

**VISTO:**

La Ordenanza N° 867/11 sancionada por ese Honorable Concejo Deliberante;

El Decreto N° 172/11 del Departamento Ejecutivo;

Que es necesario ante la detención de situaciones de violencia, en la oportunidad de la consulta Medica, implementar una Ordenanza que regule por medio de un protocolo dicha situación, de acuerdo a la expresado en la Ley Provincial N° 12569 sobre violencia familiar, y;

**CONSIDERANDO:**

Que la Violencia Familiar constituye un problema de salud a nivel mundial;

Que en efecto es una causa significativa de morbimortalidad;

Que como se sabe, la violencia no es un problema nuevo, lo relativamente reciente es el hecho que haya dejado de considerarse un asunto privado y comience a reconocerse como un problema de salud. Este reconocimiento constituye un paso imprescindible para su prevención y control.

Que los principales organismos internacionales (ONU y OMS) con competencia en salud, reconocen la violencia como un real problema de salud;

Que teniendo en cuenta que la violencia contra las personas es un fenómeno complejo y multicausal, son necesarias las instituciones, disciplinas y profesionales que intervienen en la atención integral de la problemática. Sin lugar a dudas los profesionales de la salud juegan un papel relevante en la prevención, detección y tratamiento de ese problema;

Que desde esta perspectiva, resulta esencial la organización de una red de servicios sanitarios y sociales que garantice una intervención adecuada, mediante un abordaje coordinado y complementario;

Que dentro del sistema de salud los/as profesionales del primer nivel de atención constituyen un elemento clave en el abordaje de la violencia por estar en un lugar estratégico, ocupando una posición privilegiada para la detección de las situaciones de maltrato, por su accesibilidad, por la atención integral que brindan, por el conocimiento del /la paciente y su contexto familiar;

Que resulta imprescindible, en primer lugar, que los/as profesionales de la salud en general y en particular los que ejercen sus funciones en servicios asistenciales de urgencias y en el nivel de atención primaria reciban formación específica en la materia y puedan concientizarse acerca de la importancia de su intervención, como así también de las obligaciones que derivan del ejercicio profesional.

Que en segundo término y a efectos de optimizar y sistematizar la intervención de la medicina ante situaciones de violencia. Es necesario que se desarrollen protocolos de intervención ante casos de violencia contra las personas;

Que el costo social y sanitario de la violencia familiar es igual o mayor que los problemas de salud (VIH/sida, cáncer, adicciones, etc.) y sin embargo con ella no se han empleado sistemáticamente estos modelos;

Que el protocolo ofrece a los pacientes una valiosa oportunidad para decirle a su medico que esta sufriendo un maltrato;

Que mediante el Decreto N° 172/11 el Departamento Ejecutivo Veta Parcialmente los Artículos 1°, 2° y 9° de la Ordenanza N° 876/11.

Que corresponde la corrección de los Artículos mencionados en el considerando anterior para una adecuada aplicación de la norma.

Por ello, **EL HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DEL PARTIDO DE PUNTA INDIO**, en uso de sus atribuciones sanciona la siguiente:

**ORDENANZA**

**Artículo 1°):** El Departamento Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud y Política Ambiental implementara el protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia familiar en la Consulta Medica del sistema público.

**Artículo 2º):** El Departamento Ejecutivo, mediante la Secretaría de Salud y Política Ambiental, coordinará la aplicación de la presente norma legal a todos los efectores de la salud Privada del Distrito.

**Artículo 3º):** El objetivo general de la presente Ordenanza es la detección precoz e intervención temprana ante los casos de violencia.

**Artículo 4º):** Los objetivos específicos son:

- a) Protocolizar la intervención de los profesionales de la salud para el abordaje de casos de violencia contra las mujeres.
- b) Disminuir la morbimortalidad en ocasiones de víctimas de violencia.
- c) Promover el desarrollo de habilidades profesionales y formación específica en entrevistas o consultas clínicas.
- d) Optimizar la intervención de los profesionales de la salud ante la presencia de situaciones de maltrato.
- e) Identificar casos encubiertos de violencia familiar y situaciones de riesgo.
- f) Documentar la violencia en la historia clínica personal del paciente.
- g) Brindar orientación e información a los pacientes acerca de los servicios especializados en la materia.

**Artículo 5º):** El protocolo será de uso obligatorio para los profesionales de los equipos de salud pública de las UUSS y Hospital de la Comunidad de Punta Indio. Siendo de carácter optativo para el paciente.

**Artículo 6º):** En caso de negativa de los paciente a responder las preguntas contenidas en el protocolo el/la profesional actuante deberá dejar constancia de ello por escrito con su firma y sello en la historia clínica. En todos los casos el Protocolo formara parte de la Historia Clínica.

**Artículo 7º):** En todos los casos, en la consulta médica, se informara a los pacientes los servicio de atención de violencia donde se pueda derivar, mas cercana a su residencia.

**Artículo 8º):** La autoridad de aplicación determinará la modalidad de elaboración de cuadros estadísticos y la creación de una Área de registro único de datos sobre la aplicación del protocolo a los fines de diseñar e implementar políticas públicas específicas en la materia. Como también brindara la capacitación específica para los profesionales integrantes del equipo de salud municipal y extensiva por invitación, a los efectores de la Salud del ámbito Privado.

**Artículo 9º):** Los recursos destinados a la aplicación de la presente Ordenanza serán devengados del Presupuesto de los diferentes Programas de la Secretaría de Salud y Política Ambiental. La autoridad de aplicación deberá tomar los recaudos necesarios para el continuo abastecimiento de los insumos o recursos que considere a cada uno de los centros en las que se implemente el protocolo a fin de dar cumplimiento a sus objetivos.

**Artículo 10º):** Se adjunta en el ANEXO I el Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia contra la Mujer en la Consulta Medica a aplicar en el sistema de Salud del Municipio de Punta Indio.

**Artículo 11º):** Se adjunta en el ANEXO II el Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia y Maltrato Infantil, en la Consulta Medica a aplicar en el sistema de Salud del Municipio de Punta Indio.

**Artículo 12º):** Se adjunta en el ANEXO III el Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violación, en la Consulta Medica a aplicar en el sistema de Salud del Municipio de Punta Indio.

**Artículo 13º):** Deróguese la Ordenanza N° 867/11.

**Artículo 14º):** Comuníquese, Regístrese y Archívese.

**DADA EN LA SESIÓN ORDINARIA N° 12 DEL HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DE PUNTA INDIRIO, EN LA LOCALIDAD DE VERÓNICA EL DIA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2011.-**

**Registrada bajo el N° 874/11.-**

## ANEXO I

### PROTOCOLO DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

El maltrato y la violencia son situaciones muy frecuentes en la vida de las mujeres. Esto tiene distintas consecuencias. Como alguna de ellas pueden afectar el estado de salud, comenzaremos a hacer estas preguntas durante la consulta médica general.

Responderán a estas preguntas sólo las mujeres que así lo deseen, sin que esto altere la relación con su médico o médica.

**El contenido de las respuestas será absolutamente confidencial.**

**1. ¿Su pareja o alguien importante para Ud. en el entorno familiar le ha causado daño emocional o psicológico por medio de algunas de las siguientes situaciones en forma repetida? Por ejemplo:**

insultos	maltrato a sus hijos/as
hacerla sentir avergonzada o humillada	desprecio por las tareas que Ud. realiza
burlas	destrucción de objetos propios
amenazas	daño a mascotas
rechazo o desprecio	aislamiento de amigos/as o parientes
otras.....	.....

Sí                                       No                                       No desea contestar

**¿Quién (quienes) lo hizo?**

**¿En qué etapas de su vida sucedió?** (puede marcar más de una si corresponde)

niñez    adolescencia    juventud    adultez    embarazo y postparto  
 mayor de 65 años

**¿Sucede actualmente?**

Sí                                       No                                       No desea contestar

**2. ¿Su pareja o alguien importante para Ud. del entorno familiar le ha causado daño físico grave al menos una vez, o ha recibido agresiones menores en forma reiterada? Por ejemplo:**

<input type="checkbox"/> empujones	<input type="checkbox"/> patadas	<input type="checkbox"/> zamarreos	<input type="checkbox"/> quemaduras	<input type="checkbox"/> pellizcos
<input type="checkbox"/> ahorcamiento	<input type="checkbox"/> tirón de pelo	<input type="checkbox"/> golpes con objetos	<input type="checkbox"/> golpes de puño	
<input type="checkbox"/> mordeduras	<input type="checkbox"/> palizas	<input type="checkbox"/> cachetadas	<input type="checkbox"/> daño con armas	

**Otra forma.**

**Cuál?:**

**¿Quién (quienes) lo hizo?**

**¿En qué etapas de su vida sucedió?** (puede marcar más de una si corresponde)

niñez    adolescencia    juventud    adultez    embarazo y postparto  
 mayor de 65 años

**¿Sucede actualmente?**

Sí                                       No                                       No desea contestar

3. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por al haber tenido relaciones o contacto sexual contra su voluntad?

Sí

No

No desea contestar

4. ¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual?

Sí

No

No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo?

¿En qué etapas de su vida sucedió? **(puede marcar más de una si corresponde)**

adolescencia  noviazgo  matrimonio  embarazo y postparto

mayor de 65 años

¿Sucede actualmente?

Sí

No

No desea contestar

5. Hoy en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?

Si

No

No desea contestar

## ANEXO II

### PROTOCOLO DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE SITUACIONES DE VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Este Protocolo es para la Detección, Asistencia y Notificación del Maltrato Infantil es otro paso en el abordaje interdisciplinario para la asistencia efectiva, en colaboración, complementariedad y reconocimiento constructivo entre los distintos ámbitos que intervienen en la atención a la infancia.

Por este se pretende asesorar a quienes en su labor diaria pueden intervenir en la detección, cuidados, información y apoyo a las/os niñas/os y adolescentes víctimas de malos tratos.

El objetivo fundamental es ofrecer una atención sanitaria integral y unificar las actuaciones de los profesionales.

#### **OBJETIVOS**

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar con esta guía son:

1. Sensibilizar y motivar a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en la prevención, detección y asistencia del maltrato infantil.
2. Clarificar y unificar los conceptos básicos más importantes sobre maltrato infantil: definición, tipologías, indicadores, etc.
3. Facilitar los procesos de detección y notificación, indicando cuándo, cómo y a quién debe comunicarse la situación observada.
4. Promover actuaciones coordinadas entre las diferentes instituciones implicadas en la atención a esta población.

#### **CONCEPTOS GENERALES**

##### **Definición De Maltrato Infantil**

"Se considerará maltrato infantil cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño." (Gracia Fuster y Misitu Ochoa, 1993)

El maltrato a la infancia puede producirse en diferentes contextos (violencia en las aulas, maltrato entre iguales, violencia ejercida por personas ajenas a la familia del menor.).

Este documento aborda la detección y notificación del maltrato que se produce en un contexto intrafamiliar.

El maltrato infantil en el contexto familiar es el más frecuente. Por otra parte, el tipo de relación que el profesional sanitario puede observar desde su consulta es la de los cuidadores con los niños.

Hablar de maltrato infantil implica definir:

1. Factores de riesgo
2. Señales de alerta
3. Tipología de maltrato
4. Gravedad
5. Indicadores de maltrato.

#### **1. FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del niño/a o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato.

No existe una situación de maltrato sino factores personales y/o sociofamiliares que pueden precipitar la situación de maltrato

Los factores de riesgo por sí solos NUNCA PRUEBAN la existencia de malos tratos, sólo PREDICEN la probabilidad de que aparezcan.

La siguiente tabla muestra algunos de los factores de riesgo que pueden detectarse desde el ámbito sanitario:

#### **EN EL NIÑO**

- Nacimiento prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Hijo no deseado.
- Déficit físico y/o psíquico, que conlleva que el niño no cumpla satisfactoriamente las actividades propias de su edad.
- Problemas médicos crónicos o retrasos en el desarrollo.
- Problemas de conducta (llanto incontinente, sueño irregular, dificultad para seguir órdenes, para alimentarse, hiperactividad, etc.)

- Apego especial hacia los adultos.
- Aislamiento emocional.

#### **FAMILIARES Y AMBIENTALES**

- Historia de malos tratos en la infancia en uno o ambos padres.
- Falta de habilidades para la crianza del niño.
- Expectativas inapropiadas con la edad del niño.
- Trastornos emocionales, mentales o físicos en uno o ambos padres.
- Estilo de disciplina excesivamente laxo u punitivo.
- Abuso o dependencia (drogas, alcohol, juego.)
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva.
- Múltiples problemas en la convivencia de la pareja.
- Carencia de condiciones básicas de habitabilidad del hogar.
- Valores y actitudes negativas hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Falta de apoyo social.
- Falta de capacidad empática.
- Baja tolerancia al estrés.

## **2. SEÑALES DE ALERTA**

Las señales de alerta son signos o síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y/o psíquico del niño, que no corresponden con el momento evolutivo del mismo y que no responden a causas orgánicas.

Indican que algo sucede y que el niño está somatizando su afección.

Obviamente, estos síntomas no dicen nada por sí mismos si se presentan de manera aislada y de forma puntual. Pasan a ser señales de alerta cuando:

- Van asociados (existe más de un síntoma) y/o
- Son persistentes.

Las señales de alerta NO PRUEBAN una situación de maltrato, ya que pueden aparecer como síntomas de otras circunstancias, pero sí que identifican la necesidad de intervenir.

Lo que sí nos indicaría la posibilidad de existencia de una situación de maltrato infantil es la actitud de los padres y/o responsables del niño ante la intervención de los profesionales de la salud. Si ante una señal de alerta, la actitud de los padres no es de solicitud, de apoyo o de colaboración ante la propuesta de intervención sino de indiferencia, rechazo u omisión de las indicaciones de la intervención, podemos pensar en una posible situación de maltrato infantil.

La siguiente tabla muestra los tipos de señales de alerta ante los que el profesional debe reaccionar para descartar (o no) la existencia de una posible situación de maltrato:

#### **LACTANTE Y PREESCOLAR EN EDAD ESCOLAR**

- ❖ Trastorno de la alimentación.
- ❖ Dificultades escolares.
- ❖ Trastorno del sueño.
- ❖ Trastornos de la comunicación y la relación.
- ❖ Trastorno de la conducta.
- ❖ Trastornos de la conducta.
- ❖ Miedo y fobias leves.
- ❖ Trastornos por ansiedad.
- ❖ Anomalías en el juego.
- ❖ Trastornos del estado de ánimo.
- ❖ Retraso del desarrollo psicomotor.
- ❖ Manifestaciones somáticas.
- ❖ Trastornos del comportamiento alimentario.
- ❖ Abuso de sustancias tóxicas en adolescentes.
- ❖ Trastornos psicóticos.

## **3. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO**

Son las diferentes manifestaciones del Maltrato Infantil.

En función de las características del maltrato, de la actitud de los padres / tutores y de las repercusiones que se producen sobre el niño, el Maltrato Infantil se clasifica a través de diferentes manifestaciones.

La tipología que se muestra corresponde a la empleada en la práctica profesional, y es la que recoge de forma más ajustada los casos que se detectan en la población infantil. Hay que tener siempre presente que estas categorías son un acuerdo arbitrario y no son excluyentes.

Se ha añadido el síndrome de Münchausen, que inicialmente no está contemplado en la tipología de maltrato utilizada por los servicios competentes, por ser un maltrato que se detecta principalmente desde el ámbito sanitario.

Los tipos de maltrato infantil que se contemplan en este documento son los que se mencionan a continuación. Más adelante se hará una descripción de ellos.

- Maltrato físico.
- Maltrato emocional.
- Negligencia física.
- Negligencia emocional.
- Abuso sexual.
- Explotación laboral o mendicidad.
- Corrupción

- Abandono
- Síndrome de Münchausen por poderes.
- Secuestro y sustitución de identidad.
- Maltrato institucional
- Ritualismo

#### 4. GRAVEDAD DEL MALTRATO

En función de su gravedad el maltrato puede clasificarse en leve, moderado o severo.

La valoración de la gravedad de un maltrato se puede definir por:

1. La cercanía afectiva/familiar/ambiental del agresor/a que ha provocado el maltrato.
2. El tipo de lesiones y secuelas del maltrato en el niño/a.
3. Si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida.
4. La posibilidad de autoprotección del propio niño/a o lo que es lo mismo, la existencia de factores de vulnerabilidad tales como:
  - La corta edad del niño/a.
  - Las limitaciones personales (discapacidad física y/o psíquica).
5. La inexistencia de factores protectores externos:
  - Inexistencia de adultos cercanos que puedan protegerlo o que tengan capacidad para ello.
  - Dificultad de acceso del niño a recursos sociales, bien por la limitación que implica su edad, bien por la prohibición de los cuidadores de acceder a ellos.

#### 5. INDICADORES DE MALTRATO

Son signos objetivos que se asocian a una manifestación concreta del Maltrato Infantil.

Cada manifestación o tipología de maltrato infantil tiene asociado un conjunto de indicadores que lo definen y que, a su vez, pueden clasificar el maltrato en leve, moderado o severo, en función de la gravedad del mismo.

Así mismo, los indicadores de maltrato infantil tienen peculiaridades distintas en función del entorno desde el que se detecten.

La frecuencia de las manifestaciones, cómo y con quién se producen son datos que habrá que tener en cuenta a la hora de considerar un posible caso de maltrato infantil.

##### 1. Maltrato físico

«Cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo».

Los indicadores más frecuentes dentro de esta tipología son:

1. Lesiones cutáneo-mucosas
2. Lesiones oculares
3. Quemaduras
4. Lesiones osteo-articulares
5. Traumatismo de cráneo
6. Lesiones genitales y anales
7. Intoxicaciones
8. Mordeduras
9. Lesiones viscerales
10. Estrangulación o asfixia
11. Alopecias traumáticas

##### 2. Maltrato emocional

«Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar».

Los tipos de conducta que comprende esta tipología de maltrato son:

1. Rechazo: el relato que los padres hacen de su hijo implica un menosprecio, una descalificación. Uso de sobrenombres humillantes.
2. Aterrorizar: amenazar al niño/a continuamente con castigos o exigiendo objetivos inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlos.
3. Aislamiento: privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
4. Niñas/os testigos de violencia familiar
5. Comunicación ambigua, con uso del doble mensaje.

##### 3. Negligencia física

«Las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, educación, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño».

Los indicadores más habituales en esta tipología de maltrato son:

1. Alimentación inadecuada o insuficiente
2. Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico.
3. Escasa higiene corporal.
4. Ausencia o retraso en la atención médica.
5. Falta de supervisión de un adulto.
6. Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar peligrosas.
7. Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.

#### **4. Negligencia emocional**

«Falta persistente de respuesta a las señales, (llanto, sonrisas) expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño; y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable».

Los tipos de conducta más frecuentes que comprende la negligencia emocional son:

1. Ignorar: ausencia total de disponibilidad de los progenitores o cuidadores hacia el niño/a.
2. Desconocer las actividades cotidianas de la/el niña/o, con quién está ó se relaciona y/o a qué lugares concurre.
3. Justificar ese abandono por supuestas "dificultades" presentadas por el la/el niña/o. Los progenitores afirman que "no saben qué hacer".
4. Rechazo o retraso de atención psicológica, de iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso.
5. Carencia de respuestas o iniciativas ante conductas de apego, o apoyo hacia la/el niña/o
6. Ausencia de responsabilidades parentales.

#### **5. Abuso sexual**

«Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el niño».

El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

Los tipos de conducta que comprende son:

En función de la relación entre la víctima y el abusador;

1. Incesto.
2. Violación. En función del tipo de contacto sexual
3. Abuso sexual sin contacto físico.
4. Abuso sexual con contacto

Algunos indicadores que señalarían este tipo de maltrato son:

1. Comportamientos y discursos sexuales que no están de acuerdo a su edad
2. Presencia de enfermedades venéreas
3. Ropa interior ensangrentada o rota
4. Dolor en zona genital
5. Embarazo temprano
6. Dificultades para relacionarse con sus pares

#### **6. Explotación laboral**

«Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) exceden los límites de lo habitual, (b) deberían ser realizados por adultos, (c) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y (d) son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar».

Cualquier actividad que el/la niño/a realiza en la calle, estaciones de trenes, ventas ambulantes varias, y que lo colocan en situaciones de riesgo de ser abusada/o o ser víctima de accidentes.

#### **7. Corrupción**

«Los adultos promueven o refuerzan en el niño conductas desviadas incapacitándole para experiencias sociales normales. El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo, por contener pautas antisociales, delictivas o autodestructivas».

Los tipos de conducta que comprende son:

1. Conductas delictivas, como testigo o participante
2. Tráfico de drogas.
3. Consumo de drogas.
4. Comportamientos autodestructivos o violentos.
5. Pornografía infantil.
6. Prostitución infantil

#### **8. Abandono**

«Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño».

#### **9. Síndrome de Munchausen por poderes**

«Los padres o cuidadores simulan enfermedades en el niño al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta (ej.: mediante la administración de sustancias al niño o niña)».

Los indicadores más frecuentes en esta tipología son:

1. Signos clínicos persistentes de causa inexplicable.
2. Discordancia entre la historia y las manifestaciones clínicas.
3. Padres que inventan enfermedades sin signos clínicos verificables
4. Madre/padre con historia psiquiátrica o con antecedentes de padecer el Síndrome de Munchausen
5. Cambios constantes de los lugares de atención



## **10. Secuestro y sustitución de identidad**

Se refiere a los casos en los que el menor fue separado de su madre ni bien nacía, para ser entregado a personal policial, a personas relacionadas con los secuestradores, a personas que realizan adopciones ilegales, para venta de recién nacidos y/o a organizaciones que se dedican a esas actividades, negando su identidad y la posibilidad de volver con su familia de origen. Asimismo incluye a los menores secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares.

## **11. Maltrato institucional**

Se entiende por maltrato institucional a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual de los profesionales que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos de la/el niña/o". (Martínez Roig, 1989).

## **12. Ritualismo**

Se obliga a las niñas/os a participar en rituales, ceremonias o prácticas religiosas donde se somete a los/las niños/as a diferentes formas de abuso.

Los indicadores más frecuentes en esta tipología son:

1. Pertenencia de la familia a sectas o cultos no reconocidos socialmente
2. Relato de creencias y rituales extraños que involucren el cuerpo o la psiquis de la/el niña/o
3. Someterlo a prácticas de purificación "alimenticias" ó "excretoras",
4. Utilización del niño/a en prácticas de tipo sexual bajo formas justificadas como "religiosas",
5. Impedimento de participación social y comunitaria. Aislamiento
6. **INDICADORES MÁS HABITUALES DE MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO**

## **INDICADORES EN EL NIÑO**

1. Cicatrices, heridas, quemaduras que aparecen repetidamente o que en la exploración observamos que están en distinta fase evolutiva.
2. Dolores recurrentes a los que no se encuentra causa evidente (somatizaciones).
3. Ausencia de los cuidados médicos básicos.
4. Comentarios del niño/a sobre falta de alimentación, de cuidados, etc.
5. Niños/as que están sucios, con falta de higiene corporal, vestidos en forma inadecuada de acuerdo a la climatología.
6. Pudor inexplicable en la exploración física, sobre todo en la genital.
7. Miedo irracional a la revisión.
8. Durante la revisión, demostración de conocimientos inapropiados para su edad, o conducta sexual explícita.
9. Actitud excesivamente vigilante.
10. Excesiva facilidad para adaptarse a la hospitalización. Hospitalismo inverso: el niño o niña, antes retraído y taciturno, durante el ingreso se muestra cariñoso, alegre, y con aparición de juego espontáneo.

## **INDICADORES EN LOS PADRES**

1. Padres que imposibilitan el conocimiento de la vida familiar.
2. Los datos que aportan a la anamnesis son vagos, difusos o se contradicen.
3. Que ocultan traumatismos previos y luego se constatan a través de rayos X.
4. Impedimento por parte de los padres para desvestir o examinar al niño/a.
5. Que no cumplen los tratamientos prescritos al niño/a. El seguimiento de las patologías tanto agudas como crónicas es inadecuado.
6. No acuden a las citas médicas.
7. Cuando el menor es hospitalizado se le abandona en el centro sin causa justificada, y las visitas son infrecuentes y cortas.
8. En el momento del alta no aparecen los padres.
9. En ocasiones se insiste en el ingreso del niño/a sin motivo médico.
10. Presencia repetida del niño/a y su familia en el centro de salud, aparentemente sin justificación.
11. Consultas sin motivos.
12. Incapacidad o negativa a aportar informes de ingresos previos.
13. Cambios de médico frecuentes.
14. Retraso en acudir a los servicios sanitarios.

## **El papel de los profesionales del sistema de salud**

### **QUÉ HACER - CONSIDERACIONES GENERALES**

La detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes en el profesional sanitario. No es fácil detectar el maltrato infantil, tampoco es fácil la intervención. Sin embargo, cuanto antes se detecte la situación de Maltrato Infantil, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice. En muy pocos casos se tiene la certeza de una situación de maltrato y en un número menor de situaciones se piensa en el daño o perjuicio añadido que se puede causar al niño y/o a su familia con nuestra intervención.

En este apartado, y siendo conscientes de la complejidad y dificultad, no pretendemos dar respuestas exactas. No las hay. Pero sí se pretende orientar al profesional sanitario en el qué hacer y en el cómo hacer cuando se ve confrontado en su práctica profesional con este tipo de situaciones.

A modo de recordatorio de los capítulos previos, algunas de las orientaciones que podemos enmarcar en «una buena práctica» dentro de éste tema son:

#### **1. Dudas comunes:**

- . Tener dudas e interrogantes ante la presencia de una situación de maltrato infantil es algo normal. Lo importante es no obviar la situación y buscar el soporte necesario para intervenir.
- . En este sentido es importante pensar la intervención desde una perspectiva de equipo interdisciplinario, buscando el apoyo y orientación de profesionales cercanos o responsables directos.
- . La protección al niño/a y adolescente ante una situación de maltrato es «cosa de todos».
- Los profesionales del ámbito sanitario tienen mucho que decir y hacer en éste tema. Es muy importante el trabajo interinstitucional, o sea la colaboración entre instituciones en la detección, notificación e intervención ante el maltrato infantil.
- . Una barrera que se le presenta al profesional ante una situación de maltrato es el miedo que le suscita el pensar que la familia va a enterarse de que es él/ella el que ha realizado la notificación. En este sentido, es el equipo quien informa conjuntamente a la autoridad competente y está avalado por esta resolución ministerial.
- . Es importante pensar en el maltrato infantil como en un problema complejo que requiere sobretodo de intervención profesional. Pensar en el maltrato infantil como algo imposible de modificar y como un comportamiento a castigar coloca al profesional en una actitud de enfrentamiento y agresividad frente a la familia.

## **2. Cómo pensar el Maltrato Infantil y su abordaje:**

- . Intervenir no es sinónimo de derivar. La intervención conlleva la implicación técnica del profesional quién de forma coordinada e interdisciplinaria colaborará para reducir y/o evitar el maltrato, y en su caso, proteger al menor de una situación perjudicial para su salud física y emocional. Intervenir no debe asociarse unilateralmente con derivar al niño de un sitio a otro y someterlo a exploraciones y valoraciones excesivas.
- . La producción de un informe sobre las lesiones no es la única intervención a realizar ante la detección de una situación de maltrato infantil. La protección de la víctima, del niño, es responsabilidad de todos los sistemas de protección por eso se debe informar debidamente a quien corresponda.
- . Hablar con la/el niño/a, escucharlo y tener en cuenta su opinión y sus deseos suele ser orientador a la hora de intervenir y tomar decisiones.
- . Intervenir por ella/él, pero sin contar con ella/él, puede generar en la niño/a/adolescente desconfianza hacia los adultos y/o los profesionales.
- . Es importante tener presente que la mayoría de los casos de maltrato infantil los agresores suelen ser los padres y que la/el niño/a se ve inmerso en un conflicto de lealtades y deseos entre el malestar/sufrimiento que le provoca el maltrato y el afecto que siente por sus padres. No es fácil aceptar y asumir que se está siendo maltratado por los padres.
- . Ante una sospecha de maltrato, hay que evitar toda actuación precipitada. La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los Servicios competentes: salud mental, servicio social, y los que el pediatra considere necesarios para la evaluación del menor.

## **QUÉ HACER DESDE EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

Una de las características básicas de la estructura hospitalaria con relación al tema que nos ocupa, la detección e intervención en casos de maltrato infantil desde el ámbito sanitario, es la limitación temporal que implica la asistencia y atención al niño/adolescente y a su familia, y que queda acotada por la permanencia en este dispositivo.

Otra particularidad de este nivel asistencial es la diversidad de unidades funcionales que lo componen y que requieren que sean contempladas con sus particularidades y características concretas.

Por eso se creará en cada hospital que cuenta con servicio de Pediatría un Equipo Interdisciplinario para la atención de las/los niñas/os víctimas de maltrato y abuso. Estos equipos estarán integrados por médico/a, enfermero/a, psicólogo/a y trabajador/a social.

Muchas veces es conveniente la hospitalización del niño/a aunque las lesiones no presenten gravedad, para poder dar intervención a otros servicios y de esta manera detectar con mayor precisión y más tiempo la posibilidad de maltrato infantil.

## **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ABUSO SEXUAL**

Bajo la tipología de abuso sexual infantil, definido como «cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre éste», se incluye una amplia gama de situaciones que van desde enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico hasta la agresión sexual. Por tanto, el abuso sexual, es muy diverso y variado y esto implica una intervención adaptada a esta diversidad.

La agresión sexual a un niño, como el incidente más grave del abuso sexual infantil, puede darse dentro del entorno familiar del propio niño o fuera de él. En el primer supuesto estaríamos hablando de maltrato infantil intrafamiliar (el agresor es un adulto del entorno familiar del niño).

En el segundo, de maltrato infantil extrafamiliar (el abusador no es miembro de la familia).

Es importante tener en cuenta la temporalidad del incidente. Si se relatan incidentes de abuso sexual pasados o si se constata a través de las exploraciones médicas signos/indicadores de agresión sexual reciente que pueden ser apoyadas por el relato y verificación del propio niño/adolescente.

Cualquier situación de abuso sexual infantil supone un incidente traumático para el Niño/a/ o adolescente que se acentuará en función de la gravedad del mismo. El abuso sexual y, sobretodo, la agresión sexual implican la necesidad de atención terapéutica al niño/adolescente para frenar y apaciguar los efectos de ese hecho traumático.

## **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE LA RED HOSPITALARIA**

La detección de Señales de Alerta y de Indicadores de Maltrato Infantil dará lugar a la intervención del Equipo Interdisciplinario creado a tal fin que evaluará a la niño/a y notificará, primero al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos y luego al Fiscal de Turno.

(Evaluando gravedad y urgencia)

## **CÓMO HACER**

El cómo hacer nos indica de las técnicas de que dispone el profesional sanitario para abordar la detección e intervención de situaciones de maltrato infantil. Las técnicas más habituales y algunas pautas específicas al respecto son:

## **LA ENTREVISTA**

### **EL ENCUADRE DE LA ENTREVISTA.**

La entrevista realizada con la finalidad de indagar sobre una posible situación de maltrato debe realizar, teniendo en cuenta:

. La necesidad de un espacio físico adecuado para tal fin: sin ruidos ni intromisiones externas, en un ambiente cómodo y favorecedor del proceso de empatía entrevistador-entrevistado.

. El profesional que realice la entrevista tiene que tener formación y/o experiencia en esta técnica y en el contenido sobre el que va a versar: en éste caso, el maltrato infantil.

Algunos factores a tener en cuenta y que pueden ayudar al entrevistador son:

a) Revisar los prejuicios y creencias previas que se tienen sobre el tema para evitar su influencia y determinación en las valoraciones.

b) Si es posible, preparar previamente o estructurar anticipadamente el contenido de la entrevista teniendo claro en todo caso:

- Para qué y porqué de la entrevista.

- Información básica que se quiere obtener.

c) Dedicar un tiempo inicial a establecer un vínculo con el entrevistado que facilite la entrevista.

d) Evitar hacer preguntas directas que puedan resultar bruscas o agresivas.

e) Tener capacidad de adecuación al ambiente que se va desarrollando y modificando durante la entrevista.

f) No hacer preguntas innecesarias.

g) Mantener una actitud constante de escucha hacia el entrevistado.

h) Estar atento a los silencios y las resistencias del entrevistado.

i) Apaciguar las tensiones que puedan surgir durante la entrevista.

j) Si el profesional duda de su propia capacidad para abordar la entrevista, pedir apoyo o asesoramiento a profesionales con mayor formación.

### **PARTICULARIDADES DE LA ENTREVISTA CON LOS PADRES**

\* Evitar culpabilizarlos.

\* Intentar entender su situación y dificultades en la atención y cuidado de su hijo.

\* NO hacer de la entrevista un interrogatorio sobre los hechos, sino un espacio en el que los padres/tutores, puedan hablar de sí mismos y de su función paterna.

\* Transmitirles que nuestro interés es atender y proteger a los niños, y que vamos a ayudarlos en esta tarea.

\* Intentar entender su situación y dificultades en la atención y cuidado de los niños.

### **PARTICULARIDADES DE LA ENTREVISTA CON EL NIÑO**

\* Es imprescindible hablar con el niño/a / adolescente, siempre que sea posible.

\* No suplantar la opinión del niño/ por la de los padres u otros adultos del entorno.

\* Escucharlo y darle validez a sus opiniones.

\* No presionarlo. Si no quiere hablar respetar su decisión.

\* Intentar que la entrevista la realice aquel profesional con el que el niño/ tenga más contacto y vinculación.

\* Explicarle por qué y para qué queremos hablar con el/ella de este tema en un lenguaje cercano y accesible a su capacidad.

\* Calmarlo y dar respuestas a sus dudas e interrogantes. a su capacidad.

## **LA OBSERVACIÓN**

Además de la información verbal, el profesional sanitario debe mantener una actitud activa y recoger información no verbal que obtendrá a través de la observación.

Las áreas o aspectos fundamentales a observar son:

1. Comportamientos y actitudes del niño/adolescente.
2. Interacción del niño/adolescente con su cuidador.
3. Relación del niño/adolescente con el entorno sanitario.

## **RECOLECCIÓN, ANÁLISIS, REGISTRO Y TRATO DE LA INFORMACIÓN**

El profesional sanitario debe tener en cuenta:

- ❖ La necesidad de registrar en la Historia Clínica de la niña/o/adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato, diferenciando la información recogida a través de exploraciones médicas a la niña/o, de cualquier otra información recogida por otros medios.
- ❖ Asimismo es importante no perder la finalidad de los datos que se recojan y registren: disponer antecedentes que ayuden al profesional en el diagnóstico, evitar el desconocimiento de la situación ante cambios de profesionales, dar continuidad a la información para poder ser más eficaz en el abordaje de una situación de maltrato infantil.

La información a recoger y registrar se articula en torno a:

1. Antecedentes sanitarios del niño/familia.
2. Situación sanitaria actual.
3. Situación sociofamiliar actual.
4. Actitud del niño y los padres en el proceso de valoración.

5. Interacción niño/adolescente con sus cuidadores.

6. Relación del niño con el entorno sanitario.

El Equipo Interdisciplinario interviniente debe evaluar la urgencia y/o gravedad de cada situación de Maltrato Infantil, de acuerdo a los indicadores ya señalados anteriormente.

Una vez que ha realizado el diagnóstico de Maltrato, indicando tipo e indicadores observados, deberá notificar a las autoridades que correspondan:

1º) al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos de niñas/os y adolescentes

2º) y luego al Fiscal de turno (Evaluando gravedad y urgencia)

**ADJUNTO 1**  
**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL**  
**IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A**

Apellidos Nombre:  
Sexo: Fecha de Nacimiento:  
Lugar de Nacimiento:  
Dirección habitual Localidad y Provincia:  
Acompañante Padre Madre Tutor Policía Otros:  
Relación del presunto maltratante con el niño/a:

**SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO**

Dónde se encuentra actualmente:  
Dirección y teléfono de contacto:  
Quién se está haciendo cargo de él:  
Escuela a la que concurre:

**ACTUACIONES REALIZADAS**

Fecha de inicio de la investigación:  
Hospitalización / Solicitud de Hospitalización:  
Comunicación al Centro de Salud:  
Derivaciones y/o interconsultas:  
Fecha y hora de notificación al Servicio Local de Protección a niñas/os:  
Servicio o Institución que notifica:  
Teléfono / Fax:  
Persona que notifica:  
Nombre N° Colegiado:  
Médico/a de familia, Pediatra, Trabajador/a social, Psicóloga/o, Otros/as

**SITUACIÓN URGENTE**

Es aquella en la que existe certeza o sospecha razonable de que la salud y/o seguridad básicas del menor se encuentran o pudieran encontrarse seria y directamente amenazadas, y/o además no hay una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor.

Enviar notificación por fax, previo contacto telefónico, al Servicio Local de Promoción y Protección de los derechos de niñas/os y/o al Fiscal de Turno.

**SITUACION SOCIOFAMILIAR**

Características de los padres/ cuidadores:  
Capacidades físicas:  
Capacidades emocionales:  
Capacidades intelectuales:  
Capacidades económicas:  
Capacidad de cuidado:  
Relación entre los padres/cuidadores:  
Respuesta/ actitud ante la intervención:

**SITUACIÓN FÍSICA/PSÍQUICA DEL NIÑO**

Tipo de Maltrato detectado:  
Maltrato físico:  
Maltrato emocional:  
Negligencia física:  
Negligencia emocional:  
Abuso sexual:  
Explotación laboral o mendicidad:  
Corrupción:  
Abandono:  
Síndrome de Münchausen por poderes:  
Secuestro y sustitución de identidad:  
Maltrato institucional:  
Ritualismo:  
Otros:  
Severidad y/o frecuencia del maltrato:  
Tiempo transcurrido desde el episodio:

Antecedentes de episodios similares:

**INDICADORES OBSERVADOS:**

**EXAMEN PSICO-FÍSICO** (Señale localización y tipo de las lesiones)

*Sello del Servicio/Hospital/Centro Sanitario*

Documentación que se adjunta:

*Firma/Sello de la persona interviniente*

Fecha:

**Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitida.**

## ANEXO III

### PROTOCOLO DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE SITUACIONES 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 del Distrito.

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 atiende 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.

## EI 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 Comisarias 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.