

---

**UNIDAD 15 - ASPECTOS DEONTOLÓGICOS Y  
MÉDICOS LEGALES EN GINECOLOGÍA**

*Gladys Ponte, José Robles, Margarita Fuster*

**RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE**  
*ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES*

**RESPONSABILIDAD LEGAL DEL EQUIPO MÉDICO**

**MARCO LEGAL EN EL CONTROL Y PROMOCIÓN DE LA FERTILIDAD**

**ABUSO SEXUAL**  
*CONDUCTA MÉDICA*

## RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE: ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La relación médico-paciente debe basarse en el conocimiento del paciente como ser único, individual y completo, protagonista de su propia historia y se edifica a través de un contacto directo y real entre dos personas, que establecen un vínculo por la necesidad de una de ellas de recibir ayuda y de la otra, que está en condiciones humanas y técnicas de darla. En este contexto, el acto médico debe estar rodeado de dignidad, igualdad, abnegación y renunciamento.

Las siguientes tres frases, la primera atribuida a Galeno y las otras dos a René Favaloro, sintetizan lo expresado anteriormente:

*Cura mejor quién tiene la confianza de la gente.*

*La medicina sin humanidad no merece ser practicada.*

*Las razones de mis éxitos terapéuticos se debieron a la capacitación profesional y humanística que me dieron en la Universidad, que nos enseñó a dedicarnos con abnegación a nuestra tarea de médicos y a entregar nuestros mejores esfuerzos por el bien de los pacientes.*

## RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: VISIÓN ANTROPOLÓGICA

La visión antropológica indica que la relación médico-paciente se consolida respetando su yo, sus necesidades sociales, sus necesidades psicológicas, antropológicas y éticas.

Los principales momentos de esta relación son:

- *Momento cognoscitivo:* depende de la formación académica y humana, que objetiviza los síntomas y busca, con criterio médico, interpretar el lenguaje del cuerpo del paciente en el contexto de un ser integral.
- *Momento operativo:* se refiere a la ejecución del tratamiento según lo conocido, lo estudiado y según los síntomas expuestos por la persona que vive su propia enfermedad.
- *Momento afectivo:* es el momento del nexo con el paciente, en donde se establece la amistad profesional y el compromiso afectivo mutuo.

- *Momento histórico social*: enmarca la ubicación témporo espacial del médico y el paciente como individuos, teniendo en cuenta la epidemiología de la enfermedad y la situación personal del paciente.
- *Momento ético*: la práctica del acto médico debe sostenerse con principios tales como los de beneficencia, autonomía y justicia.

La relación médico paciente es dinámica, cambiante y tiene la posibilidad de enriquecerse día a día. El vínculo que une al médico con sus pacientes siempre tiene un objetivo común: *la conquista y la reconquista de la salud, que es posible si existe una correcta comunicación y comprensión.*

El ejercicio del acto médico no se traduce solo en la repetición mecánica de acciones para lograr el mejor funcionamiento orgánico; debe ser, también, la observación y el conocimiento de la persona, que espera una opinión autorizada y un consejo oportuno. El acto médico exige un trabajo de a dos que apuestan a un fin común: la salud y la vida. Ese nexos demanda un compromiso que, en el caso de los médicos, debe durar para siempre.

## RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: VISIÓN ÉTICA

Numerosas situaciones de la asistencia médica en ginecología tienen perfiles polémicos en lo cultural, moral o religioso, que deben ser tenidos en cuenta por el ginecólogo para evitar acciones u omisiones que puedan constituir faltas a la respetuosa y buena práctica clínica.

La *bioética* es la ciencia que analiza los problemas planteados por las ciencias de la vida, en las que se inscribe la Ciencia Médica, ya que el proceso de salud y enfermedad es, además de biológico, ético y moral, lo que supone un conocimiento integral de la persona enferma que permita satisfacer sus necesidades no solo sicoorgánicas.

La base ética de la relación médico paciente es que la misma está guiada por principios morales, que busca encontrar una respuesta adecuada y lógica al padecer de un paciente, en un marco de libertad, justicia, autonomía, igualdad y dignidad.

La ética en la relación médico paciente tiene su origen en Grecia y se desarrolla con la escuela hipocrática. El juramento hipocrático es un ejemplo de pautas éticas y de conductas ligadas al ejercicio de la profesión y al cuidado de los enfermos. El médico asume, en el mismo, un compromiso ético de carácter paternalista, con un profundo respeto por la vida humana. A principios del siglo XIX surge el primer código de ética de la Asociación Médica Americana. En el siglo XX se profundiza el dictado de normas y conductas bioéticas, que culmina en el año 1989 con el modelo de análisis

bioético de Beauchamp y Childress, quienes proponen cuatro principios:

- *Beneficiencia*: las acciones en salud deben estimular el beneficio.
- *Autonomía*: los/las pacientes pueden efectuar sus elecciones personales y éstas deben ser respetadas.
- *No maleficencia*: los actos médicos deben minimizar los perjuicios.
- *Justicia*: los actos médicos deben tener equidad para que cada individuo logre lo que le corresponde.

Dos realidades imponen una reflexión permanente de la Bioética en la Medicina:

- *El progreso científico permanente* obtiene grandes beneficios para la sociedad, pero también trae aparejados nuevos problemas y nuevas inquietudes, que obligan a la bioética a reflexionar de manera constante para dar respuestas a esos interrogantes. Esto es particularmente importante en la Ginecología, que aborda dos áreas de particular sensibilidad: la reproducción humana y la oncología.
- *La medicina como actividad económica y comercial* que ha modificado, en muchos casos, la denominación de paciente por el de usuario o cliente.

## RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: VISIÓN LEGAL

La visión legal de la relación médico paciente permite establecer hitos en la evolución de los derechos de los pacientes, que se describen a continuación.

### MODELO BIOÉTICO DE BEAUCHAMP Y CHILDRESS YA MENCIONADO.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

Constituye la información que se le brinda al paciente sobre su situación, las características de su padecer y las opciones que posee su tratamiento. Por medio del CI se le da al paciente la libertad de elección del tratamiento, dentro de las posibilidades a su alcance. El paciente debe recibir una información completa y adecuada a su entendimiento, con el objeto de que sea realmente una decisión con plena libertad. El CI es un derecho del paciente por su condición humana y porque reconoce su autonomía, la cual está limitada solamente por razones de incapacidad y/o situaciones de urgencia/emergencia. El CI debe darse por escrito en caso de internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, pero no debe reemplazar al diálogo explicativo y humano que debe darse entre individuos

relacionados por un objetivo noble y superior, cual es el derecho a la salud y a la vida.

El CI es, por lo tanto, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud, el procedimiento propuesto con especificación de los objetivos perseguidos, los beneficios esperados del procedimiento, los riesgos previsibles, la especificación de los procedimientos alternativos con sus riesgos y beneficios en relación con el procedimiento propuesto, las consecuencias previsibles por la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Por medio del CI y por el principio de la autonomía de la voluntad, el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

En ginecología las mujeres pueden padecer enfermedades irreversibles y la ley 26742 de Muerte Digna expresa el derecho que le asiste a las pacientes, en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado terminal, de rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación o reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría o que produzcan sufrimiento desmesurado. También tienen el derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación, cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estado terminal irreversible e incurable.

## **NORMAS DEL DOCUMENTO MÉDICO. DECLARACIÓN DE LISBOA. ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL DE 1981**

El paciente tiene derecho a:

- Elegir libremente a su médico.
- Ser tratado por un médico libre de tomar una decisión clínica y ética.
- Aceptar o rechazar un tratamiento, después de ser informado adecuadamente.
- Que su médico respete la confidencialidad de todos sus datos.
- Morir con dignidad.
- Rechazar o recibir asistencia espiritual y moral, inclusive de un ministro de una religión apropiada.

## **CÓDIGO DE ÉTICA. TÍTULO XVI. DICEOLOGÍA O DERECHOS DEL MÉDICO**

Art. 94: El médico tiene derecho a la libre elección de sus enfermos,

limitado solamente por lo prescripto en el art. 10 de este código.

Art. 95: El médico tiene derecho a dejar de atender o transferir la atención de los enfermos bajo su asistencia, aparte de los casos de fuerza mayor y los casos previstos en este Código, cuando medie alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Cuando el enfermo es atendido subrepticamente por otros médicos.
- b) Cuando en beneficio de una mejor atención, considere necesario derivarlo a un especialista u otro médico más capacitado.
- c) Si el enfermo voluntaria o concientemente no sigue las prescripciones efectuadas.
- d) Si por su estado de ánimo o de salud, no se siente capacitado para continuar con su atención.

Art. 96: El médico tiene derecho a obtener o reservar copias de los elementos de diagnóstico cuando los originales le sean requeridos por el enfermo o pertenezcan a instituciones públicas o privadas.

## RESPONSABILIDAD LEGAL DEL EQUIPO MÉDICO

*Antes de iniciar el desarrollo de este subtema se le aclara al lector que en la currícula de la carrera de Medicina deberán cursar la materia Medicina Legal, que abordará los temas aquí tratados con la profundidad necesaria en la formación de un médico generalista. El objetivo planteado en este libro, es abordar los problemas médico legales relacionados con la especialidad de Ginecología, de manera general, en el contexto de la formación clínica ginecológica. Los temas que se tratarán son: responsabilidad médico-legal, concepto de mala praxis, el problema de la sangre y recomendaciones para confeccionar la historia clínica.*

### RESPONSABILIDAD MÉDICO-LEGAL

Todo médico debe ajustar su conducta y su actuación a los Deberes que le impone la Ley de Ejercicio de la Medicina, el Código de Deontología Médica y la *Lex Artis* (actuar conforme a lo aceptado dentro del medio). Cuando el médico concientiza el considerable y delicado poder que la ciencia y sus técnicas han puesto en sus manos, es entonces cuando se le presenta la necesidad de acudir a una referencia

tranquilizadora: las normas éticas, jurídicas y reglamentarias, que lo orientan objetivamente.

La responsabilidad médica es aquella en la que incurre el médico por acción u omisión, al faltar a los deberes especiales que se le imponen y requieren al desempeñar su profesión.

#### **OBLIGACIONES:**

- De medios: debe atender con prudencia, diligencia y aptitud en tratar de curar, pero sin asegurar ni prometer resultados.
- De resultados: es excepcional y se reserva solo a disciplinas especiales, por ejemplo: análisis anatomopatológicos y cirugía estética.

**RESPONSABILIDAD:** puede ser:

- Directa: acción que el médico realiza.
- Indirecta: por una conducta ajena de un profesional del equipo que él conduce.
- Objetiva: cuando se ha violado una norma de seguridad o una garantía.
- Subjetiva: culpa personal no intencional.

#### **ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA:**

- Autor: el médico.
- El acto: herida o lesión.
- La culpa: puede ser por negligencia, impericia o imprudencia.
- Si existe elemento de causalidad.
- Daño emergente.

#### **LA RESPONSABILIDAD MÉDICA PUEDE SER DE TRES TIPOS:**

- Moral: ante la propia conciencia.
- Legal civil: basada en el principio de “quien causa daño a otro debe repararlo”. La demanda iniciada por un interés individual tiene como finalidad el resarcimiento económico del perjuicio.
- Legal penal: se aplica en los siguientes casos:
  - Delitos de homicidios y/o lesiones
  - Omisión propia
  - Aborto criminal
  - Certificaciones falsas
  - Privación ilegítima de la libertad
  - Eutanasia o abandono de personas
  - Uso de drogas prohibidas en deportes
  - Ejercicio ilegal de la medicina

## MALA PRAXIS

El médico, al intervenir en el cuerpo de las pacientes, lo hace para corregir o modificar algo en su estructura orgánica o funcional que se ha dañado y ocasiona enfermedad. Su principal objetivo es curar y por este accionar puede ocasionar un daño al paciente, lo que puede originar una demanda y recaer en un proceso civil o penal. El médico no es indefinidamente responsable pero no se puede decir que no lo sea jamás.

## LA GINECOLOGÍA Y EL PROBLEMA DE LA SANGRE

En la práctica clínica ginecológica, no es infrecuente que el médico o el equipo médico que asiste a una mujer con patología ginecológica, indique una transfusión de sangre para corregir una anemia de magnitud que puede poner en riesgo su vida y la paciente se niegue a recibirla, fundamentando principios religiosos. Esta creencia se remonta a las recomendaciones hechas por Dios a Noé hace 4300 años, después del diluvio universal, cuando permitió al hombre añadir carne a su dieta, pero aclarando que no debía comer grasa ni sangre. En Argentina, esta situación se presenta principalmente con los miembros de la Religión Cristiana de los Testigos de Jehová.

Los aspectos médicos a tener en cuenta en la actualidad, con relación a la transfusión de sangre, son que las mismas deben reservarse a situaciones de absoluta necesidad ya que la sangre no es un bien que abunda y su uso no está exento de riesgos (reacciones adversas, transmisión de enfermedades infecciosas). En su reemplazo, existen procedimientos médicos que la pueden sustituir, a saber:

- Disminuyendo la hemorragia empleando técnicas quirúrgicas prolijas.
- Aumentando la coagulación y/o la eritropoyesis.
- Usando técnicas anestésicas modernas.
- Empleando expansores plasmáticos o transfusiones autólogas.

Los aspectos legales surgen cuando los pacientes se niegan a recibir sangre o sus derivados por distintos principios que son por lo general religiosos, como el mencionado precedentemente. Esta negación está respaldada legalmente por los artículos 19 y 33 de la Constitución Nacional, el artículo 7 del Código de Ética Médica, las leyes nacionales 17132 y 11357 de la capacidad civil de la mujer y los Derechos de Lisboa de marzo de 1981 y el médico, si no la realiza, está exento de pena. La posibilidad de un pleito civil o penal por no administrar una transfusión de sangre es muy remota, particularmente cuando el paciente ha firmado una negativa, debiendo recordarse que la cuestión no es simplemente legal sino que es una realidad profundamente religiosa.

En tal sentido, la Declaración sobre la libertad religiosa: Vaticano II. Papa Pablo VI, expresa: *“Los gobiernos en particular no han de interferir en el libre ejercicio de las creencias religiosas, incluso han de favorecer las prácticas religiosas. Ha de*

*respetarse la voluntad del paciente, no violar su conciencia y evitar todo tipo de coacción para persuadirlo con tretas para la obtención de una orden judicial para administrar una transfusión de sangre a la fuerza.”*

## **PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA (HC)**

La historia clínica es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente, por profesionales y auxiliares de la salud. La HC de una paciente es el principal documento que se analiza cuando se juzga la responsabilidad médica, por lo que se consignan a continuación, las principales recomendaciones para su confección:

- La HC debe ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros y no solo por quienes escriben en ella.
- Debe ser redactada y firmada por el mismo médico que realizó la prestación. Deberá consignarse puntualmente cuando un colega reemplace a otro en algunas funciones.
- La HC debe ser legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se deben dejar espacios en blanco y, ante una equivocación, debe escribirse error y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones.
- Las hojas de la HC deben ser foliadas y cada una de ellas debe tener el nombre del paciente, del miembro del equipo de salud y la fecha. Deberán destacarse los horarios de las prestaciones que se realicen y fundamentalmente un preciso detalle de las condiciones en que ingresa el paciente.
- En la HC se deberá hacer una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarlo.
- Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales, se deben registrar las opiniones de las mismas y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas.
- Se deberá detallar en la HC la información suministrada al paciente y /o familiares, como así también la respuesta que va teniendo el paciente frente al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.
- Debe constar en la HC el consentimiento informado, firmado por el paciente, la familia o el responsable legal.

*La HC completa y escrita en forma comprensible, es una de las mayores responsabilidades del equipo de salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal. Todo el tiempo que se invierta en su elaboración cuidadosa y exacta, es un tiempo valioso para el profesional de cualquier nivel jerárquico, probatorio invaluable en caso de cualquier acción judicial o ética.*

## MARCO LEGAL EN EL CONTROL Y PROMOCIÓN DE LA FERTILIDAD

El marco legal en la Medicina Reproductiva debe abordarse en sus dos vertientes: la del control y la de la promoción de la fertilidad. En la primera de estas vertientes, se analiza el marco legal de la salud sexual y reproductiva, que incluye el concepto de paternidad responsable o planificación familiar, y en la segunda la regulación de las prácticas de Reproducción Asistida que permiten el tratamiento de las parejas infértiles. En ambos casos, las tres últimas décadas han mostrado un enorme desarrollo científico tecnológico con un alto impacto social, cultural, bioético y legal, que aún no se ha detenido, en particular en la República Argentina y que será analizado de manera sintética en este apartado de la Unidad, con el convencimiento que el estudiante de medicina, cuando cursa Ginecología, debe contar con esta información.

Tanto el control como la promoción de la fertilidad son parte integrante del amplio concepto y definición de Salud Sexual y Reproductiva.

### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSyR)

#### MARCO HISTÓRICO Y CONCEPTUAL

El proceso reproductivo humano está condicionado por factores sociales, culturales, políticos, económicos, afectivos y relacionales. Sobre la mujer recae la mayor responsabilidad de los problemas relacionados con la SSyR, a saber: complicaciones del embarazo y el parto, el aborto inseguro, los métodos anticonceptivos, las infecciones del aparato reproductor (en especial las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH-sida) y el riesgo de morbilidad que cada embarazo implica tanto para la madre como para su hijo/a.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la SSyR como *la posibilidad*

*de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor al embarazo no deseado ni contraer infecciones; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y partos seguros y criar hijos saludables.* La OMS considera a la salud reproductiva como uno de los principales factores que afectan la salud de la mujer a nivel mundial, además de la nutrición, los riesgos relacionados con el medio ambiente y el trabajo, las enfermedades no transmisibles, la salud mental y la violencia contra la mujer.

El derecho a la salud constituye un derecho humano esencial y, dado que la sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de su salud individual, los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los Derechos Humanos (DDHH).

A continuación se presenta una síntesis de la evolución histórica reciente sobre los derechos sexuales y reproductivos.

*Año 1968 - Teherán - Conferencia Mundial de DDHH:* se reconoce que los Derechos Sexuales y Reproductivos son DDHH y que los progenitores tienen el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente, el número de hijos a tener y el intervalo entre los nacimientos.

*Año 1974 - Bucarest - Cumbre Mundial de Población:* se reconoce la necesidad de las mujeres de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para obtener los derechos sexuales y reproductivos.

*Año 1979 - Nueva York - Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la Mujer:* se establece que el rol de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación ni violencia.

*Año 1979 - Nueva York - Convención Internacional sobre los Derechos del Niño:* determina que las decisiones que se adoptan en materia de reproducción humana, afectan la salud de los/as niños/as.

*Año 1985 - Nairobi - Conferencia Mundial sobre la Mujer:* se señala que los Gobiernos deben favorecer el acceso a los servicios de Planificación Familiar, cualquiera sea su política de población.

*Año 1994 - El Cairo - Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo:* se definen los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos de hombres y mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección, que sean seguros, efectivos, disponibles y accesibles. Uno de los principios formulados en esta Conferencia asegura las capacidades de las mujeres para controlar su fecundidad y establece que

esto debe ser un pilar de los programas de población relacionados con el desarrollo humano.

*Año 1995 - Beijing - Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer:* se reconocen como factores que afectan la salud de la mujer a la pobreza, la baja condición personal y social y la falta de oportunidades.

*Año 1995 - Copenhague - Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social:* se establece que debe garantizarse la igualdad entre hombres y mujeres y el acceso universal a los servicios de atención de la salud, incluso los relacionados a la salud reproductiva.

*Año 2000 - Nueva York - Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):* todos los países miembros de las Naciones Unidas se comprometen a alcanzar, para el año 2015, ocho objetivos de Desarrollo Humano, que son:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2) Lograr la educación primaria universal.
- 3) Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- 4) Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil en menores de cinco años.
- 5) Reducir la mortalidad materna producida por complicaciones del embarazo, incluido el aborto inseguro y el parto, en  $\frac{3}{4}$  partes.
- 6) Garantizar el acceso universal a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.
- 7) Reducir el VIH/SIDA, la malaria, el paludismo y otras enfermedades infecciosas.
- 8) Asegurar el desarrollo sustentable del medio ambiente.

*Habiendo transcurrido más de 13 años de la formulación de los ODM, todos los países del mundo analizan el escaso éxito que se ha obtenido en el cumplimiento de los mismos*

## **MARCO LEGAL SOBRE CONTROL DE LA FERTILIDAD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REPUBLICA ARGENTINA**

Si bien la Salud Reproductiva y los Derechos Sexuales y Reproductivos adquirieron relevancia internacional en la década de 1970, en Argentina comenzaron a debatirse a mediados de la década de 1980.

*Año 1994 - Santa Fé - Reforma de la Constitución Argentina:* se incorporan al texto constitucional numerosas Declaraciones y Pactos internacionales sobre los DDHH y los Derechos Sexuales y Reproductivos.

*Año 2002 - Ley 25.673:* se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, con alcance a todo el territorio de la República Argentina y con los objetivos de:

- Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres, sin discriminación, coacción o violencia.
- Disminuir la morbilidad materna e infantil.
- Prevenir los embarazos no planificados.
- Promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias.
- Garantizar el acceso universal a la información, orientación y prestaciones de servicios referidos a la SS y R.
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones referidas a la SS y R.
- Provisión gratuita de insumos para métodos anticonceptivos por las Obras Sociales, los servicios de Medicina Prepaga y las instituciones públicas.

Es beneficiaria de esta ley la población en general, sin ningún tipo de discriminación y el servicio que brindará será un adecuado sistema de atención, de control y detección temprana del cáncer genitomamario, de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida. A demanda de los beneficiarios/as, se podrán prescribir y suministrar los métodos anticonceptivos, respetando las convicciones de las mujeres beneficiarias.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna, manteniendo la confidencialidad y respetando su privacidad, sin perjuicio de favorecer y fomentar la participación de la familia, privilegiando el no desatenderlos.

La Ley y el Programa Nacional contemplan la *Objeción de Conciencia* como un derecho de los profesionales de la salud. Los objetores/as de conciencia lo serán tanto en el ámbito público como en el privado. Ante el apartamiento de los objetores/as, los centros de salud deberán garantizar la atención correspondiente por otros profesionales o derivarlos a otro centro para su atención.

*Año 2004 - Ley 25.929 de Parto Humanizado:* establece los derechos de padres e hijos durante el nacimiento.

*Año 2006 - Ley 26.130:* establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura del conducto deferente o vasectomía, en los servicios del sistema de salud argentino. Las prácticas referidas están autorizadas para todas las personas capaces y mayores de edad, que las requieran formalmente siendo requisito inexcusable el consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto para una persona declarada judicialmente incapaz. La cobertura de los costos de estos procedimientos es totalmente gratuita en el sistema de salud público y en el sistema de la seguridad social. La ley también respeta el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales médicos.

*Año 2006 - Ley 26.150:* crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral con el principio que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial y municipal. La Ley entiende como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

*Año 2011 - Protocolo para la atención integral de víctimas de violencia sexual:* es dictado por el Ministerio de Salud de la Nación para ser aplicado en los servicios de salud de todo el país y de todos los ámbitos.

*Año 2012 - Ley 26.740 - Derecho a la Identidad de Género:* esta ley no es específica sobre control de la fertilidad pero, por estar referida a uno de los derechos sexuales y reproductivos, se la analiza en este subtema.

Se entiende por identidad de género, a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona lo siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. En su articulado establece el derecho al libre desarrollo personal y que todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán acceder a intervenciones quirúrgicas totales y

parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

### **ABORTO NO PUNIBLE (ANP)**

El Código Penal de la Nación Argentina establece dos circunstancias en las que, el aborto provocado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer embarazada, no es punible: 1) si se ha hecho con el fin de evitar el peligro para la vida o la salud de la madre, si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor, cometido sobre una mujer idiota o demente, en cuyo caso se necesita el consentimiento de su representante legal para realizar el aborto.

En el año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la República Argentina produce un Fallo a fin de facilitar a los profesionales de la salud y a la justicia, la interpretación de lo mencionado anteriormente. En este fallo, la Corte Suprema estableció que el aborto no es punible cuando el embarazo provenga de una relación sexual no consentida. Además, afirmó que no se requiere autorización judicial ni denuncia policial previa para acceder al aborto en estos casos. Finalmente, la Corte exhortó al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a que sancionen protocolos que regulen el efectivo acceso a los abortos no punibles.

El fallo propone tres reglas claras: la primera que la Constitución y los tratados de derechos humanos impiden sanciones a toda víctima de una violación en atención a los principios de igualdad, de dignidad de las personas y de legalidad. La segunda regla expresa que los médicos, en ningún caso, deben requerir autorización judicial para realizar esta clase de abortos requiriendo exclusivamente la declaración jurada de la víctima o de su representante legal, en la que manifieste que el embarazo es la consecuencia de una violación. La tercera se refiere a que los jueces tienen la obligación de garantizar derechos y su intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos, por lo que deben abstenerse de judicializar el acceso a estas intervenciones, las que quedan exclusivamente reservadas a lo que decidan la paciente y su médico.

El fallo de la Corte Suprema también recomienda:

- A las autoridades nacionales, provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, implementar protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas de acceso a los servicios médicos y a disponer un adecuado siste-

ma que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia, sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio.

- La necesidad de que, tanto en el ámbito nacional como en los provinciales, se extremen los recaudos a los efectos de brindar a las víctimas de violencia sexual, en forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, síquica, sexual y reproductiva.
- Que los distintos niveles de gobierno de todas las jurisdicciones, implementen campañas de información pública, con especial foco en los sectores vulnerables, que hagan conocer los derechos que asisten a las víctimas de violación.
- Que se capacite, en ese sentido, a las autoridades sanitarias, policiales, educativas y de cualquier otra índole, para que brinden a toda víctima de violencia sexual la orientación de cada caso.

#### **AÑOS 2007-2010 - GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ANP:**

El Ministerio de Salud de la Nación publica esta guía, que precisa todos los aspectos legales y técnico-médicos para la realización del ANP, en el ámbito de los servicios de salud. Este protocolo está vigente y coincide con las recomendaciones de la OMS.

### **MARCO LEGAL SOBRE PROMOCIÓN DE LA FERTILIDAD EN LA REPUBLICA ARGENTINA**

Ya se han mencionado los profundos cambios de paradigma que se produjeron a nivel mundial, tanto bioéticos como legales, en la asistencia médica de parejas infértiles desde que, en 1980, nació la primera niña por un procedimiento de fertilización in vitro.

En Argentina hubo una profunda mora de los poderes políticos, que no estuvieron a la altura de las circunstancias para llenar el vacío legal producido. Este vacío fue parcialmente cubierto por las normativas éticas de las Sociedades Científicas involucradas en esta problemática, que a partir de sus recomendaciones (sin valor legal) respaldaron el accionar de los equipos médicos dedicados a la Reproducción Humana.

En el año 2013, se han generado dos hechos en el Congreso de la Nación, que han producido y producirán importantes cambios en la normativa legal que regula la promoción de la fertilidad. Ellos son: 1) la promulgación de una ley sobre Reproducción

Asistida, que se tratará a continuación en sus principales detalles y 2) las modificaciones del Código Civil Argentino, que aún tienen estado parlamentario y se espera su promulgación parlamentaria para el año 2015. Estas modificaciones tienen impacto legal y bioético, directo e indirecto, en el marco regulatorio de los tratamientos de las parejas infértiles. Por las razones expuestas, en este apartado no se hace mención a las mismas.

*Año 2013 - Ley 26.862 sobre Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de Reproducción Médicamente Asistidas:* la ley aborda prioritariamente el acceso gratuito a los tratamientos de Reproducción Asistida de alta y baja complejidad para todas las parejas que los necesiten y lo requieran. No avanza sobre aspectos técnico médicos vinculados a estas técnicas, que también deben ser legislados, lo que quedará para las reformas del Código Civil o de otra ley específica que cubra este vacío legal. En su articulado y su reglamentación, la ley 26862 establece, como principales ejes:

- La ampliación de derechos contemplando de manera igualitaria e inclusiva los derechos de toda persona a la paternidad/maternidad y a formar una familia, reconocidos por la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de rango constitucional.
- Que tienen derecho a las prestaciones de reproducción médicamente asistida todas las personas, mayores de edad, sin discriminación o exclusión de acuerdo a su orientación sexual o estado civil.
- El sector público de la salud, las obras sociales reguladas y otras entidades de la seguridad social incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral de las técnicas de reproducción médicamente asistida.
- Una persona podrá acceder a un máximo de CUATRO (4) tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida de baja complejidad, y hasta TRES (3) tratamientos de reproducción médicamente asistida con técnicas de alta complejidad, con intervalos mínimos de TRES (3) meses entre cada uno de ellos.
- Se deberá comenzar con técnicas de baja complejidad como requisito previo al uso de las técnicas de mayor complejidad.

dad. A efectos de realizar las técnicas de mayor complejidad deberán cumplirse como mínimo TRES (3) intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad.

- La donación de gametos y/o embriones deberá estar incluida en cada procedimiento. La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial.

## ABUSO SEXUAL CONDUCTA MÉDICA

### MARCO CONCEPTUAL

La OMS / OPS (Organización Panamericana de la Salud) consideran que la violencia es una pandemia social que plantea desafíos teóricos y prácticos, tanto en las instituciones de salud como en otras instituciones y en la sociedad en su conjunto. La morbimortalidad por violencia en América Latina es un problema de Salud Pública por su magnitud, por el número de víctimas, por las secuelas que produce y por el carácter endémico.

La OMS define 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 o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

Las Naciones Unidas definen la violencia de género como “todo acto de violencia contra la mujer, cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”.

La violencia sexual se define como “toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso”.

Dentro del concepto amplio de violencia de género, las violaciones son una de las formas de violencia sexual que incluye, entre otras figuras, el abuso sexual, la explotación sexual, el acoso sexual y las violaciones incestuosas.

Pueden ocurrir tanto en el ámbito doméstico como en el público; él o los agresores pueden ser familiares, allegados o extraños. A veces se trata de episodios aislados y otras, de situaciones reiteradas. El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual y es quien puede desarrollar

estrategias que reduzcan los daños asociados a las violaciones como los daños a la salud sexual y reproductiva y a la integridad física y síquica.

## **DAÑOS Y CONSECUENCIAS DE LAS VIOLACIONES**

La violación puede producir daños físicos de consecuencias tan severas que signifiquen riesgo vital para las personas e incluso la muerte. En otros casos puede dejar secuelas o cicatrices permanentes que signifiquen pérdida de funcionalidad general o sexual.

Dentro de los efectos no mortales de la violación se destacan lesiones diversas, alteraciones funcionales, síntomas físicos inespecíficos, en particular síndromes dolorosos crónicos y fibromialgias. También pueden aumentar la frecuencia o agravar enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, colon irritable); este fenómeno puede estar vinculado al estrés soportado.

Las consecuencias o traumas ginecológicos son mucho más frecuentes en niñas y ancianas y se diferencian en inmediatas y a largo plazo. Las lesiones inmediatas más frecuentes son: laceraciones, hematomas, equimosis, abrasiones y edema, de localización en labios menores, himen y fosa navicular. En niñas puede haber laceraciones de vagina, periné, ano y recto. A largo plazo existe una mayor vulnerabilidad a sufrir somatizaciones ginecológicas como dolor pelviano recurrente y crónico, alteraciones menstruales, infección de las vías urinarias, anorgasmia, vaginismo o dispareunia crónica. La violación puede afectar todas las esferas de la vida de una persona: su integridad física y emocional, su integridad y libertad sexual, la armonía de su vida social, familiar y laboral, sus intereses patrimoniales, su sentido de dignidad, de libertad personal y justicia.

Muchas mujeres, niñas y niños víctimas de abusos sexuales o violaciones, sufren largamente no sólo el efecto de la agresión en si misma, sino también por la indiferencia, la culpabilización y el silenciamiento que como respuesta el entorno les devuelve. Esto incluye la respuesta de la sociedad, del sistema judicial y de los profesionales de la salud. Por el valor que se otorga a la palabra de estos últimos de la salud, su respuesta es clave para no revictimizar ya que, en algunos casos, se produce por parte de las instituciones una revictimización por interrogatorios abusivos, revisiones reiteradas de los médicos forenses sin el cuidado necesario, incredulidad de la policía, interpretaciones y opiniones inoportunas.

## **MARCO LEGAL**

El Estado Argentino se ha comprometido en la asistencia a las víctimas de violencia entre ellas la violencia sexual, generando el siguiente marco legal.

*Año 1996 - Ley 24.632 - Adhesión a la Convención Interamericana de Belém do Pará: realizada con el objetivo de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.*

*Año 1999 - Reforma del Código Penal Argentino:* se modifican artículos referidos a los delitos contra la honestidad, que incluyen las violaciones y los abusos sexuales. Esos delitos se los define, a partir de la modificación, como delitos contra la integridad sexual de las personas. La violación se define como acceso carnal por cualquier vía (vaginal, anal y oral) y se amplían las acciones que incluyen el abuso sexual.

*Año 2009 - Ley 26.485 - Sobre la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres:* esta ley se enmarca en un enfoque de género y de derechos humanos y define como violencia hacia las mujeres a toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Esta ley también establece como responsabilidad del Ministerio de Salud de la Nación, diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios.

## **ROL DEL EQUIPO DE SALUD EN EL ABUSO SEXUAL**

El marco conceptual y legal presentado, más las características endémicas del abuso sexual, han involucrado progresivamente a los integrantes del equipo de salud. Los siguientes datos estadísticos muestran algunos aspectos de esta realidad:

- Solo se denuncian el 7% de los casos de abuso sexual en adultos y el 2 % de los casos de abuso intrafamiliar en niños/niñas. Las principales razones de este bajo porcentaje de denuncias son: la vergüenza de la víctima o de su familia, que el agresor es un conocido o familiar, el temor a una venganza, el escepticismo sobre el accionar de la justicia.
- Solo el 10% de los médicos preguntan sobre violencia doméstica, a pesar que conocen sus consecuencias.

En el año 2002, las Naciones Unidas en su Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, recomiendan la creación de servicios de asistencia integral para enfrentar la violencia contra la mujer y el abuso sexual. Sugiere una amplia y profunda discusión interna en cada hospital, sobre la necesidad urgente de ofrecer servicios que deben contemplar la asistencia inicial médica, psicológica y social y también a mediano y largo plazo.

Los centros formadores de recursos humanos del equipo de salud deberían:

- Brindar un conocimiento profundo de esta problemática, sus causas y consecuencias.
- Implementar técnicas de comunicación que ayuden a su abordaje.
- Informar y promover una legislación adecuada que proteja a la comunidad sobre los actos de violencia y abuso sexual.
- Promover una política de estado que proteja al individuo, la familia y a la comunidad de diferentes acciones de violencia.

## **PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

El Protocolo de Atención Integral de personas víctimas de abuso sexual puede ser aplicado por los profesionales de la salud de variados servicios médicos, pero sus principales destinatarios son los servicios de ginecoobstetricia. Para su mejor implementación se recomienda la siguiente organización de los servicios.

- Consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas.
- Garantizar atención las 24 horas.
- Disponer de “kits” de medicamentos (anticoncepción hormonal de emergencia, profilaxis de VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y vacunas).
- Crear las condiciones para que el relato del hecho al personal capacitado para la atención, sea realizado solamente una vez por la víctima.
- Todo el personal del hospital (médico, técnico y administrativo) debe conocer la existencia de este servicio, a fin de que las personas que consultan a cualquier hora, reciban la orientación precisa.
- Informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata.
- Llevar un registro de los casos, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en casos de denuncia y tienen valor legal igual que la historia clínica.
- La recepción de la persona víctima de un abuso debe realizarse en

un ambiente que garantice la privacidad.

- Se debe aclarar desde el principio que ningún paso médico o legal, será dado sin su consentimiento.

***Frente a la violencia sexual, es obligación del sistema de salud organizar servicios médicos que respondan a las necesidades de la mujer víctima de abuso sexual. La asistencia integral de estas mujeres, debe ser parte de la rutina de todo hospital con servicios de ginecología y obstetricia y requiere una actuación multi e interdisciplinaria de todo el equipo de salud (médico, enfermería, asistencia social y salud mental).***

## **FORMAS MÁS FRECUENTES DE PRESENTACIÓN DE LA CONSULTA POR ABUSO SEXUAL**

- Adolescente que concurre acompañada por un familiar luego de haber relatado que, durante algún tiempo de su vida, un familiar o allegado la sometía a situaciones de abuso sexual.
- Niña o adolescente que concurre derivada por una Institución judicial que investiga la denuncia o sospecha de abuso sexual y solicita un examen ginecológico.
- Niña o adolescente que llega a la guardia del hospital y que fue recientemente violada por un desconocido, en un hecho violento, bajo amenazas, y que presenta lesiones físicas.
- Niña que concurre por otra causa y que en el examen físico se hallan signos compatibles con abuso sexual o gérmenes de transmisión sexual en la bacteriología de las secreciones.
- Niña o adolescente que desde hace tiempo es atendida por distintos profesionales de la salud, con síntomas clínicos variados e inespecíficos y que en algún punto alguno de ellos sospecha la posibilidad de abuso sexual.

## **RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD PARA LA ASISTENCIA MÉDICA INMEDIATA QUE DEBE BRINDARSE A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

- Debe ser atendida en ambiente separado de las demás personas que consultan de urgencia.
- No debe tener que repetir su historia de manera reiterada para diferentes profesionales.

- No debe ser examinada por distintos profesionales.
- En la historia clínica y el examen ginecológico debe constar fecha, hora y nombre de los profesionales que participan.
- Escuchar el relato con respeto, sin emitir juicio de valor.
- Describir minuciosamente los hallazgos clínicos y las lesiones observadas.
- Recolectar materiales para identificar al agresor y mantener los mismos de modo correcto para no perder las pruebas.
- Priorizar las acciones médicas hacia la mujer agredida sobre aquéllas para identificar al agresor.
- Ofrecer apoyo psicológico, personal y familiar.
- Según las circunstancias, ofrecer anticoncepción hormonal de emergencia.
- Realizar prevención y tratamiento precoz para VIH-sida e infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonococia, *Chlamydia*, hepatitis B).
- Ofrecer orientación legal para la realización de la denuncia.

***La decisión de realizar la denuncia por violación o abuso sexual, por ser un delito de instancia privada, es privativa de la persona que ha sido víctima. En ningún caso la denuncia puede solicitarse como requisito para la atención y el seguimiento del protocolo.***

#### **EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN**

En caso de diagnóstico de embarazo resultado de una violación, la persona tiene derecho a la interrupción del embarazo, pues se trata de una situación de aborto no punible (ANP), contemplada en el artículo 86 inciso 2 del Código Penal. Para realizar esta práctica debe solicitarse a la mujer la constancia de la denuncia de la violación, si la hubiera interpuesto, o solicitarle que realice una declaración jurada. El equipo de salud no debe requerir ningún otro tipo de documentación adicional. Deben seguirse los procedimientos establecidos en detalle en la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, editada por el Ministerio de Salud de la Nación en Julio de 2005 y actualizada en el año 2010.

***A continuación se presenta un resumen de la ficha elaborada por la Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil sobre la atención de niñas/os y adolescentes en situación de abuso sexual. Se incluye en esta Unidad al solo efecto de su conocimiento y como elemento de consulta.***

## FICHA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE ABUSO SEXUAL (AS)

FECHA ..... HORA .....

NOMBRE Y APELLIDO ..... Edad .....

Domicilio ..... Tel. ....

Escolaridad.....

Grupo Familiar conviviente .....

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE .....

Edad .....Vínculo ..... Doc. Ident.....

Domicilio .....Tel. ....

PROFESIONAL INTERVINIENTE.....

Título .....Nº de Matrícula .....

RELATO DEL ACOMPAÑANTE.....

RELATO DE LA NIÑA.....

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR .....

Edad .....Vínculo con la niña ..... ¿Convive? .....

FORMA DE LLEGADA A LA CONSULTA:

Demanda espontánea de la familia .....

Justicia: Tribunal .....Causa Nº.....

Derivación de la Escuela .....Otro profesional.....

Otras .....

MOTIVO DE LA SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL: (marcar lo que corresponda)

- Relato del/la niño/a de situación de abuso/violación de antigua/reciente data.
- Sospecha de un tercero de situación de AS.
- Niña/o con sintomatología no específica y/o indicadores psicológicos de AS.

TIEMPO TRANSCURRIDO del último episodio:

menos de 72 hs..... más de 72 hs .....

¿Fue un episodio único? ..... ¿o reiterado? .....

¿Desde cuándo ocurren situaciones de AS?.....

ANTECEDENTES: Clínicos.....

Quirúrgicos: ..... Ginecológicos: Menarca ..... RM .....

FUM ..... Inicio Relaciones Sexuales (edad) .....

Método anticonceptivo (aclarar qué método utiliza) .....

- SIGNOS Y SÍNTOMAS EMOCIONALES (¿Cómo se presenta el/la niño/a?)

.....

- EXAMEN FÍSICO GENERAL (en presencia de familiar o de otro profesional).

Descripción de lesiones corporales (eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc.)

.....

¿Se conservan ropa interior u otros elementos de

prueba?.....

¿Cuáles?.....

(Conservarlos en bolsas de papel rotuladas)

- EXAMEN GINECOLÓGICO (en presencia de familiar o de otro profesional)  
Realizado: con visualización directa / con colposcopio  
(Consignar con precisión la presencia de lesiones y de ser posible dibujar en un gráfico u obtener imágenes fotográficas)

	Normal	Anormal	Descripción de las lesiones
PERINÉ			
LABIOS MAYORES			
LABIOS MENORES			
CLÍTORIS			
URETRA			
HIMEN			
Características del himen			
Diámetro del orificio himeneal			
HORQUILLA			
VAGINA			
Secreción vaginal			
ZONA PERINEAL			
ESFÍNTER ANAL			
Presencia de materia fecal en recto			
OTRAS LESIONES			

- EXAMEN GENITAL EN VARONES

Circuncisión  No  Sí

.....

	Normal	Anormal	Descripción de las lesiones
Pene			
Meato uretral			
Escroto			
Testículo			

- TOMA DE MUESTRAS

(Sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con secreciones del agresor)

SANGRE: Solicitar:

- ✓ Serología para VIH (ELISA), sífilis (VDRL), hepatitis B (IgM e IgG antiHBc) y hepatitis C (Ig G antiHCV).
- ✓ Hemograma y hepatograma (en caso de tener que indicar tratamiento antirretroviral).
- ✓ Cultivo de orina.
- ✓ Subunidad beta-HCG en niñas posmenárquicas.

FLUJO VAGINAL

1. Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto.
2. Hisopado vaginal en medio de Stuart para cultivo de flujo vaginal.
3. Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para *Chlamydia trachomatis*.
4. Hisopado vaginal con hisopo estéril, secado del mismo, colocación en frasco estéril rotulado y conservación entre -20 y -70 °C para búsqueda de espermatozoides y determinación de ADN.

5. Hisopado endocervical en pacientes con actividad sexual para búsqueda de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

**MUESTRAS DE SECRECIONES: ANALES, URETRALES, DE CAVIDAD ORAL**  
(Realizarlas ante la posibilidad o sospecha de contacto de esas zonas con secreciones del agresor)

**MUESTRAS DE MANCHAS ORGÁNICAS**

Recolección de superficies manchadas por raspado o hisopado con hisopo estéril embebido en solución fisiológica, secado y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70 °C).

**CATEGORIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS**

- Clase 1: Examen normal. Sin signos físicos de AS.
- Clase 2: Hallazgos inespecíficos de AS (abuso posible o baja sospecha).
- Clase 3: Hallazgos específicos de AS (abuso probable o alta sospecha).
- Clase 4: Hallazgos de certeza de AS (evidencias definitivas de AS).

**TRATAMIENTO**

(Se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique: violación o sospecha de contacto de riesgo con las secreciones del agresor).

**1ª etapa de la Profilaxis Postexposición (PPE)**

- Tratamiento de las lesiones corporales y/o genitales
- Laboratorio inicial:
  - Serología: VIH, VHB, VHC y sífilis
  - Hemograma
  - Pruebas de función hepática y renal
  - Test de embarazo
- Tratamiento preventivo de ITS:
  - Sífilis: Penicilina Benzatínica 2.400.000 U o 50.000 U/Kg. en dosis única o ceftriaxona 250 mg.
  - Gono/Clamidia: Azitromicina 1g (comp. 500 mg) o 20 mg/Kg, en dosis única
  - Gonococo: Ciprofloxacina 500 mg o cefixima 400 mg u 8 mg/Kg., en dosis única
  - Clamidias: Doxicilina 100 mg o 2 mg/Kg, cada 12 h por 7 días
  - Tricomonas: Metronidazol 2 g (comp. 500 mg) o 30 mg/Kg, en dosis única
  - Tratamiento antirretroviral: ideal antes 2 hs y hasta 72 hs - Durante 4 semanas

El tratamiento de elección es: AZT + 3TC 1 comp. cada 12 h y 3 caps. de EFV por la noche antes de acostarse.

- Anticoncepción de emergencia (antes de las 120 h):
  - Levonorgestrel 150 mg: 2 comp. juntos (Norgestrel Max®, Segurite®)
  - Levonorgestrel 150 mg: 1 comp. (Segurite UD®)

**2ª etapa de la Profilaxis Posexposición (PPE)**

- **Antihepatitis B:**  
Gamaglobulina hiperinmune 0,06 ml/kg (Fco. ampolla de 3 y 5 ml)  
Vacuna Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses)
- Vacuna antitetánica

#### SEGUIMIENTO

A las 2 y las 4 semanas:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.
- VDRL.
- Test de embarazo.

A las 6 semanas:

- Serología VIH.
- Serología VHB.

A las 12 semanas:

- Serología VIH.
- Serología VHB.
- Serología VHC.

A las 24 semanas:

- Serología VIH.
- Serología VHC.





