospechas de que la niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado los profesionales de salud están obligados a denunciar para asegurar su integridad.

El Fiscal podrá actuar de oficio- es decir, por su propia iniciativa- cuando los intereses de la niña o niño sean opuestos o incompatibles con los de sus padres o tutores, ya que se entiende que niñas y niños están en una situación de mayor vulnerabilidad y sus derechos son prioritarios.

Cuando la víctima es adulta pero no tiene capacidad de discernimiento se debe actuar como en los casos de menores.

La ley no dice que la denuncia debe ser realizada en forma inmediata. En sentido contrario a lo que se piensa, los plazos legales para presentar una denuncia son amplios. El tiempo depende de la gravedad del delito. Por ejemplo: en casos de violación el plazo legal es de 12 años y en casos de abusos sexuales, es de 4 años.

Sin embargo, cuanto menos se demore en realizarla más credibilidad tendrá la denunciante. El problema está en que esa urgencia se contradice con el tiempo necesario -diferente en cada mujer- para reflexionar y decidir qué hacer. Muchas mujeres necesitan compartir con familiares, amigas/os o profesionales lo sucedido antes de tomar decisiones. Este proceso demanda tiempo. Por otra parte, la urgencia tiene que ver con la conveniencia de ser revisada de inmediato por el médico forense (o legista), para que éste pueda encontrar las llamadas "pruebas del delito".

Las denuncias de delitos sexuales pueden ser realizadas ante autoridades policiales -es decir, en la Comisaría más próxima- o también ante la autoridad judicial: en los Juzgados Penales o Fiscalías.

Si se hace ante la Policía es necesario exigir que se realice la revisión médica (por parte del médico legista) en forma inmediata.

Tanto las Comisariías como las fiscalías atienden todos los días.
Es necesario generar la mayor síntesis en el proceso y la historia clínica debe ser minuciosa de todas las circunstancias previas, durante y después del hecho.

PROTOCOLO DE ABORTO NO PUNIBLE

FUNDAMENTOS .

La elaboración de estos procedimientos se fundamentan en la necesidad de contar con pautas que permitan aplicar el aborto en los supuestos contemplados como no punibles en los términos del Artículo N° 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal.

El Artículo N° 86 del Código penal segundo párrafo establece que:

....." El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1. Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida ò la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;
2. Si el embarazo proviene de una violación ò de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota ò demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para la practica abortiva.

I) PRINCIPIOS GENERALES APLICABLES A LOS EFECTORES DEL SISTEMA DE SALUD

1. La interrupción del embarazo en los casos mencionados en los Incisos 1 y 2 del Artículo 86 del Código Penal no requieren autorización judicial.
2. Todo personal de los efectores de salud afectados a temáticas de salud sexual y reproductiva debe conocer las instancias para la atención y contención y/o eventual derivación a hospital de referencia para la solicitud (o practica) de aborto no punibles. Se debe actuar con celeridad para que haya menor dilación posible en la evaluación del caso y si lo amerita la interrupción de la gestación.
3. El hospital arbitrará los medios necesarios a fin de dar una respuesta a la paciente que, por si o por medio de sus representantes y/o curador solicite el aborto en los términos del Artículo N° 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal, a fin de agilizar la resolución expeditiva del caso.

El/La Director/a del Hospital tiene la responsabilidad de brindar la atención y práctica solicitada siempre que se cumplan los requisitos y procedimientos establecidos en el presente.

4. De los responsables :

- a) El/La director/a del hospital será el/la responsable de disponer de los recursos y reemplazos para el cumplimiento del procedimiento previo, en caso de corresponder, sin dilaciones.
- b) Todos los hospitales que tengan servicios de toco ginecología deberán integrar equipos interdisciplinarios para la evaluación y contención de cada caso que se presente.

II) PROCEDIMIENTO :

1. La atención de aborto no punible en los supuestos de peligro para la vida y la salud integral de la mujer embarazada deberá efectuarse bajo el siguiente procedimiento :

- a) El peligro para la vida o para la salud de una mujer embarazada, causado y/o agravado por el embarazo, debe ser fehacientemente diagnosticado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, o por el profesional que corresponda según el caso.

El equipo interdisciplinario deberá expedirse en un plazo no mayor a 5 días hábiles.

El/La Director/a del Hospital deberá conformar el diagnóstico y la interrupción de la gestación. Asimismo deberá disponer los recursos necesarios para la realización del procedimiento.

Se analizarán los casos planteados

A los fines de este diagnóstico debe considerarse a la salud como " un completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades" (OMS Doc. Básico 42, Ed. 1999, pag.1) Por lo tanto, deben considerarse situaciones tales como síndrome de estrés post-traumático, depresión profunda, intentos de suicidio y ser víctima de violencia, entre otros.

- b) Deberá requerirse el consentimiento informado de la mujer embarazada, explicándole en términos claros y de acuerdo a su capacidad de comprensión el diagnóstico y pronóstico del cuadro y la posibilidad de interrumpir el embarazo.

Deberá dejarse constancia en la historia clínica de la información brindada, la constancia de la paciente embarazada de haber comprendido dicha información, dejándose debida constancia del consentimiento a efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la paciente y/o representante del paciente según sea el caso y los profesionales responsables. En los supuestos de menores de edad deberá requerirse el consentimiento de sus representante legales.

- c) Se deberá ofrecer asistencia psicológica desde el momento en que solicita la interrupción del embarazo y hasta después de realizada la intervención, gozando de prioridad en la asignación de turnos.

- d) La solicitud de interrupción de embarazo deberá contar en la Historia Clínica de la paciente, previo cumplimiento y debe estar la fecha y firma del médico.

Con el consentimiento informado, la interrupción de la gestación deberá efectuarse en un plazo no mayor a 3 días hábiles, desde la elevación de lo Informado por el equipo interdisciplinario.

- e) En aquellos supuestos en que la mujer embarazada solicitara interrupción del embarazo aduciendo peligro para su salud y el equipo interdisciplinario evaluare que no se configura dicha situación, deberá registrarlo en la historia clínica, rubricada por los/as profesionales tratantes e informándole a la paciente en los términos del punto precedente. Del mismo modo se informará por escrito a la paciente en los términos del punto precedente.

2. La atención de aborto no punible en el supuesto de mujer embarazada incapaz deberá efectuarse bajo el siguiente procedimiento.

- a) Consentimiento informado prestado por el/la representante legal debiendo ser acreditado dicho carácter mediante documentación correspondiente con firma debidamente certificada.
- b) Declaración de insana, con firma debidamente certificada o dictamen médico de equipo interdisciplinario de salud mental, de conformidad con lo establecido en el presente.
- c) Denuncia judicial o policial de la existencia de la violación.

En caso de negativa injustificada del/la representante legal a consentir el acto médico, se procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil¹

III) DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

1. DE LA INTEGRACIÓN:

- a) En cada Hospital deberá conformarse un equipo interdisciplinario ad-hoc el que deberá estar integrado por un mínimo de cuatro miembros titulares y cuatro miembros suplentes.
- b) El equipo deberá estar conformado por un/a Toco ginecólogo/a; Psicólogo/a; un Médico/a Psiquiatra y un/a Trabajador/a Social.
- c) Los miembros del equipo deberán ser designados por el Director/ra, por acto administrativo interno.
- d) No podrán ser designados como miembros integrantes los profesionales objetores de conciencia.

2. DE LAS FUNCIONES :

- a) Evaluar y producir un dictamen que indique si el caso de la paciente se encuadra en alguno de los tipos planteados en el Inciso 1 y 2 del Artículo N° 86 del Código Penal. En un plazo no mayor de 5 días hábiles deberán expedir su dictamen. El mismo tendrá carácter vinculante para el efector de salud. El

¹ Art. 61: “ Cuando los intereses de los incapaces, en cualquier acto judicial o extrajudicial, estuvieren en oposición con los de sus representantes, dejarán éstos de intervenir en tales actos, haciéndolo en lugar de el/los, curadores especiales para el caso de que se tratare”.

dictamen se elevará a la/el director/a del Hospital quién refrendará el dictamen. En caso de que no se logre un dictamen unánime deberá decidir la/el Director/a del Hospital.

- b) A fin de cumplimentar lo establecido en el Artículo anterior, el médico tratante derivará a la paciente con el correspondiente diagnóstico y/o con acreditación fehaciente de declaración de insania.
- c) En el caso del paciente derivado con diagnóstico médico, el equipo interdisciplinario deberá evaluar el diagnóstico en el caso que correspondiere, emitiendo el dictamen que indique si corresponde o no efectuar la interrupción gestacional. En el caso que resulte convalidado deberá expedirse indicando dentro de que tipología se haya comprendida la paciente. Cuando se tratare de diagnóstico de insania y surgieran dudas sobre el mismo, se requerirá la intervención de un equipo de un hospital público especializado en salud mental o del equipo de salud mental del mismo.
- d) El equipo interdisciplinario convocará a la paciente y/o a su representante y/o curador a fin de ser informada sobre el diagnóstico y tratamiento a seguir.
En el caso de ser pertinente efectuar el aborto en los términos del Artículo N° 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal, se dará inicio al proceso de consentimiento informado en los términos del Artículo N° 86 del Código Penal.
- e) una vez obtenido el consentimiento por parte del paciente y/o su representante y/o curador y habiendo obtenido la convalidación del equipo interdisciplinario y refrendado el dictamen por el Director/a del hospital, se podrá proceder al acto quirúrgico de interrupción gestacional.
- f) En ningún caso de interrupción voluntaria del embarazo realizada en concordancia con lo dispuesto en el presente protocolo se requerirá la intervención o autorización de ninguna autoridad judicial o administrativa para resolver sobre la conveniencia u oportunidad o sobre los métodos a emplear. Cualquier decisión que adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la mujer embarazada desde la perspectiva de la salud.

3. OBJETORES DE CONCIENCIA

- a) En términos generales se ha definido a la objeción de conciencia como..." al problema de si se puede ó no permitir una exención de una ley general que pueda compeler una conducta en violación a la religión ó creencia.
Cualquier abordaje posible a la problemática que plantea objeción de conciencia en ámbitos sanitarios, debe evitar privilegiar solo a alguno de los intereses en juego; se imponen la prudencia, la participación y el respeto de todos los afectados.
En cualquier caso deberían intentarse respuestas que no signifiquen el desbaratamiento ó aniquilación de ninguno de los derechos fundamentales; la ponderación de la afectación de los bienes jurídicos en juego no debería resolverse por la anulación de unos frente a otros; la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha indicado que la interpretación de estos casos " no debe efectuarse de tal modo que queden

frente a frente derechos y deberes por ella enumerados para que se destruyan recíprocamente" ..

- b) El objetor debe suscribir una declaración en donde manifieste que ejercerá la objeción tanto en ámbitos asistenciales públicos, como privados.
- c) La oportunidad de invocar la objeción a determinado deber profesional debe realizarse con suficiente antelación para permitir disponer el reemplazo del objetor, de modo tal que se garantice el acceso efectivo y oportuno a las prestaciones requeridas vinculadas al goce efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva.
- d) Para valorar la procedencia de la objeción, además debe tenerse presente que el incumplimiento del deber no debe resentir el bien común ó afectar a terceras partes; el Máximo Tribunal de Justicia así lo ha entendido al establecer que: "la libertad religiosa incluye la posibilidad de ejercer la llamada " objeción de conciencia",... que haya sustento en los Artículos 14 y 33 de la Constitución Nacional, entendida como el derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente los derechos de terceros u otros aspectos del bien común."

En otro precedente la Corte, entendió que "jurídicamente la libertad de conciencia , en su ejercicio, haya su límite en las exigencias razonables del justo orden público, del bien común de la sociedad toda y en la protección de la existencia y de los legítimos derechos de la nación misma, finalidades éstas que obviamente inspiraron las disposiciones constitucionales supra citadas"

4. PROPUESTA CREACIÓN DE REGISTRO DE OBJETORES DE CONCIENCIA

- a) Declaración del objetor y acuerdos Institucionales.

En aquellas instituciones asistenciales que cuenten con servicios de atención en salud sexual y reproductiva deberían suscribirse sendas declaraciones de los agentes sanitarios, en donde estos puedan dejar asentado si objetan determinadas prácticas ó acciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva.

Estas practicas permitirían generar acuerdos institucionales, en donde, por un lado se releve del cumplimiento de los deberes previamente objetados, y por otro, se organice el servicio, tanto para las funciones ordinarias o programadas, como las de guardia de emergencia, garantizando la asistencia de personal no objetor a fin de no afectar el derecho de las personas que requieran la aplicación de practicas o métodos objetados.

Los servicios que garanticen el pleno ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva pueden constituirse a través de la organización de practicas programadas, a demanda o de urgencia. La atención por ejemplo, de victimas de delitos contra la integridad sexual y corporal, requiere un actuar rápido y diligente a fin de minimizar las consecuencias

dañosas del hecho ilícito, como puede acontecer con la hipótesis de embarazos no deseados productos de violaciones.

La posibilidad de contar con un registro institucional de objetores de conciencia, previene cualquier hipótesis en la que un servicio en pleno se transforme en objetor, desbaratando el goce y ejercicio efectivo al derecho a prestaciones oportunas y eficaces en salud sexual y reproductiva.

El registro deberá ser de acceso público.