

MANUAL CLÍNICO

Atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género

Herramientas para equipos de salud

OPS



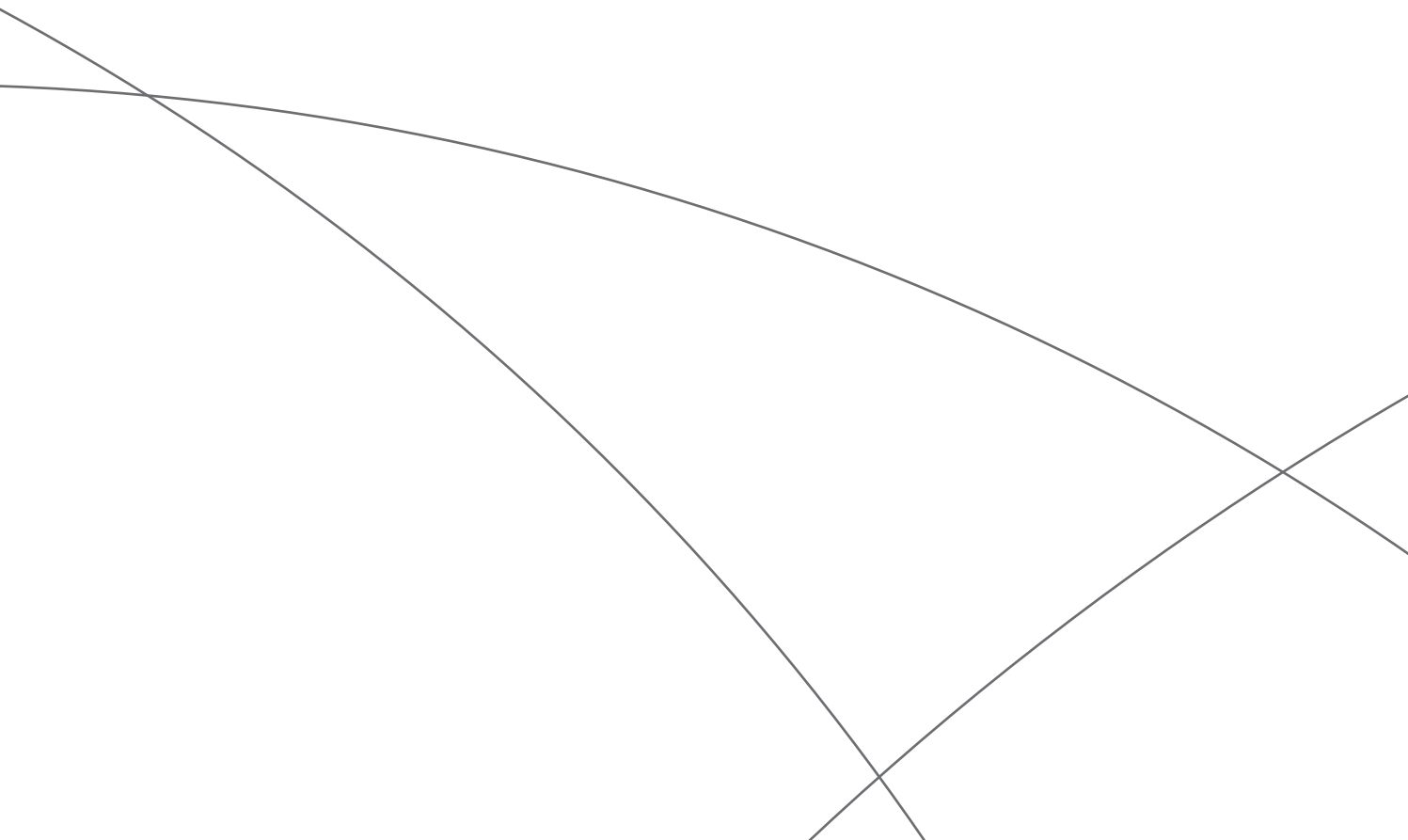
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Ministerio de Salud
Argentina



MANUAL CLÍNICO

Atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género

Herramientas para equipos de salud

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



Ministerio de Salud
Argentina

Manual clínico: atención integral de salud en situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud

ISBN: 978-92-75-32608-4 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12608-0 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y/o el Ministerio de Salud de la Nación respaldan una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS ni del Ministerio.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de la Nación. Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS ni del Ministerio".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de la Nación. La OPS y el Ministerio no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Manual clínico: atención integral de salud en situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326084>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org> y en <https://bvs.salud.gob.ar/>

Derechos y licencias: para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS ni del Ministerio, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS y/o el Ministerio los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS y el Ministerio han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS y/o el Ministerio podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

ARG/FPL/2022

MANUAL CLÍNICO

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO

Herramientas para equipos de salud



La versión original en inglés de este manual se publicó en 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Posteriormente, en 2016, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó la versión en español con algunos ajustes respecto del original, formando parte del componente de salud del Programa Mundial Conjunto sobre Servicios Esenciales para las Mujeres y las Niñas Víctimas de la Violencia, una iniciativa conjunta de ONU-Mujeres y el UNFPA.

El presente manual corresponde a una adaptación de la versión en español desarrollada para la Argentina por el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la OPS. En esta versión se incluyó un capítulo específico destinado a la atención integral ante situaciones de violencia sexual contra niñas, niños, niñas y adolescentes.

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Jefa Unidad Gabinete de Asesores

Sonia Gabriela Tarragona

Directora de Géneros y Diversidad

Candela Cabrera

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Bellone

Directora de Salud Perinatal y Niñez

Juliana Finkelstein

Director de Adolescencias y Juventudes

Juan Carlos Escobar

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Directora

Carissa F. Etienne

Representante de OPS/OMS en Argentina

Eva Jané Llopis

AGRADECIMIENTOS

Ministerio de Salud de la Nación

Coordinación general de la publicación

Dirección de Géneros y Diversidad

Candela Cabrera

María Laura Gutiérrez

Coordinación editorial de la publicación

Dirección de Géneros y Diversidad

Fernanda Moschetti

Equipo de trabajo

Dirección de Géneros y Diversidad

Martina Prina, Camila Ciz, Morena Díaz, Sofía Rodríguez, Fran Castignani, Alicia Comas, Felicitas Stegmann, Luciana Mignoli, Gabriela Cancellaro, Josefina Damioli, Paula Banti, Diego García y Carolina González

Dirección de Adolescencias y Juventudes

Juan Carlos Escobar, Victoria Keller y Eugenia Soubies

Dirección de Salud Perinatal y Niñez

Gabriela Bauer y Andrea Frank

Organización Panamericana de la Salud

Nivel Regional

Prevención de violencia y lesiones

Britta Mónica Baer

Nivel Nacional

Familia, Género y Curso de Vida

Victoria Bertolino y Daniela Giacomazzo

Cooperación Internacional e Intersectorial para el Desarrollo Sustentable

Cecilia Marzoa

Gestión del Conocimiento y Publicaciones

Flavio Augusto Hazrum

Comunicación

María Florencia Guedes

Grupo Consultivo

Ministerio de Salud de la Nación

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla, Luciana Azcárate y Victoria Pedrido

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Luciana Chinchilla, Denise Thery y Eliana Bagán

Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria

Maia Steinman y Analia Galvan

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

Mariana Ceriotto, José Barletta, Julia Recchi y Juan Sotelo

Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte

Gabriela Scheinkestel, Mariana Camilo de Oliveira, Manuela Martinez, Eugenia Oddo Lanzillotti y Florentina Pastene

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Micaela Navill y Silvana Palestrini

Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta “Néstor Kirchner”

Comité de Género y Diversidad

Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad

Subsecretaría de Programas Especiales contra la Violencia por Razones de Género

Carolina Varsky y Candela Loreti Gambaccini

Subsecretaría de Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Género

Laurana Malacalza

Subsecretaría de Políticas de Diversidad

Alba Rueda y Valeria Pavan

Ministerio de Desarrollo Social

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia,

Carolina González Lebrero, Vanesa Villeta, Andrea Nicolini, Carolina Gulisano, Marianela Pérez Porta, Verónica Catinari y María Pía Brugo

Equipo de consultoría

Redacción

Paula Hansen, Claudia Teodori, Gabriela Pombo, Sabrina Medina, Paola Genni, María Ines Pereyra

Edición

Guadalupe Rodríguez

Diseño e Iconografía

Lucía Reynoso y Carolina Yedrasiak

Se agradecen los aportes realizados por

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil (SAGIJ), Susana Ciruzzi y Margarita Ussher



Aclaración

Para la elaboración y redacción de estos materiales se procuró favorecer el uso de un **lenguaje no sexista e inclusivo** que permitiera tensionar la preponderancia del género masculino, así también como el binarismo masculino y femenino.

En ese sentido, optamos por la utilización de construcciones lingüísticas y términos no excluyentes, que abonen al reconocimiento de la diversidad sexual y de género, como por ejemplo anteponer la palabra “persona” en lugar de usar el genérico masculino.

Se intentó evitar el uso del masculino genérico para hacer referencia a mujeres, varones y otras identidades y la estrategia “o/a”, “os/as”, “los/las” se utilizó en contados casos para no recargar la lectura con el uso reiterado.¹

Asimismo, se incorporó un **glosario** para ampliar el conocimiento sobre la terminología utilizada para abordar la problemática de las violencias por motivos de género. Estos conceptos aparecen destacados en color a lo largo del manual.

 [Glosario](#)
 Pág. 169

¹ Para profundizar sobre esta temática, sugerimos consultar “¿Ahora cómo se dice? Pensando el lenguaje y la comunicación no sexista e inclusiva en el Ministerio de Salud de la Nación” (MSAL, 2022). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/y-ahora-como-se-dice-pensando-el-lenguaje-y-la-comunicacion-no-sexista-e-inclusiva-en-el>

ÍNDICE

PRÓLOGOS	21
La atención de las violencias por motivos de género es una cuestión de salud	21
Avanzando junto al sistema de salud en la erradicación de las violencias por motivos de género	23
INTRODUCCIÓN	25
¿De qué se trata este manual?	25
¿Para qué sirve este manual?	26
Las violencias por motivos de género en la Argentina	28
Algunos datos sobre las VMG en nuestro país	29
Perspectivas para la atención ante situaciones de violencias por motivos de género	31
Perspectiva de derechos	31
Perspectiva de género y diversidad	34
Perspectiva generacional	37
Perspectivas intercultural e interseccional	38
CAPÍTULO 1	
SENSIBILIZACIÓN ACERCA DE LAS VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO	44
1. Marco normativo y programático en torno a las violencias por motivos de género a nivel nacional	44
Definición de VMG	46
Tipos de VMG	47
Modalidades de VMG	48
2. El rol de los equipos de salud en la detección temprana y la prevención de las violencias por motivos de género	50
Identificación de señales de alarma para la detección temprana de las VMG	54
Qué hacer ante la sospecha de situaciones de VMG	55

Cómo registrar las situaciones de VMG en la historia clínica	56
Qué hacer ante situaciones de VMG no reveladas por la persona	57

CAPÍTULO 2

APOYO DE PRIMERA LÍNEA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO

1. ¿Qué es el apoyo de primera línea?	62
Las 5 tareas del apoyo de primera línea ANIMA	63
Recomendaciones para una atención de la salud respetuosa de los derechos de mujeres y LGBTI+	65
2. ANIMA: herramienta para el apoyo de primera línea	66
Atención al escuchar	66
No juzgar y validar	69
Informarse sobre las demandas y preocupaciones	70
Mejorar las estrategias de cuidados	72
Evaluación del riesgo de la situación de VMG	72
Elaborar un plan de cuidados	73
Abordaje en red	75
Cómo acompañar	76
Recursos disponibles	78
Recomendaciones para la articulación con otros servicios	79
3. Inquietudes habituales	80

CAPÍTULO 3

ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DE LA SALUD FÍSICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

Los 6 componentes del cuidado de la salud física	91
Componente 1. Realizar la anamnesis y el examen físico	91
1.1 Realizar la anamnesis completa	91
1.2 Preparar la realización del examen físico y solicitar el consentimiento informado	93
1.3 Realizar el examen físico completo	95
Componente 2. Brindar tratamiento para las lesiones físicas o derivar al servicio correspondiente	98
Componente 3. Brindar anticoncepción de emergencia	99
Anticoncepción de emergencia	99
Orientación sobre la anticoncepción de emergencia	102

Componente 4. Prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)	103
Inmunizaciones	104
Componente 5. Prevenir la infección por el VIH	105
¿Cuándo debe considerarse la Profilaxis Post Exposición (PEP)?	105
PEP para personas adultas	106
Componente 6. Elaborar un plan de cuidado de la salud	109
Explicar los hallazgos del examen físico y el tratamiento	109
Cuidado de las lesiones	109
Prevención de las ITS	109
Seguimiento	110

CAPÍTULO 4 ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DE LA SALUD MENTAL

1. Apoyo psicosocial básico	115
1.1 Fortalecimiento de la autonomía de las mujeres y LGBTI+	116
1.2 Recursos de apoyo social disponibles	117
2. Atención de los padecimientos de salud mental más graves	118
2.1 Evaluación del estado de la salud mental	118
Riesgo inminente de suicidio y autolesión	120
2.2 Trastorno depresivo moderado a grave	120
Evaluación del trastorno depresivo moderado a grave	121
Atención de las personas con trastornos depresivos moderados a graves	123
2.3 Trastorno por estrés postraumático	125
Realizar la evaluación para detectar el TEPT	126
Atención de las personas con TEPT	126

CAPÍTULO 5 ATENCIÓN INTEGRAL ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS, NIÑES Y ADOLESCENTES

1. Violencia sexual contra NyA	133
1.1 Modalidades de violencia sexual contra NyA	135
1.2 Características de la violencia sexual contra NyA	136

1.3 Creencias, prejuicios y realidades sobre la violencia sexual contra NyA	137
2. Situaciones particulares en NyA	140
2.1 Adolescentes con conductas sexuales abusivas	140
2.2 Embarazo forzado en la niñez y la adolescencia	141
3. PROTEGER: pautas para la atención integral desde una perspectiva de derechos	142
Prestar atención a indicadores de violencia sexual	145
Indicadores emocionales, conductuales y clínicos inespecíficos	145
Indicadores médicos con cierta especificidad orientativa	146
Consulta explícita	147
Realizar la valoración del riesgo de NyA	148
Riesgo bajo	149
Riesgo medio	149
Riesgo alto	150
Ofrecer escucha activa y continente durante la entrevista y el examen físico	151
Entrevista	151
Examen físico y abordaje médico dentro de las primeras 72 horas de la agresión sexual	152
Examen físico y abordaje médico pasadas las 72 horas de la agresión sexual	155
Trabajar de manera interdisciplinaria e integral	156
Establecer la articulación con organismos de protección de derechos	157
Garantizar el interés superior de NyA	159
Evaluar estrategias de resguardo de NyA	160
Realizar la denuncia penal	162
Cuándo y quién deberá realizarla	162
Dónde realizarla	163

GLOSARIO	169
ANEXOS	174
1. Compendio normativo	174
2. Recursos a nivel nacional	178
3. Violencia contra la libertad reproductiva	182
4. Consideraciones con respecto a la prescripción de benzodiazepinas	184
5. Modelo de historia clínica	185
6. Obtención y conservación de evidencia	200
7. Formulario único de cadena de custodia	208
8. Ilustraciones para localizar lesiones	210
9. Modelo de consentimiento informado para IVE/ILE y modelo de declaración jurada	211
10. Calendario de vacunación por edades	214
GUÍAS PRÁCTICAS	218
1. Cómo preguntar si se sospecha una situación de VMG	218
2. Cómo ayudar a las personas en situación de VMG con las siguientes manifestaciones emocionales	222
3. Indicadores para la valoración del riesgo en situaciones de VMG	225
4. Cómo detectar una situación de alto riesgo	232
5. Cómo elaborar un plan de cuidados	235
6. La denuncia como estrategia	239
7. Recurso local para el abordaje y acompañamiento ante situaciones de VMG	242
8. Atención de la salud ante situaciones de Violencias por Motivos de Género	245
9. Lista de verificación para el examen físico	246
10. Seguimiento después de una agresión sexual	248
11. Atención ante situaciones de violencia sexual	255
12. Atención clínica en NyA ante violación u otro tipo de contacto genital	256
13. Prestar atención a indicadores de violencia sexual en NyA	272

14. Realizar la valoración del riesgo de NyA	274
15. Ofrecer escucha activa y continente durante la entrevista y el examen físico	275
16. Trabajar de manera interdisciplinaria e integral	277
17. Establecer articulación con los organismos de protección de derechos	278
18. Garantizar el interés superior de NyA	280
19. Evaluar estrategias de resguardo	281
20. Realizar la denuncia penal ante situaciones de violencia sexual contra NyA	284
21. Atención integral ante situaciones de violencia sexual contra niñas, niños, niñas y adolescentes	286
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	287

PRÓLOGO

La atención de las violencias por motivos de género es una cuestión de salud

Las violencias por motivos de género atraviesan a mujeres, LGBTI+, niñas y adolescencias con gran impacto en múltiples dimensiones de la vida y el sistema de salud tiene un rol fundamental en su detección temprana, en la evaluación del riesgo, en la prevención y la atención integral.

Por eso, desde el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) presentamos el Manual Clínico *“Atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud”*, adaptado técnica y culturalmente a nuestro país a partir de la versión original de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Su desarrollo implicó el compromiso y la articulación entre organismos gubernamentales, hospitales nacionales, áreas estratégicas de nuestro ministerio y equipos de salud que aportaron sus miradas, conocimientos y trayectorias.

Este material se inscribe en una perspectiva de derechos humanos, géneros y diversidad, desde una mirada intergeneracional, intercultural e interseccional. Promueve un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial basado en el respeto de la autonomía de las personas.

Brinda orientaciones para una atención integral de la salud, en el marco del Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género y del Plan Nacional de Políticas de Género y Diversidad en Salud. Además, esta versión para Argentina elabora e incluye un capítulo para la atención de la violencia sexual contra niñas y adolescencias.

Las luchas de mujeres, feministas y de la diversidad han reivindicado que el abordaje de las violencias de género ocupe hoy un lugar prioritario en la agenda del Estado. Este manual clínico invita a los equipos de salud a revisar las propias prácticas y desnaturalizar prejuicios y sentidos comunes, a la vez que ofrece herramientas para fortalecer el trabajo que

se viene realizando en cada territorio en materia de prevención y atención de las violencias por motivos de género.

Esperamos que constituya un valioso aporte para los equipos del subsector público, privado y de la seguridad social; que contribuya al trabajo articulado, en red y federal para mejorar las estrategias de cuidados y resguardo; y que sea leído como una convocatoria a todo el sistema de salud para continuar trabajando por una sociedad más justa, igualitaria, libre de discriminaciones y violencias.

Dra. Carla Vizzotti
Ministra de Salud de la Nación

PRÓLOGO

Avanzando junto al sistema de salud en la erradicación de las violencias por motivos de género

Desde la OPS/OMS nos complace acompañar la concreción de la adaptación para Argentina del *“Manual clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual”*, cuya versión original en inglés fue elaborada por la OMS en 2014 y publicada en español en 2016.

Luego de un excelente trabajo multisectorial, coordinado por la Dirección de Géneros y Diversidad del Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de la representación local de OPS/OMS, se desarrolló esta adaptación atendiendo a la diversidad cultural, diferencias de contexto geográfico e incorporando a las personas LGBTI+, niñeces y adolescencias y el amplio marco normativo del país.

Siguiendo los propósitos del manual original, este nuevo *“Manual clínico: Atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud”* está destinado a los efectores de salud, especialmente en el primer nivel de atención, y busca sistematizar las acciones para la detección y atención de las violencias por motivos de género en todo el país.

Es un documento muy completo que brinda orientaciones claras para los equipos de salud, especialmente para quienes no están especializados en el tema. Su aporte radica en brindar herramientas para identificar violencias por motivos de género aún en aquellas personas que no consultan por ello. Su enfoque integral es clave para que los equipos de salud puedan reconocer oportunidades de detección, prevención temprana y abordaje de las violencias más allá de cuál sea el motivo específico de consulta.

Se destaca la incorporación del capítulo dedicado a niñeces y adolescencias para el cual se trabajó en mesas intersectoriales con expertos. También sobresale el enfoque de derechos humanos que se evidencia en la transversalización de las perspectivas de diversidad, interculturalidad y de interseccionalidad para comprender las vivencias de las personas y las estrategias de abordaje situadas desde el sistema de salud y en articulación con la comunidad.

El manual llega en un momento particular. La violencia es un grave problema de salud pública y de violación a los derechos humanos que no solo persiste, sino que, especialmente durante la pandemia de COVID-19, se ha visto incrementado.

La violencia por motivos de género afecta a la salud en todas sus dimensiones y el sistema de salud puede ser la primera y, a veces, la única opción con la que cuentan las personas para hablar sobre su situación. Esta, sin duda, es una herramienta concreta para continuar fortaleciendo el camino hacia su erradicación desde todos los ámbitos.

Eva Jané Llopis

Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina

INTRODUCCIÓN

¿De qué se trata este manual?

El presente manual está dirigido a todas las personas que integran equipos de salud interdisciplinarios e intersaberes del sistema sanitario (formadas en Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, asesoramiento legal, agentes sanitarios, administración, promotoras y promotores de la salud, etc.) en especial a quienes trabajan en el primer nivel de atención. Su propósito es brindarles herramientas para la atención integral a mujeres, **LGBTI+»** y niñas, niños, niñas y adolescentes (en adelante, NyA) que atraviesan o han atravesado situaciones de violencias por motivos de género (en adelante, VMG).

Las mujeres, LGBTI+ y NyA pueden encontrarse expuestas a múltiples expresiones de las violencias por motivos de género en ámbitos familiares, laborales, comunitarios e institucionales. Estas violencias constituyen un problema sociosanitario con repercusiones inmediatas y duraderas, que pueden, o no, resultar visibles. Estas violencias ponen en riesgo su integridad física y psicológica, así como su autonomía económica y social, y requieren un abordaje integral.

En el caso de LGBTI+ es preciso advertir la invisibilización y naturalización de las violencias que enfrentan en la vida cotidiana: situaciones de discriminación, maltrato, hostigamiento en la vía pública, agresiones verbales y/o físicas ante demostraciones de afecto. Otras formas de violencia ejercidas contra LGBTI+ son las **violaciones sexuales con fines “correctivos”**, los delitos contra la integridad física, psicológica y sexual en episodios de violencia institucional, y el particular ensañamiento en lo que concierne a violencias extremas.

Respecto de las niñas y adolescencias, entendidas como etapas de mayor vulnerabilidad en el curso de vida que requieren un abordaje singular, se incluye un capítulo específico centrado en su atención integral ante situaciones de violencia sexual ». Estas violencias contra NyA, en la mayoría de los casos, son infligidas por personas del entorno cercano, que cumplen roles afectivos y de cuidado.

🔗 La sigla **LGBTI+** caracteriza al colectivo de la diversidad sexual nombrando a algunas de las identidades que lo integran (Lesbianas, Gays, Travesti, Trans, Bisexual, Intersex). El signo “+” busca no cerrar la sigla y contemplar la existencia de otras múltiples posibles identidades autopercebidas y orientaciones sexuales. «

🔗 [Glosario](#)

🔗 Véase [Capítulo 5](#)
Pág. 132 «

¿Para qué sirve este manual?

🔗 Los **cuidados** constituyen una dimensión central del bienestar social. Construir un abordaje integral de las violencias por motivos de género supone la necesidad de pensar en términos de red de cuidados. Es decir, el armado de un esquema integrado por diferentes actores del cuidado (Estado, comunidad, referentes vinculares, etc.) que acompañen a la persona en su proceso de fortalecimiento y progresiva autonomía, para desarrollar un proyecto de vida libre de violencias.»

En el apoyo de primera línea a las mujeres, LGBTI+ y NyA que han atravesado situaciones de VMG se debe priorizar la atención a las demandas de acompañamiento y apoyo psicosocial, las demandas inmediatas de salud física y las demandas continuas con respecto a la red de **cuidados** «.

Es necesario tener en cuenta que las situaciones de VMG pueden no ser fácilmente identificables, ya que las personas afectadas no siempre formulan explícitamente demandas de acompañamiento y atención ante sus redes vinculares y/o ante instancias institucionales. Ello puede deberse a múltiples factores, en especial a la naturalización y/o cronificación de ciertas violencias, a la imposibilidad de identificar algunas de las experiencias de violencia y al temor a las consecuencias de comunicarlas en instituciones estatales.

En orden con el marco normativo vigente y una perspectiva de derechos que apuesta a la construcción de autonomía, los equipos de salud juegan un rol fundamental en la identificación y visibilización de las demandas de las mujeres, LGBTI+ y NyA en situaciones de violencias por motivos de género, así como en la prevención, la asistencia y el acompañamiento.

Quienes integran los equipos de salud pueden ser las primeras personas a quienes las mujeres, LGBTI+ y NyA expresen su situación de violencia. Cada consulta (ginecológica, odontológica, traumatológica, de control prenatal, atención por guardia, control pediátrico de NyA, entre otras) es una oportunidad, a veces única, de prevenir y detectar señales tempranas de VMG e incidir en la disminución de la morbimortalidad por esta causa. Incluso quienes no sean especialistas pueden contribuir de distintas maneras al proceso de recuperación y bienestar general de mujeres, LGBTI+ y NyA que han vivido VMG.

Este manual clínico ofrece una serie de sugerencias para que los equipos de salud brinden atención integral ante situaciones de VMG y consta de los siguientes capítulos:

Capítulo 1. Sensibilización acerca de las violencias por motivos de género

Capítulo 2. Apoyo de primera línea ante situaciones de violencias por motivos de género

Capítulo 3. Atención complementaria de la salud física ante situaciones de violencia sexual

Capítulo 4. Atención complementaria de la salud mental

Capítulo 5. Atención integral ante situaciones de violencia sexual contra niñas, niños, niñas y adolescentes

A su vez, este material contiene una serie de anexos y guías prácticas que servirán de orientación para dar atención integral a mujeres, LGBTI+ y NyA que atraviesan o han atravesado situaciones de VMG.

¿Por qué las VMG son diferentes de otros problemas de salud?

Las mujeres, LGBTI+ y NyA que atraviesan o han atravesado situaciones de VMG pueden tener demandas distintas a las de otras personas usuarias del sistema de salud. En particular, pueden requerir:

- Respuestas articuladas de la red de servicios sociosanitaria, interdisciplinarias e intersectoriales, por ser situaciones multidimensionales y complejas.
- Una evaluación de riesgo.
- Una escucha activa y contención.
- Atención física y en salud mental.
- Atención frente a preocupaciones por su integridad.
- Acompañamiento para fortalecer sus estrategias de cuidado y tomar sus propias decisiones.

Por ello es fundamental que los equipos de salud:

- Recuerden que su función más importante es brindar acompañamiento, y no hacer un diagnóstico.
- Eviten cuestionar a las personas en sus relatos.
- Garanticen un acompañamiento que procure la protección y el resguardo necesario para no incrementar la situación de violencia.

Las violencias por motivos de género en la Argentina

En nuestro país, así como a escala mundial, existen patrones sociales y culturales que reproducen y sostienen desigualdades entre los géneros. Esto implica que la sociedad se organiza sobre la base de sistemas y jerarquías que establecen desigualdades entre géneros, rangos etarios, capacidades, pertenencia étnica, orientaciones sexuales, entre otras. Estas desigualdades estructurales y asimetrías de poder se traducen en la vida cotidiana en múltiples manifestaciones de violencias.

Resulta necesario contemplar que, si bien existen manifestaciones de las violencias por motivos de género más explícitas (tales como amenazas, gritos, insultos, agresiones físicas y violaciones), hay también todo un abanico de violencias que permanece invisibilizado y naturalizado en muchas ocasiones. La manipulación, el lenguaje y los comentarios sexistas, las actitudes de desprecio y humillación a mujeres y LGBTI+, la vigilancia constante y/o el control de sus ingresos, el acoso callejero, la violencia institucional, el trato humillante y el abuso de la medicalización durante procesos de parto y posparto son tan solo algunos ejemplos de las diferentes maneras en que estas violencias se expresan en las trayectorias de vida de las mujeres y LGBTI+. En el capítulo 1 (pág. 44) se profundizará respecto de los tipos y las modalidades de violencias contemplados por la normativa vigente en la Argentina.

👉 **Ley Nacional** 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/actualizacion> »

Las desigualdades de género impactan en las trayectorias de vida de todas las personas. Las niñeces y las adolescencias también se encuentran expuestas a distintas situaciones de VMG que constituyen prácticas violatorias a sus derechos más elementales y requieren un abordaje conforme al paradigma de protección integral y a la normativa vigente «. Cuando las mujeres o LGBTI+ a cargo de sus cuidados se encuentran atravesando situaciones de violencias por motivos de género, NyA viven también el impacto de dichas manifestaciones de violencias.

Las niñeces y las adolescencias constituyen etapas de la vida que merecen especial atención, por ello es importante que las instituciones habitadas por NyA revisen en sus prácticas y discursos aquellos estereotipos y patrones socioculturales que sostienen y reproducen las desigualdades entre géneros. Los espacios de socialización pueden evitar intervenciones que apunten a que NyA internalicen conductas estereotipadas y sexistas. Por ejemplo, intentar no ofrecer exclusivamente juegos vinculados a los cuidados (cocinar, limpiar, cuidar bebés) a las niñas y juegos que requieran fuerza o destreza corporal (autos, pelota) a los niños.

Algunos datos sobre las VMG en nuestro país

Las VMG pueden ser infligidas por cualquier persona, aunque por lo general suele haber un vínculo preexistente, ya sean parejas, exparejas o integrantes del grupo familiar. Los datos estadísticos oficiales sobre comunicaciones a la **Línea Nacional 144**¹ indican que entre 2017 y abril de 2020 se registraron 556.397 llamados relacionados a situaciones de VMG. A su vez, desde la creación de la línea en 2013, la violencia doméstica ha constituido el principal motivo de consulta, ubicándose año tras año por encima del 90% del total de las comunicaciones recibidas.

Casi la totalidad de las personas que consultaron durante el año 2020 refirieron sufrir violencia psicológica, un 69% violencia física, un 37% violencia simbólica, un 35% violencia económica y un 13% violencia sexual. En el 99% de las intervenciones de la Línea 144 durante el período 2019-2020, las consultantes fueron mujeres. En las intervenciones con personas LGBTI+ en particular, se observó un predominio de la violencia psicológica, seguida de la violencia física (59%), la violencia simbólica (42,3%), la violencia económica y la violencia sexual (25,2 %).

En 2019, en la Argentina se llevó a cabo el *Estudio Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* basado en la International Violence Against Women Survey (IVAWS), que encuestó a mujeres de 18 a 69 años. Este estudio concluyó que el 49,3% de las encuestadas afirmaron haber sufrido algún nivel de violencia física o sexual alguna vez, desde los 16 años de vida y que el 8,5% de las mujeres atravesó violencia física o sexual en el último año (MMGyD, 2020a).

Nuestro país sostiene altos índices de **violencias extremas por motivos de género** (MMGyD, 2020b), es decir, de tentativas y muertes violentas contra mujeres y LGBTI+: **femicidios, transfemicidios, travesticidios, crímenes de odio, femicidios vinculados**. Según los datos publicados en el Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género (PNA) se calcula que entre 2002 y 2016 habrían tenido lugar en la Argentina alrededor de 4092 femicidios de personas de entre 15 y 64 años, resultando en un promedio que ronda los 270 femicidios anuales.

 [Glosario](#)

Asimismo, según datos publicados por el Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT (FALGBT y Defensoría LGBT, 2020) tan solo durante el 2020 ocurrieron al menos 152 crímenes de odio en el país. Esta cifra contempla únicamente casos relevados por los medios de comunicación o denunciados en la Defensoría LGBT, por lo cual se estima que persiste un subregistro respecto de la problemática.

¹ <https://www.argentina.gov.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>

Los datos de violencia sexual contra NyA analizados en conjunto por el Programa las Víctimas Contra las Violencias y UNICEF (2020-2021) sobre las denuncias recibidas a través de la **Línea Nacional 137** indican que un 57,8% de las víctimas de violencia sexual son NyA. Observados estos datos por edad, se pone de relieve que el peso de víctimas mujeres sobre víctimas varones aumenta conforme la edad: mientras que hasta los 6 años las víctimas niñas duplican en cantidad a las víctimas varones, en el rango etario de 12 a 17, las adolescentes víctimas quintuplican a los adolescentes. Este análisis señala también que del total de NyA víctimas de violencia sexual registradas entre octubre 2020-septiembre 2021 (3219), 61 son NyA con discapacidad.

En relación a los agresores, el 72,2% pertenece al entorno cercano a NyA: un 56,5% son familiares y un 17,7% son personas conocidas no familiares.

Por último, toma especial relevancia el rápido aumento del porcentaje de consultas relativas a violencia sexual contra NyA en entornos digitales (*grooming* y utilización de NyA para pornografía): en 2020 conformó el 29,4%, mientras que en los años previos esta proporción no llegaba al 20% (UNICEF, 2021).

Perspectivas para la atención ante situaciones de violencias por motivos de género

La atención a las mujeres, LGBTI+ y NyA que atraviesan VMG se basa en acompañar sus necesidades y demandas teniendo en cuenta las desigualdades preexistentes como parte de grupos en situación de vulnerabilidad. Resulta fundamental que los equipos de salud actúen siempre respetando la autonomía de la persona, presten la mejor atención posible y eviten aumentar su sufrimiento.

El abordaje de situaciones de VMG se rige por dos principios fundamentales: **la garantía de los derechos humanos de dichas personas y la promoción de la igualdad de género y el respeto a la diversidad**. A su vez, resulta imprescindible contemplar una perspectiva generacional, así como la interseccionalidad y la interculturalidad como dimensiones fundamentales.

Perspectiva de derechos

Las VMG son un grave problema de derechos humanos, del cual da cuenta el copioso corpus normativo internacional que vela por atender, prevenir y erradicarlas. Los derechos humanos de las mujeres, LGBTI+ y NyA establecidos en las convenciones internacionales tienen rango constitucional y se traducen en legislaciones específicas a nivel nacional, que serán desarrolladas en el capítulo 1 (pág. 44) y que se listan en el anexo 1 (pág. 174).

La Asamblea General de las Naciones Unidas sancionó la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**² en el año 1979, que adquirió rango constitucional en 1994. Comenzó así a consolidarse un proceso que siguió con la **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem Do Pará)**³, adoptada por parte de la Organización de los Estados Americanos en 1994, y a la que nuestro país adhirió en 1996 mediante la Ley 24.632. Sucesivamente, la promulgación de la

2 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

3 <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing⁴ en 1995 estableció una plataforma de acción con objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género por parte de los Estados.

En el año 2006, se elaboraron los **Principios de Yogyakarta**⁵ por un Comité experto, a pedido de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que establecen estándares legales para guiar la actuación de los Estados y otros agentes en materia de prevención y erradicación de las violencias en torno a la **identidad de género** y la **orientación sexual**.

En cuanto a los derechos de NyA, en el año 1990 la Argentina ratificó la **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**⁶, que en 1994, junto a otros tratados de derechos humanos, adquirió rango constitucional. La Convención reconoce a NyA como sujetos de derechos, contraponiéndose con el paradigma tutelar que considera que son objeto de protección, sin voz ni participación. Esta concepción exige no solo un cambio de palabras, sino también en los modos de reconocer, de dar lugar y de habilitar en la relación y el trabajo con NyA.

En el año 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas sancionó la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**⁷, a la que la Argentina suscribió en 2007 y ratificó en 2008, y que la Ley 26.378 incorpora a la normativa nacional. Esta convención promueve el goce pleno de todos los derechos humanos, en igualdad de condiciones, para las personas con discapacidad e instala el Modelo Social de la Discapacidad que reconoce que las causas que le dan origen no son individuales (de cada persona), sino preponderantemente sociales.

Los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes.

El enfoque basado en derechos promueve un abordaje integral que garantice las condiciones para que las personas en situación de VMG puedan desarrollar proyectos de vida cuidados, libres y autónomos.

4 <https://www.un.org/es/conferences/women/beijing1995>

5 <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>

6 <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

7 <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Las mujeres y LGBTI+ tienen derecho a:

- **Una vida libre de violencias.**
- **El grado máximo de salud que se pueda lograr:** acceso a servicios de salud de buena calidad, disponibles, accesibles y aceptables.
- **La no discriminación:** acceso a servicios de salud en los que no se discrimine por ningún motivo ni se niegue tratamiento por razones tales como etnia, edad, orientación sexual, identidad de género, religión, discapacidad, estado civil, aspecto físico, estatus migratorio, ocupación o ideología política.
- **La intimidad y la confidencialidad:** atención, tratamiento y orientación en un entorno privado y confidencial, y a que la divulgación de la información se haga únicamente con su consentimiento.
- **La información:** acceso y conocimiento de la información que se ha recogido acerca de su salud, incluida la historia clínica (en adelante, HC).
- **La autonomía:** toma de decisiones libres e informadas sobre la propia vida, para poder ser y hacer en función de las propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles.
- **El respeto a la identidad de género:** toda persona tiene derecho al acceso a una atención de la salud integral y de calidad, donde se respete el libre desarrollo de la misma conforme su identidad de género.

Niñas, niños, niñas y adolescentes también tienen derecho a:

- **La autonomía progresiva:** toma de decisiones libres e informadas sobre su propia vida conforme a su capacidad de discernimiento. Esta capacidad se desarrolla de manera diferente en cada NyA, con lo cual no puede ser limitada arbitrariamente por rangos etarios.
- **La participación directa:** ser parte en la toma de decisiones relativas a sus asuntos, para lo que se deben desarrollar mecanismos específicos para garantizar esta participación.
- **El cumplimiento de su interés superior:** es un principio de interpretación de las normas que guía la resolución de conflictos hacia la opción que garantice de la mejor manera el ejercicio de los derechos de NyA.
- **La no discriminación:** implica la obligación por parte de personas adultas de tomar medidas especiales para garantizar la igualdad de oportunidades y remover estructuras de poder que impidan que NyA puedan ejercer sus derechos.

En la consulta

- Prestar una atención respetuosa, garantizando los derechos, sin discriminación alguna. Tener en cuenta que las mujeres, LGBTI+ y NyA pueden estar enfrentando múltiples manifestaciones de las VMG, algunas de ellas menos visibles por ser cotidianas y estar más naturalizadas.
- Acompañar a las mujeres y LGBTI+ para que puedan tomar sus propias decisiones, promoviendo así su autonomía. Ofrecerles información y orientación para que conozcan cuáles son sus derechos y puedan ejercerlos. Regirse en el caso de NyA por el principio de autonomía progresiva.
- Respetar la dignidad de las mujeres, LGBTI+ y NyA.
- Adoptar una escucha activa.
- Creer y tomar con seriedad los relatos de mujeres, LGBTI+ y NyA.
- Tener en cuenta que NyA son más vulnerables a violaciones de derechos humanos.

Perspectiva de género y diversidad

Incorporar la **perspectiva de género** implica un cambio en la forma de mirar la realidad que permite identificar y, principalmente, cuestionar las relaciones jerárquicas de poder que se construyen entre las personas a partir del género. Estas relaciones asimétricas producen y perpetúan desigualdades que ubican a mujeres y LGBTI+ en un lugar de inferioridad respecto de los varones a lo largo de sus trayectorias de vida.

En la sociedad en que vivimos, el género suele definirse de manera lineal y binaria a partir del sexo asignado al nacer: a las personas con vulva se las considera mujeres (femenino) y a las personas con pene, varones (masculino). La perspectiva de género permite reconocer que el género de las personas no está determinado por rasgos biológicos o anatómicos, ni constituye un “orden natural”, sino que se trata de una construcción sociocultural.

Es a partir del proceso de socialización que las personas van adoptando características, creencias, formas de actuar y de relacionarse establecidas de forma binaria. Se educa a los varones para que sean fuertes, dominantes, que asuman un rol de proveedores en lo económico, mientras se espera que las mujeres sean dóciles, sensibles, que deseen ser madres y

asuman tareas de cuidado. Estos son algunos de los estereotipos y roles de género que se van aprendiendo desde la crianza y se reproducen a lo largo de la vida. Se refuerza así el **sistema patriarcal**, es decir, las relaciones de poder desiguales y opresivas que tienden a valorar como superiores los atributos y las prácticas asociadas a lo masculino por sobre lo femenino, y que cuestionan o discriminan aquellas prácticas, expresiones, comportamientos y subjetividades que no se “ajustan” a los roles y mandatos asignados. Esto impacta particularmente en las vidas de LGBTI+ por no cumplir con los mandatos binarios impuestos socialmente.

 [Glosario](#)

La perspectiva de género invita a desnaturalizar las desigualdades estructurales entre los géneros, en las que se asientan las VMG y que atraviesan los distintos ámbitos de la vida social (económico, educativo, doméstico, etc.). A la vez, este enfoque problematiza los estereotipos y prejuicios de género que operan produciendo y reproduciendo esas condiciones de desigualdad.

La **perspectiva de diversidad** implica contemplar la diversidad inherente a la existencia humana y permite desnaturalizar aquellos parámetros que establecen jerarquías sociales, considerando a ciertos grupos y poblaciones como superiores a otros.

En este sentido, el **Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad** (MMGyD, 2021a) reconoce que la diversidad nos constituye como personas y sociedades e involucra aspectos étnicos, de género, socioeconómicos, de edad, entre otros. Así también reconoce la existencia de una diversidad al interior de cada grupo —de mujeres, varones y LGBTI+— y entre sí, que no se puede desatender para comprender las desigualdades sociales por motivos de género. Esta concepción es retomada por la **Ley Nacional 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia**, que en sus considerandos establece: “Hay sistemas que imponen una concepción binaria, biologicista y esencialista como formas de vivir, entre ellos los que suponen la relación lineal y única entre genitalidad, género y orientación sexual; el sistema capacitista que valora unas capacidades por sobre otras; los que valoran la etapa adulta por sobre las otras edades/etapas de la vida, como así también el racismo o etnocentrismo que considera a una cultura/grupo étnico superior a otro a partir de argumentos de superioridad racial”.⁸

La perspectiva de diversidad se articula con la de género en tanto reconoce la existencia de diversas identidades y vivencias en relación al género y la sexualidad. Permite problematizar el **cissexismo**, es decir, la concepción que entiende que la única identidad de género posible es la asignada al nacer; y la **heteronormatividad**, que implica concebir la heterosexualidad como la única orientación sexual válida, normal y deseable.

 [Glosario](#)

⁸ Decreto 515/2021

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/248190/20210814>

Es importante reconocer que las mujeres así como NyA y LGBTI+ pueden haber vivido situaciones de discriminación y violencia específicamente por su identidad o **expresión de género**, por su **orientación sexual** o corporalidad. Estas situaciones generan impacto y daño en su salud. La búsqueda de atención ante eventos traumáticos, como las situaciones de VMG, puede verse afectada por temor a la estigmatización, la culpabilización y la discriminación por su identidad de género y/u orientación sexual.

Niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries

Niñas, niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos con capacidades, sentimientos y posibilidades de vivenciar y expresar cuál es su identidad de género y cómo quieren transitarla. No hay una edad definida para comenzar o atravesar estos procesos.

Adoptar las perspectivas de género y diversidad permite no solo cuestionar las desigualdades de género y la jerarquización de unas formas de existencia por sobre otras, sino también tender a su transformación, a través de prácticas que promuevan la igualdad y la equidad entre todas las personas.

En la consulta

- No asumir el género ni la orientación sexual de las personas.
- Respetar el nombre y el pronombre elegidos en todo momento.
- Adoptar una escucha atenta. Creer y tomar con seriedad sus relatos.
- Abstenerse de incurrir en prácticas o intervenciones **revictimizantes**.
- No culpar ni juzgar a las personas.

Perspectiva generacional

En las sociedades se ha invisibilizado históricamente a las niñas y las adolescencias como sujetos de derechos. En la actualidad persisten pautas de socialización basadas en el **adultocentrismo**, según las cuales no se tiene en cuenta la voz ni la participación de NyA y se los ubica en una posición de dependencia absoluta respecto de las personas adultas. La mirada adultocéntrica implica también una valoración de la adultez como la etapa más importante de la vida, por sobre otros momentos, considerando a la niñez y la adolescencia como una “preparación para” y no como momentos importantes en sí mismos. La perspectiva generacional implica desnaturalizar estas miradas tutelares sobre NyA, entendiendo que se trata de construcciones sociales que deben ser problematizadas.

 [Glosario](#)

La mirada adultocéntrica es parte constitutiva del patriarcado y supone naturalizar prácticas violentas que se utilizan para “disciplinar” y “educar” en el marco de relaciones de poder abusivas, tales como la apropiación del cuerpo de NyA, la limitación en su uso de la palabra, la subestimación de las necesidades propias de cada edad, la negación de su autonomía y la no participación en las decisiones que les incumben.

A su vez, articular la perspectiva generacional y de género lleva a problematizar las asimetrías que privilegian “lo adulto” y “lo masculino”, y a reconocer que el disciplinamiento y el dominio de los cuerpos de NyA por parte de quienes ejercen poder no son situaciones aisladas sino que tienen un carácter estructural. De esta manera es preciso advertir que “la visión adultocéntrica permite hablar de la existencia de un orden generacional jerárquico, en el cual las NyA se ven sometidas a una doble discriminación por género y edad” (Plan ENIA, 2019).

En la consulta

- Reconocer a NyA como sujetos de derechos.
- Garantizar la escucha y habilitar la palabra y otras formas de comunicación con NyA.
- Propiciar la participación de NyA en función de la autonomía progresiva.
- Abordar las situaciones de VMG problematizando la mirada adultocentrista.

Perspectivas intercultural e interseccional

La **perspectiva intercultural** pone el acento en visibilizar la existencia de patrones monoculturales y etnocéntricos que jerarquizan algunas poblaciones por sobre otras, produciendo discriminación y exclusión de determinados grupos, como los pueblos originarios, afrodescendientes y migrantes, entre otros.

Esta perspectiva implica reconocer a las diferentes culturas, poblaciones y grupos, la plurinacionalidad, y la diversidad étnica, religiosa e idiomática presentes en nuestro país, promoviendo la eliminación de estereotipos discriminatorios, tal como lo enuncia el **Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad** (MMGyD, 2021a).

La **perspectiva interseccional** visibiliza las vivencias particulares de las personas a partir de la interrelación de múltiples categorías sociales como género, edad, clase social, orientación sexual, discapacidad, condición migrante, pertenencia a comunidades indígenas, ruralidad, contextos de encierro, entre otras. Esta perspectiva constituye una herramienta para analizar y comprender la interrelación de estas categorías y cómo posicionan a las personas en diferentes situaciones de privilegio o desigualdad.

En este sentido, la interseccionalidad resulta fundamental para entender los diferentes niveles de vulnerabilidad en los que se encuentran mujeres, LGBTI+ y en especial NyA que han atravesado o están atravesando situaciones de VMG.

La articulación de las perspectivas intercultural e interseccional con las perspectivas de género y diversidad implica considerar los múltiples factores de discriminación que se articulan en las expresiones de VMG ejercidas contra mujeres, LGBTI+ y NyA. La conjunción de desigualdades puede sobreexponer a determinadas poblaciones a situaciones de VMG.

Es de vital importancia que los equipos de salud sepan advertir la posible reproducción de patrones que acentúan las desigualdades en las intervenciones que realizan y considerar la articulación entre ellas para brindar un trato digno. Las perspectivas intercultural e interseccional posibilitarán también pensar estrategias de abordaje situadas y en articulación con la comunidad, considerando las formas y modalidades en que se manifiestan las VMG contra mujeres, LGBTI+ y NyA en el contexto local.

En la consulta

- Tener en cuenta los distintos factores, como edad, etnia, orientación sexual, identidad de género, religión, discapacidad u otros, que se interseccionan en las trayectorias de vida de cada persona en situación de VMG, complejizando su situación de vulnerabilidad.
- Respetar los valores y las pautas culturales de las personas.
- Reconocer las diferentes experiencias y relaciones de opresión o privilegios para desnaturalizar hábitos que pueden resultar discriminatorios, estigmatizantes o violentos, y que son invisibilizados en la práctica cotidiana.
- Realizar intervenciones situadas y respetuosas de las necesidades particulares de cada persona.

CAPÍTULO 1

SENSIBILIZACIÓN ACERCA DE LAS VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO

SENSIBILIZACIÓN ACERCA DE LAS VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO

Glosario

Las VMG son aquellas múltiples violencias ejercidas contra mujeres, LGBTI+ y NyA, motivadas por su **identidad de género, expresión de género** y/u **orientación sexual**. Constituyen una problemática social grave, de carácter estructural, tanto a escala nacional como global.

Es importante que quienes integran un equipo de salud conozcan las distintas manifestaciones de las VMG. Comprender de qué formas se expresan las VMG permitirá brindar una atención integral y adecuada a las personas que atraviesan estas situaciones.

En este capítulo se desarrolla el marco normativo y programático vigente en nuestro país que garantiza los derechos de mujeres, LGBTI+ y NyA a vivir una vida libre de violencias. También algunas herramientas para el trabajo de los equipos de salud en la detección temprana y prevención de las VMG. En el capítulo 5 (pág. 132), se profundiza sobre la prevención, la detección temprana y la atención a NyA víctimas de violencia sexual.

1. Marco normativo y programático en torno a las violencias por motivos de género a nivel nacional

En la Argentina, la Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencias contra las mujeres en los ámbitos en que

desarrollen sus relaciones interpersonales (en adelante, Ley de Protección Integral contra las VMG) constituye el principal marco normativo en la materia. Esta garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y la **Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**.

Previo a la sanción de la Ley de Protección Integral contra las VMG, existe la **Ley 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas y su modificatoria (Ley 26.842)**, para eliminar una de las más graves violaciones a los derechos humanos, en tanto afecta a las personas, mayormente mujeres y NyA, en su dignidad, integridad y libertad.

Para garantizar la recuperación y la protección de hijas, hijos e hijes de mujeres víctimas de **femicidio**, la **Ley 27.452** creó el **Régimen de reparación económica para niñas, niños y adolescentes**. Esta ley garantiza el derecho a recibir una reparación económica mensual, acceder a una cobertura integral de salud y acompañamiento de manera integral durante su crianza, en un ambiente sano y libre de violencias.

 [Glosario](#)

En el reconocimiento del rol fundamental del Estado en la prevención y erradicación de las VMG, a fines de 2018 se sancionó la **Ley 27.499** conocida como **“Ley Micaela”**, que establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación.

En lo que respecta al marco programático, el **Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género (2020-2022)** (en adelante, PNA) elaborado por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (MMGyD) y previsto en el art. 9° de la Ley 26.485, plantea la importancia de un tratamiento transversal e interseccional de la problemática. Propone un abordaje integral y multiagencial de las VMG, que apueste a generar las condiciones subjetivas y materiales para el desarrollo de proyectos de vida autónomos por parte de las personas que las atraviesan. Reconoce además el rol central de las organizaciones comunitarias y de las redes territoriales en los acompañamientos de situaciones de VMG, promoviendo la articulación para favorecer respuestas situadas y acordes a las particularidades de cada comunidad. Asimismo, el PNA incorpora los derechos establecidos en la **Ley 26.743 de Identidad de Género**, incluyendo a LGBTI+ en todas las políticas tendientes a la erradicación, la prevención y el abordaje de las VMG.

En 2020 también se promulgó la **Ley 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia** que garantiza

derechos a las personas gestantes y niñas en sus primeros 3 años, protegiendo los derechos a la identidad, la salud integral, la alimentación saludable, a una vida digna y libre de violencias, a la seguridad social y al cuidado en la primera infancia. El art. 24° de la Reglamentación (Decreto 515/2021) establece las obligaciones del Ministerio de Salud y del MMGyD, en el marco de la Unidad de Coordinación Administrativa, en el desarrollo de materiales y herramientas para la prevención, detección temprana y abordaje integral ante situaciones de VMG contra mujeres, otras personas con capacidad de gestar y NyA.

En la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, en noviembre de 2020 la Dirección de Géneros y Diversidad creó el **Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública** (Resol. 1886/20). Entre sus objetivos se encuentra la transversalización de la perspectiva de género y diversidad en las políticas públicas de salud e impulsar acciones de prevención, detección temprana y atención integral de salud ante situaciones de VMG.

En enero de 2021 entró en vigencia en todo el territorio nacional la **Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención posaborto de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, siendo de aplicación obligatoria en todo el país.

Por último, el **Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad (2021-2023)** diseñado también por el MMGyD, identifica los factores estructurales que sustentan y reproducen las desigualdades por motivos de género, haciendo hincapié en la importancia de su abordaje y transformación para la erradicación de las VMG.

La Ley 26.485 de Protección Integral contra las VMG define qué se entiende por violencias por motivos de género, y estipula los tipos y las modalidades. Si bien esta ley se refiere únicamente a mujeres, en el PNA vigente se amplía su alcance a LGBTI+.

Definición de VMG

En su art. 4°, la **Ley de Protección Integral contra las VMG** brinda la siguiente definición de violencia: "Toda conducta, acción u omisión, basada en razones de género, que de manera directa o indirecta, tan-

to 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. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Tipos de VMG

Los tipos de violencias se encuentran estipulados en el art. 5° de la ley. Cada tipo de violencia refiere al respectivo aspecto de la vida en el cual se produce algún daño o perjuicio, es decir, a la dimensión de la vida que se ve afectada.

La VMG se clasifica en:

- **Física:** la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.
- **Psicológica:** la que causa daño emocional y disminución de la autoestima, o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.
- **Sexual:** cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.
- **Económica y patrimonial:** la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:
 - a. la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
 - b. la pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;

- c. la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
 - d. la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.
- **Simbólica:** la que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.
 - **Política:** la que se dirige a menoscabar, anular, impedir, obstaculizar o restringir la participación política de la mujer, vulnerando el derecho a una vida política libre de violencia y/o el derecho a participar en los asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad con los varones.

Modalidades de VMG

Las modalidades de las violencias refieren a los diferentes ámbitos en los cuales los vínculos tienen lugar y se encuentran definidas en el art. 6° de la **Ley 26.485**:

- **Violencia doméstica:** aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar al originado en el parentesco, sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.
- **Violencia institucional:** aquella realizada por funcionarias o funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.
- **Violencia laboral:** aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización del test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico

en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

- **Violencia contra la libertad reproductiva:** aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- **Violencia obstétrica:** aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.
- **Violencia mediática:** aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra su dignidad, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o que construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.
- **Violencia en el espacio público:** aquella ejercida contra las mujeres por una o más personas, en lugares públicos o de acceso público, como medios de transporte o centros comerciales, a través de conductas o expresiones verbales o no verbales, con connotación sexual, que afecten o dañen su dignidad, integridad, libertad, libre circulación o permanencia y/o generen un ambiente hostil u ofensivo.
- **Violencia pública-política:** aquella que, fundada en razones de género, mediando intimidación, hostigamiento, deshonra, descrédito, persecución, acoso y/o amenazas, impida o limite el desarrollo propio de la vida política o el acceso a derechos y deberes políticos, atentando contra la normativa vigente en materia de representación política de las mujeres, y/o desalentando o menoscabando el ejercicio político o su actividad política, pudiendo ocurrir en cualquier espacio de la vida pública y política, tales como instituciones estatales, recintos de votación, partidos políticos, organizaciones sociales, asociaciones sindicales, medios de comunicación, entre otros.

Ante la duda, hay dos preguntas orientadoras que pueden ayudar a identificar los tipos y las modalidades de VMG:

- **Tipo:** ¿cómo se ejerce la violencia?
- **Modalidad:** ¿dónde se ejerce la violencia?

Los distintos tipos y las modalidades de VMG interactúan entre sí en cada situación y permiten entender de manera más compleja el entramado de las situaciones de violencias. Las manifestaciones menos explícitas, como la violencia simbólica, sedimentan las bases para que se naturalicen y desarrollen formas de violencias más explícitas como la violencia física o sexual. Es por ello que conocer los diferentes tipos y las modalidades de VMG permite desnaturalizar toda forma de violencias, contribuyendo a la detección temprana y a la construcción de abordajes diferenciados y específicos.

2. El rol de los equipos de salud en la detección temprana y la prevención de las violencias por motivos de género

Las VMG ejercidas contra mujeres, LGBTI+ y NyA constituyen un problema prevalente para la salud pública. Los equipos de salud tienen un rol fundamental en la detección temprana y en la evaluación del riesgo, la prevención y la atención ante situaciones de VMG.

Llevar adelante estrategias en cada una de estas dimensiones implica considerar el carácter estructural de esta problemática y trabajar en la desnaturalización de aquellas múltiples **creencias y prejuicios en torno a las VMG** que persisten en la actualidad. Es necesario que las personas que integran el equipo de salud puedan revisar sus propios sistemas de creencias, estereotipos culturales y prejuicios interiorizados, así como los presentes en su comunidad. Estos discursos, instalados socialmente como verdades incuestionables, permean toda relación interpersonal y **constituyen una de las principales barreras en el acceso a la salud de las personas en situaciones de VMG**, por lo que resulta imprescindible visibilizarlos y desnaturalizarlos.

A continuación se presentan algunos ejemplos de creencias y prejuicios, que pueden resultar útiles para trabajar al interior del equipo o en actividades de promoción de la salud y prevención de las VMG con la comunidad.

TABLA 1
Creencias, prejuicios y realidades sobre las VMG

Creencias y prejuicios	Realidades
<p>“Los varones no son violentos porque sí. Reaccionan cuando se los provoca”.</p>	<p>Nada justifica el ejercicio de la violencia. Ejercer violencia es una elección del agresor.</p>
<p>“Si se quedan es porque les gusta que les peguen, sino dejarían al agresor”.</p>	<p>No se trata de gustos, sino comprender la diversidad de motivos que dificultan a las mujeres y LGBTI+ tomar la decisión de separarse (dependencia económica, miedo a recibir más agresiones, amenazas, temor por el cuidado de NyA, entre muchos otros).</p>
<p>“Los varones que agreden a las mujeres o LGBTI+ tienen una enfermedad mental”.</p>	<p>Considerar las VMG como un problema de salud mental implica desconocer que la problemática es estructural y no de patologías individuales, que conlleva a la idea de inimputabilidad. Este prejuicio además resulta estigmatizante hacia las personas que atraviesan situaciones de padecimiento psíquico, al adjudicarles una presunta peligrosidad para otras personas.</p>
<p>“Cuando lesbianas/gays/ otras identidades no normativas se besan en el espacio público están provocando. Es entendible que la gente reaccione”.</p>	<p>Todas las personas tienen derecho a vivir una vida libre de violencias y discriminación, y al disfrute del espacio público. Las demostraciones de afecto entre dos personas con orientaciones sexuales no normativas son simplemente eso, demostraciones de afecto, y jamás pueden ser motivo de violencias y agresiones.</p>
<p>“Cuando las mujeres dicen que ‘no’, en realidad es un ‘sí’”.</p>	<p>“No” quiere decir “no”. Si una persona brindó originalmente su consentimiento para una relación sexual, pero luego cambió de parecer, parecer y dice “no”, significa “no”</p>

“El consumo de alcohol y drogas es la causa de la violencia”.	La mayoría de los agresores no presentan un consumo problemático de alcohol u otras sustancias. Si bien pueden desinhibir a la persona, no son la causa de conductas violentas.
“La violencia física es más grave que otros tipos de violencia”.	Si bien hay manifestaciones de la violencia física que pueden resultar letales o provocar consecuencias severas, los otros tipos de violencias, como por ejemplo la violencia psicológica afecta directamente la autoestima de la persona expuesta a ella, generando un daño persistente y duradero.
“La violencia económica es algo secundario”.	Promover el fortalecimiento de la autonomía económica de mujeres y LGBTI+ es un eje central para generar condiciones que les permitan construir proyectos de vida autónomos y libres de violencias. La violencia económica y patrimonial, en sus diversas manifestaciones, suele articularse con manifestaciones de la violencia psicológica y simbólica.
“La violencia en la pareja es un tema privado, no hay que meterse”.	Las VMG constituyen un problema social y de salud individual y pública prevalentes, además de una grave violación a los derechos de las mujeres y LGBTI+. Muchos hechos de violencia son delitos que deben denunciarse, según la situación.
“Los celos y el control son una forma de demostrar cariño e interés por el cuidado de la otra persona”.	Actitudes tales como revisar el celular y/o las redes sociales de la otra persona, cuestionar con quienes elige vincularse, prohibirle o desalentarla a usar determinada vestimenta, o controlar sus salidas no son muestras de cariño, sino formas de violencia.
“Ella también es violenta”.	La “violencia” que ejercen las mujeres o LGBTI+ en situación de violencia doméstica es, generalmente, un mecanismo de defensa ante la violencia ejercida por el agresor.

<p>“Si son pareja o cónyuges no es violación”.</p>	<p>El consentimiento, el respeto y el trato digno deben estar presentes en cualquier tipo de vínculo. Si no hay consentimiento para realizar una práctica sexual o para elegir cómo realizarla es violencia. Una relación sexual no consentida es violación, esté dentro o fuera de un vínculo.</p>
<p>“Seguro lo provocó”, “Se la estaba buscando”.</p>	<p>Nada justifica la violencia. Ni la forma de vestir de las mujeres y LGBTI+, ni su comportamiento, ni los conflictos en el vínculo de pareja, ni las decisiones que toman son motivo válido para ejercer cualquier tipo de violencia contra su integridad.</p>
<p>“Hay que tener mucho cuidado con los desconocidos, pueden ser violadores”.</p>	<p>La mayoría de las violaciones son ejercidas por varones que las personas agredidas conocen y/o en quienes confían.</p>
<p>“La violación solo ocurre en lugares públicos, oscuros y solitarios”.</p>	<p>Gran parte de las violaciones se producen en el ámbito doméstico.</p>
<p>“Por más que pida ser nombrada de otra manera, el nombre de la persona es el que consigna su DNI y por ende el que hay que utilizar”.</p>	<p>La Ley 26.743 plantea la obligación legal de tratar y llamar a las personas con el nombre y el género con los que se presentan. Incumplir este deber constituye un acto de discriminación que vulnera sus derechos y, en el caso de efectores de salud, obstaculiza su acceso al sistema de salud, por lo que supone también una manifestación de la violencia institucional por motivos de género.</p>
<p>“Las personas LGBTI+ pueden ser promiscuas, degeneradas, pervertidas y por lo tanto son peligrosas para la integridad de NyA”.</p>	<p>No existe vinculación alguna entre orientación sexual e identidad de género y el abuso de NyA. Las personas LGBTI+ pueden desempeñar tareas de crianza, de docencia, de cuidado y recreativas igual que las personas heterosexuales y cisgénero.</p>
<p>“La homosexualidad es una enfermedad o un problema de salud”.</p>	<p>Hace más de 20 años la Organización Mundial de la Salud (OMS) aclaró explícitamente que la homosexualidad no es un trastorno ni una enfermedad, sino una opción no patológica de la sexualidad humana.</p>

Problematizar las creencias y los prejuicios permitirá a los equipos de salud:

- Construir una mirada crítica sobre las VMG y las consecuencias en la salud de quienes las atraviesan.
- Identificar señales que posibiliten una detección temprana de las VMG.
- Prevenir situaciones de VMG extremas.
- Evitar **prácticas revictimizantes**.
- Evitar patologizar las manifestaciones de las VMG.
- Pensar y desarrollar estrategias comunitarias de prevención y sensibilización.

Glosario

Identificación de señales de alarma para la detección temprana de las VMG

Toda consulta al sistema de salud (de guardia y/o emergencia, ginecológica, traumatológica, control prenatal, salud mental, controles de salud de NyA, odontológica, entre otras) representa una oportunidad para la detección temprana de situaciones de VMG.

Las mujeres, LGBTI+ y NyA suelen acudir a los servicios de salud por diversas manifestaciones que pueden ser producto de estas violencias. Por ello, es importante que los equipos consideren que los problemas de salud que observan en mujeres, LGBTI+ y NyA pueden deberse y/o estar agravados por las situaciones de VMG que están atravesando o han atravesado recientemente o en el pasado.

Algunas de estas manifestaciones pueden ser:

- Consultas de salud reiteradas sin causa identificada.
- Relato desorganizado o confuso.
- Manifestaciones emocionales como estrés, angustia, irritabilidad, etc.
- Aislamiento social.
- Dificultades asociadas a la vivienda, a ingresos económicos, al cuidado de personas a cargo.
- Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias.
- Demanda frecuente de recetas de ansiolíticos, sedantes y somníferos, con o sin atención profesional.
- Infecciones recurrentes de transmisión sexual.
- Dificultades asociadas al uso de métodos anticonceptivos.
- Embarazos no intencionales y/o abortos recurrentes.
- Ideación o actos de autolesión o intentos de suicidio.

Es habitual que las personas no hablen sobre las situaciones de violencia, ya sea por temor a su agresor, por vergüenza, porque se sienten culpables, por miedo a ser juzgadas o porque muchas de estas violencias suelen estar naturalizadas. Resulta importante entonces prestar particular atención a aquellas consultas usualmente denominadas “inespecíficas” o consideradas polisintomáticas.

También se puede sospechar que la persona se encuentra atravesando una situación de VMG si su pareja interviene de manera disruptiva durante la consulta, si falta con frecuencia a las citas médicas acordadas, si sus NyA a cargo presentan manifestaciones físicas, emocionales y/o de comportamiento no esperables para el curso vital, o si hay indicios de haberse distanciado de su red familiar y/o afectiva.

La identificación de las señales de alarma de violencia sexual contra NyA se presenta en el capítulo 5 (pág. 132).

En toda consulta que realiza una mujer y LGBTI+ es importante prestar atención a señales que den cuenta de un vínculo potencialmente violento, tales como:

- Situaciones de tensión.
- Cuando durante las relaciones sexuales se impide el uso del preservativo u otro método anticonceptivo.
- Manifestaciones recurrentes de celos y/o control en el vínculo.
- Actitudes coercitivas y agresivas frente a la resolución de conflictos.

Identificar estas señales permitirá trabajar junto a la persona la idea de que hay situaciones de alarma ante las cuales es recomendable cuidarse, contar con acompañamiento para comprenderlas y saber a quién recurrir para pedir ayuda eventualmente.

Qué hacer ante la sospecha de situaciones de VMG

Siempre se debe brindar un espacio de confidencialidad y privacidad a la mujer y LGBTI+, aún cuando no acude sola a la consulta. Hay que tener presente que su acompañante podría ser el agresor o integrante del grupo familiar/afectivo de éste. También es posible que la persona consultante simplemente prefiera no compartir la situación que atraviesa con quien la acompaña.

Respecto al modo de proceder en el momento de la entrevista, es relevante contemplar que no es un requerimiento que la persona se encuentre sola. Por el contrario, puede querer estar acompañada. La figura del acompañante se encuentra amparada tanto en la Ley 26.485 como en la Ley 26.529 sobre los derechos del o la paciente.

Si se decide preguntar a la persona respecto de la posible situación de VMG, es importante hacerlo en un tono empático, sin emitir juicios críticos, empleando las mismas palabras que usen las mujeres y LGBTI+ consultantes, y recurriendo a un lenguaje claro y sensible a la cultura y la comunidad donde se brinde la atención. Algunas personas pueden rechazar los términos “violencia” o “maltrato”.

La **Guía Práctica 1** (pág. 218) proporciona ejemplos de frases y preguntas que pueden usarse para averiguar si hay una situación de VMG.

Cómo registrar las situaciones de VMG en la historia clínica

El registro de las situaciones de VMG en la historia clínica (HC) es importante para brindar una atención sensible y continua, a fin de que en la próxima consulta sea posible recordar adecuadamente las características de la situación y/o se facilite la información pertinente al personal de los equipos de salud que atienda a la persona en situación de VMG en consultas posteriores. Asimismo, registrar las lesiones actuales como las de larga data es importante si la mujer o LGBTI+ decide interponer una denuncia.

En ocasiones, los equipos de salud manifiestan temores ligados a las implicancias legales del registro de situaciones y/o lesiones compatibles con VMG. En el capítulo 2 (pág. 62) se abordarán específicamente cuestiones vinculadas a la denuncia.

Se recomienda resguardar estrictamente la información; el deber de confidencialidad es extensivo a toda persona que acceda a la documentación clínica.

Para recordar

- Informar a la persona en situación de VMG lo que se quiere dejar por escrito y el motivo. Preguntar si está de acuerdo y respetar su voluntad.
- No registrar nada que la persona no quiera.
- Consignar en la HC todos los problemas de salud, los signos y los síntomas referidos por la persona como se haría en cualquier otra consulta, incluida una descripción completa de las lesiones.
- Puede ser útil anotar la causa o presunta causa que refiere la persona sobre las lesiones y quién dice haberlas infligido.
- No escribir nada en documentos a los que puedan tener acceso quienes no deben conocer esos datos; por ejemplo, en el sobre de una radiografía o en la tabla de notas clínicas del pie de la cama.
- Tener especial cuidado respecto del contenido y el lugar donde se escribe, considerando y resguardando la información ante eventuales situaciones en las que pudiera violarse la confidencialidad.
- Para garantizar la confidencialidad, se promueve que los establecimientos de salud empleen un código o una marca especial para indicar las situaciones de VMG.

Qué hacer ante situaciones de VMG no reveladas por la persona

- No presionar a la persona; respetar sus tiempos para decidir por sí misma lo que desea contar.
- Facilitar información de los servicios que están disponibles si decide recurrir a ellos (p. ej.: servicio social, servicio de salud mental, áreas de género y diversidad, y cualquier otro recurso local que trabaje la temática).
- Ofrecer a la persona si quiere recibir información sobre VMG y cómo afectan la salud de mujeres, LGBTI+ y/o NyA.
- Contemplar la posibilidad de que las manifestaciones que la persona presenta se deban a otra razón y que efectivamente no se encuentre en una situación de VMG.
- Es importante sostener un vínculo con la persona y que sepa que no está sola, así como proponerle una consulta de seguimiento.
- Mantener precauciones a la hora de establecer contacto telefónico o en el domicilio, a fin de proteger la integridad de la persona.

CAPÍTULO 2

APOYO DE PRIMERA LÍNEA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO

APOYO DE PRIMERA LÍNEA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO

1. ¿Qué es el apoyo de primera línea?

El apoyo de primera línea brinda atención práctica y herramientas para responder a las demandas y necesidades de mujeres y LGBTI+ que atraviesan o atravesaron situaciones de VMG.

Las personas consultantes pueden presentar como resultado de las violencias vividas, distintas manifestaciones físicas, emocionales, sociales, interpersonales, conductuales, etc. Es imprescindible poder brindar una atención integral, respetuosa, con perspectiva de derechos, género y diversidad, atendiendo tanto a la salud física y mental de la persona, como a sus demandas de apoyo, contención y cuidado, sin invadir su privacidad.

El apoyo de primera línea es muchas veces la atención más importante que los equipos de salud pueden proporcionar. Una atención adecuada representará un elemento de protección clave para la persona en situación de VMG.

La **herramienta para el apoyo de primera línea ANIMA** implica un acompañamiento psicosocial básico, y forma parte de la atención integral que se debe prestar para aportar a la recuperación y el bienestar general de la persona consultante, promoviendo con cada intervención su reconocimiento como sujetos de derechos.

Es importante remarcar que una consulta en la que se observe una posible situación de VMG sea la única oportunidad que el equipo de salud

tenga de ofrecer acompañamiento. Es fundamental valorar integralmente la situación y brindar apoyo, contención, información y orientación para promover que la persona tome sus propias decisiones. Solicitar los datos pertinentes y/u ofrecer programar una próxima consulta será de utilidad para poder realizar un seguimiento de la situación.

📄 **Guía Práctica 8.**
Herramienta de apoyo
de primera línea ANIMA
Pág. 245 «

Las 5 tareas del apoyo de primera línea ANIMA »

Esta herramienta responde al mismo tiempo a las demandas de apoyo, contención, información y orientación para que las mujeres y LGBTI+ puedan tomar sus propias decisiones. Las letras de la palabra ANIMA pueden ayudar a recordar las 5 intervenciones principales en el abordaje de las situaciones de VMG. Las tareas que propone ANIMA no son secuenciales, se recomienda tenerlas presente a lo largo de todas las intervenciones.

TABLA 2 Resumen de las 5 intervenciones principales en el abordaje de situaciones de VMG	
ATENCIÓN AL ESCUCHAR	Escuchar activamente a la persona para la detección temprana de las VMG. Mostrar empatía e interés tanto en el relato como en la comunicación no verbal, sin interrumpir.
NO JUZGAR Y VALIDAR	Demostrar a la persona que se la comprende, que se le cree y que no se la juzga, y asegurarle que no tiene la culpa de lo sucedido. Esto contribuye a evitar la revictimización.
INFORMARSE SOBRE LAS DEMANDAS Y PREOCUPACIONES	Identificar y responder a las demandas y preocupaciones de la persona (físicas, sociales, económicas, emocionales, etc.).
MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS	Realizar la evaluación de riesgo de la situación de VMG y elaborar junto a la persona un plan para fortalecer sus estrategias de cuidados.
ABORDAJE EN RED	Colaborar con la persona en identificar y fortalecer sus redes vinculares y afectivas, acceder a la información y al asesoramiento articulando con los recursos sociosanitarios que requiera.

El apoyo de primera línea responde a las demandas de acompañamiento, contención, información y orientación.

El apoyo de primera línea quizá sea la atención más importante que se les pueda brindar a las mujeres y LGBTI+.

Los objetivos de ANIMA se orientan a:

- Identificar qué le preocupa a la persona.
- Escuchar y validar sus preocupaciones y sus experiencias.
- Generar un espacio de confianza, donde la persona sea alojada y habilitada para hablar.
- Contribuir a fortalecer su redes y estrategias de cuidado.
- Colaborar para que la persona reconozca y ejerza su capacidad de agencia y autonomía.
- Explorar las opciones que tiene.
- Respetar sus decisiones.
- Informarle acerca de sus derechos, en particular su derecho a acceder a la justicia.
- Ayudar a la persona a encontrar respaldo social y emocional, en el marco de la atención integral de la salud.

Lo que NO se debe hacer:

- Responsabilizar a la mujer y LGBTI+ por lo que sucedió.
- Resolver los problemas de la mujer y LGBTI+.
- Persuadir a la persona para que abandone una relación violenta.
- Convencer a la persona para que acuda a otros servicios, como la Policía o el sistema de justicia.
- Preguntar detalles que obliguen a la persona a revivir los momentos dolorosos o hacerla describir varias veces lo que sucedió.
- Pedirle que analice lo que sucedió o los motivos.
- Presionar a la persona para que cuente sus sentimientos y reacciones frente a la agresión.

Todas estas acciones podrían ser más perjudiciales que beneficiosas.

Recomendaciones para una atención de la salud respetuosa de los derechos de mujeres y LGBTI+

- Respetar la autonomía de la persona.
- Reconocer la identidad de género de la persona atendida. Preguntarle cómo desea ser llamada y emplear siempre el nombre y el pronombre indicados, aunque no coincida con el de su documentación. Incluir el nombre indicado por la persona en la HC y demás registros. En público, ante la duda, preguntar o emplear el apellido.
- Nunca presuponer la identidad de género, la orientación sexual y/o las prácticas sexuales de la persona.
- Evitar utilizar lenguaje patologizante, sexista o discriminatorio.
- Proporcionar un lugar donde haya privacidad y nadie pueda oír lo que se diga. Asegurarse de que no sea un lugar que indique el motivo de la consulta.
- Garantizar a la persona que lo que diga será confidencial y que no se mencionará lo conversado a nadie que no deba saberlo. Si la situación es de notificación obligatoria, explicar qué información y a quién se comunicará.
- Promover condiciones para que la persona sienta confianza para relatar la situación de VMG y expresar sus sentimientos. Sostener una escucha activa, empática, respetuosa y comprometida.
- Mantener una actitud receptiva.
- Prestar atención al lenguaje no verbal (gestos, movimientos con las manos, etc.).
- Promover la reflexión y la desnaturalización de la situación de VMG.

En la consulta

- Es importante respetar siempre la voluntad de la persona.

2. ANIMA: herramienta para el apoyo de primera línea

ATENCIÓN AL ESCUCHAR

Propósito

Brindar a las mujeres y LGBTI+ la oportunidad de que expresen lo que necesitan y deseen en un entorno cuidado, confiable y privado. Esto es fundamental para la detección temprana de las VMG, la recuperación y la salud integral de la persona.

Escuchar a las personas activa y atentamente es la parte principal de una buena comunicación y la base del apoyo de primera línea que consiste en algo más que oír sus palabras.

Prestar una escucha activa y empática significa:

- Prestar especial interés a su relato.
- Prestar atención a las emociones y los sentimientos que acompañan el relato.
- Atender tanto a lo que la persona dice como a lo implícito en la comunicación.
- Prestar atención a la comunicación no verbal –tanto la de quien atiende como la de la persona atendida–. Es decir, a las expresiones faciales, el contacto visual, los gestos, etc.
- Permanecer al mismo nivel que la persona atendida (de pie o en asientos), lo suficientemente cerca para mostrar interés en su relato y que se está prestando atención, pero lo suficientemente lejos para que no se sienta invadida.
- A través de la empatía, mostrar que se comprende cómo se siente.
- No juzgar a la persona ni anteponer lo que el equipo de salud o quien atiende creen que sería correcto hacer (por ejemplo, denunciar: la persona no siempre desea denunciar o se encuentra preparada para hacerlo).

La escucha activa implica no solo realizar una primera evaluación de lo relatado por la persona, sino también responder a preguntas tales como: ¿Tiene redes de apoyo? ¿Está en una situación de riesgo? ¿Lo percibe como tal? ¿Ha acudido anteriormente a otra institución o a la Policía ante estas situaciones? ¿Desea hacer la denuncia? ¿Está en condiciones de hacerla y llevar adelante el proceso que ello implica? ¿Puede identificar algunos recursos o apoyos en su entorno?

Estas preguntas son solo indicativas, para dar cuenta de que la escucha activa implica una atención de doble entrada: lo manifiesto y lo implícito en la comunicación. El relato de mujeres y LGBTI+ que han atravesado situaciones de VMG suele ser desordenado, confuso, contradictorio. Puede ser necesario ayudar a la persona a poner en palabras sus experiencias.

En la consulta

- Es importante reconocer que cada situación es singular. Resulta necesario garantizar un trato digno y respetuoso a la persona y acompañarla según los recursos que disponga (subjetivos y vinculares, materiales, redes de apoyo, entre otros). No realizar prescripciones y recomendaciones generales, sino avanzar según lo que la persona pueda ir decidiendo.

TABLA 3 ¿Qué hacer y qué no hacer a la hora de escuchar a la persona de una manera activa?

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
CÓMO ACTUAR	
Tener paciencia y mantener una actitud tranquila.	No presionar a la persona para que cuente su historia.
Indicarle que se la está escuchando, por ejemplo, asintiendo con la cabeza o diciendo “mmm...”.	No mirar el reloj ni hablar demasiado rápido. Tratar de no contestar el teléfono, ni tomar notas o usar la computadora.
Reconocer lo que la persona desea y respetar su voluntad.	Evitar adoptar una actitud de protagonismo en la resolución de los problemas, en lugar de la persona.
Avanzar según lo que pueda ir decidiendo.	No revictimizarla; no juzgarla ni culpabilizarla por sus decisiones.

QUÉ ACTITUD ADOPTAR

Mostrar a la persona que se comprende cómo se siente.

No juzgar lo que hizo o dejó de hacer, ni cómo se siente. No usar frases como: "no deberías sentirte así", "tuviste suerte de haber sobrevivido" ni "¡pobre!".

Dejar que cuente su historia a su ritmo.

No apresurar a la persona.

QUÉ DECIR

Brindar la oportunidad de que diga lo que desea. Preguntar: "¿Cómo puedo ser de ayuda?".

No dar por sentado que se sabe lo que es mejor para la persona.

Animarla a seguir hablando si así lo quiere. Preguntar: "¿Querés contarme algo más?".

No interrumpir. Esperar a que haya terminado su relato antes de hacerle preguntas.

Permitir que haya momentos de silencio y tiempo para pensar.

No tratar de completar las frases por la persona.

Mantener la concentración en la experiencia de la persona y en ofrecerle apoyo.

No contar la historia de otra persona ni hablarle de los propios problemas.

NO JUZGAR Y VALIDAR

Propósito

Comunicar a la mujer y LGBTI+ que atraviesa VMG que se comprende lo que siente y que se encuentra en un espacio de cuidado y respeto en el cual puede expresar libremente lo que necesite y desee, y que tiene derecho a vivir sin violencias ni miedo. Esto es fundamental para evitar la revictimización.

Frases importantes que se pueden decir

- “No es tu culpa. No sos culpable”.
- “Está bien hablar”.
- “Podemos ayudar”.
- “Lo sucedido no tiene ninguna justificación ni excusa”.
- “Nadie merece recibir maltrato por parte de otra persona, independientemente del vínculo que tengan”.
- “Muchas mujeres/LGBTI+ atraviesan este tipo de situaciones”.
- “Tu vida, salud y vos son importantes”.
- “Todas las personas tienen derecho a sentirse a salvo en casa/ en el trabajo/ en el ámbito donde atraviesen VMG”.
- “Me preocupa que esto pueda estar afectando tu salud”.

En la [Guía Práctica 2](#) (pág. 222) se proponen algunas maneras de acompañar a las mujeres y LGBTI+ que presentan manifestaciones emocionales producto de las VMG.

INFORMARSE SOBRE LAS DEMANDAS Y PREOCUPACIONES

Propósito

Identificar lo que es más importante para la mujer y LGBTI+ que atraviesa VMG, respetar su voluntad y responder a sus demandas.

Al escuchar el relato de la persona es fundamental prestar especial atención a lo que diga sobre sus demandas y preocupaciones, así como a lo que no diga explícitamente, pero deje entrever en sus palabras o gestos. La persona puede o no hablar de sus demandas físicas, de apoyo, contención o económicas, indicar preocupación por su integridad o referirse al interés por contar con apoyo social. Es importante promover que la persona pueda expresar libremente sus demandas, preocupaciones y deseos. Para esto, es posible emplear las técnicas que se describen a continuación.

TABLA 4
Técnicas de comunicación

Principios	Ejemplos
Formular las preguntas como invitaciones para hablar.	"¿De qué te gustaría hablar?"
Formular preguntas abiertas para motivar a la persona a hablar, en lugar de que se limite a responder sí o no.	"¿Cómo te sentís con esta situación?"
Repetir o reformular lo que la persona diga para confirmar que se comprendió bien.	"Me dijiste que te sentís con mucha frustración".
Ayudar a la persona a poner en palabras sus sentimientos.	"¿Qué sensaciones o emociones tenés?", "Me parece que sentís enojo...".
Profundizar en algún tema según sea necesario.	"¿Me podés contar algo más sobre eso?"
Ayudar a la persona a organizar el relato. Pedir aclaración si algo no se comprende.	"¿Me lo podés explicar de nuevo, por favor?"

Colaborar con la persona para que identifique y exprese qué le preocupa.

"¿Hay algo que necesites o que te genere preocupación?"
"Quizá necesites un lugar donde alojarte".
"Veo que te preocupan tus NyA a cargo".

Promover que pueda plantear sus intereses, demandas, inquietudes, deseos.

"¿Qué te gustaría hacer?"
"¿Hay algo que necesites saber?"

QUÉ EVITAR

No se deben hacer preguntas que sugieran la respuesta, como por ejemplo: "Me imagino que te sentiste muy mal, ¿no?".

Prescindir de preguntas que incluyan "por qué", ya que pueden resultar acusadoras y revictimizantes, por ejemplo: "¿Por qué lo hiciste?".

MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS

Propósito

Realizar la evaluación de riesgo de la situación de VMG y brindar a la mujer y LGBTI+ información, asesoramiento y orientación para la elaboración de un plan de cuidados.

Muchas personas que se encuentran en situación de VMG, o que la han atravesado anteriormente, temen tanto por su propia integridad como por la de NyA a cargo y/o por la de otros vínculos significativos. Otras quizá creen que no se requiere un plan para mejorar sus estrategias de cuidados porque no esperan que los maltratos se repitan. Puede ser necesario explicitar que es poco probable que una situación de VMG se resuelva por sí sola: tiende a persistir y con el tiempo puede empeorar y volverse más frecuente.

Evaluación del riesgo de la situación de VMG

La **violencia doméstica** representa una de las modalidades más habituales en nuestro país, siendo el principal motivo de consulta a la Línea 144 desde su creación, ubicándose por encima del 90% del total de las comunicaciones anuales.

Las mujeres y LGBTI+ que atraviesan situaciones de violencia doméstica, al igual que varias personas que han vivenciado otras modalidades de VMG en el pasado, conocen a la persona agresora. Es común, inclusive, que la agresión se produzca en el hogar. Es importante entonces evaluar junto a la persona consultante si es seguro y conveniente que vuelva a la casa. **Es importante remarcar que la persona no pierde sus derechos sobre sus pertenencias y objetos personales si decide no regresar a la casa.**

➔ Para más información:
Guía Práctica 3.
Indicadores para la
valoración del riesgo
en situaciones de VMG
Pág. 225

Guía Práctica 4.
Cómo detectar una
situación de alto riesgo
Pág. 232 »

Las situaciones de alto riesgo para las mujeres y LGBTI+ son aquellas en las que, por sus condiciones vinculares, se encuentran expuestas a diversas manifestaciones de las VMG que ponen en riesgo su integridad física y psicológica, y su autonomía económica y social. Las condiciones socioeconómicas de la persona en situación de VMG suelen ser uno de los principales agravantes, que aumentan el nivel de riesgo que corre «.

Algunas mujeres y LGBTI+ tienen miedo de volver a su casa, porque saben que corren un peligro inmediato. Si la persona está preocupada por su integridad, hay que tomar su preocupación con mucha seriedad. Otras personas quizá necesiten ayuda para advertir cuándo corren un riesgo inmediato. Hay preguntas que se pueden hacer para evaluar si es seguro para la persona regresar al domicilio y hay acciones específicas que pueden hacerse para evaluar el riesgo de la situación. Para ello es fundamental determinar si existe un riesgo inmediato de lesiones graves: ¿hay posibilidad de pensar acciones planificadas? ¿Hay riesgo para la integridad física y se requiere una acción inmediata, sin tiempo de planificación?

En el caso de que la mujer y LGBTI+ presente lesiones graves/gravísimas, el equipo de salud tiene la obligación de realizar la denuncia penal. Según los artículos 90 y 91 del Código Penal de la Nación, se entiende por **lesión grave** aquella que genere “una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida” de la persona. También se considerará una lesión grave a aquella que “le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro”.

Por otro lado, se considerará una **lesión gravísima** a aquella que “produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir”.

Es de destacar la importancia de dejar constancia de toda situación de VMG en la instancia administrativa (no solamente de las lesiones graves/gravísimas), ya que la información detallada le servirá a la persona en el caso de que decidiera realizar la denuncia penal.

Elaborar un plan de cuidados

Evaluar y planificar estrategias para fortalecer un plan de cuidados son tareas que forman parte de un proceso continuo que no es posible abarcar en una sola conversación. Sin embargo, cada vez que la persona tenga una consulta con el equipo de salud se podrá continuar acompañando en la identificación de sus demandas, analizando su situación particular, evaluando sus opciones y recursos ».

Guía Práctica 5

Cómo elaborar un plan de cuidados. Brinda información sobre:

- Cómo hacer un plan de cuidados.
- Cómo llevar adelante el plan de cuidados si la persona en situación de VMG considera que debe irse de la casa.
- Cómo evitar poner en mayor riesgo a la mujer y LGBTI+ en situación de VMG.

Pág. 235 «

En la consulta

Si se identifica que la persona está en una situación de riesgo alto e inmediato, es necesario:

- Comunicarle la preocupación por su integridad y ofrecer alternativas que la preserven inmediatamente.
- Acompañarla en la planificación de estrategias para mejorar su red de cuidados con los recursos personales y de sus vínculos socioafectivos.
- Ofrecer articulación para la intervención policial y judicial inmediata.
- Promover la realización de planes con referentes vinculares para no tener que pasar esa noche en su casa.

ABORDAJE EN RED¹

Propósito

Brindar atención y acompañamiento integral a la mujer y LGBTI+ a través de la articulación con otros recursos institucionales (sociosanitarios, legales, judiciales y comunitarios). Colaborar con la persona en la identificación y el fortalecimiento de su red vincular y afectiva.

Las mujeres y LGBTI+ en situación de VMG tienen distintas demandas que, por lo general, exceden lo que el equipo de salud puede garantizar. Sin embargo, brindar una escucha activa a sus demandas y preocupaciones, no juzgar, validar sus relatos, informar sobre los recursos de apoyo disponibles y dar orientación en torno a estrategias para fortalecer su plan de cuidados son intervenciones de gran importancia para promover que las personas en situación de VMG puedan tomar sus propias decisiones.

En este sentido, la conformación de redes locales a través de la construcción y consolidación de vínculos entre el equipo de salud y las distintas instituciones, organizaciones de la sociedad civil e integrantes de la comunidad es imprescindible para brindar respuestas integrales.

La corresponsabilidad y la construcción de redes de abordaje

Las situaciones de VMG requieren un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial con participación de la sociedad civil, en el que el Estado (en todos sus niveles) es el principal garante de los derechos de las mujeres, LGBTI+ y NyA.

El abordaje integral de las situaciones de VMG requiere la construcción y el afianzamiento de redes para promover el trabajo articulado entre las distintas instituciones y sectores implicados, con el fin de dar respuesta a la problemática y restituir los derechos que han sido

¹ En el marco de la adaptación técnico cultural y la revisión del Grupo Consultivo, se sustituyó la palabra "apoyo" por "abordaje", en función de que la herramienta ANIMA esté enmarcada en el Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género (2020-2022).

vulnerados en cada situación. Esta perspectiva busca reemplazar la lógica de derivación y recepción de casos, proponiendo en cambio la articulación y derivación referenciada/asistida. Se busca evitar prácticas que resulten revictimizantes, apostando a construir procesos cuidados reparatorios.

Es importante consolidar estos vínculos en la vida cotidiana: promover instancias participativas como reuniones de equipo en el centro de salud y mesas intersectoriales con participación de la comunidad, que impulsen el intercambio y el trabajo colectivo para llevar adelante estrategias de abordaje integral de las situaciones de VMG, así como de prevención y sensibilización en torno a la problemática.

Cómo acompañar

Por lo general no será posible abordar todas las inquietudes de la persona en situación de VMG en la primera consulta. Es fundamental comunicarle que el equipo de salud estará disponible para futuras consultas en las que seguir trabajando. No se debe esperar que la persona tome decisiones de inmediato. Puede resultar frustrante observar que la mujer y LGBTI+ pareciera no adoptar medidas para cambiar su situación. Sin embargo, tiene derecho a tomarse su tiempo y hacer lo que crea correcto. Es de suma importancia respetar siempre su voluntad y autonomía.

Si la intervención avanza es fundamental diseñar un abordaje en red, que contemple la participación activa de la comunidad y ponga en consideración sus propuestas y saberes. Asimismo, el intercambio junto a las demás personas que integran el equipo de salud es fundamental para llevar a cabo esta tarea, posibilitando delinear estrategias desde una mirada interdisciplinaria.

Se propone a continuación **un abordaje basado en la triple red**, que consiste en estrategias y el acompañamiento colectivo frente a situaciones de VMG (a partir de MMGyD, 2021b).

Red vincular y afectiva

- Indagar con qué vínculos de confianza y sostén cuenta la persona en situación de VMG.
- Evaluar junto a la persona si es posible reconstruir aquellos vínculos de los que se haya distanciado por la situación de VMG (muchas veces las personas se encuentran aisladas).

- En caso de no haber otras personas, contemplar la posibilidad de acercarla a espacios tales como grupos en donde se aborde esta temática o instituciones donde haya actividades de interés para la persona en situación de VMG. Otra estrategia puede ser invitarla a sumarse en actividades articulando con organizaciones que se aboquen a la temática.
- Tener presente que toda intervención genera movimientos tanto en las estructuras familiares como en el contexto social de la persona en situación de VMG. Resulta importante entonces construir la estrategia de abordaje en articulación con personas integrantes de la comunidad y con una red de apoyo y contención definida.

Red de articulación institucional

- Es necesario conocer de antemano los recursos locales disponibles para el asesoramiento, el acompañamiento y la derivación, y fortalecer las redes territoriales. Esto permitirá generar condiciones que faciliten la articulación y eviten revictimizar a las personas en situación de VMG, conforme al principio de corresponsabilidad.
- Identificar qué instituciones y organizaciones trabajan las diferentes aristas que implican el abordaje según los derechos que estén siendo vulnerados (salud integral, acceso a la justicia, cuidados, entre otros).
- Identificar instituciones, equipos y personas que trabajen desde una perspectiva de diversidad, género y derechos. Informarse sobre los días y horarios en los que trabajan o cuáles son los canales para establecer contacto. También es relevante poder articular con otras instituciones y organizaciones sociales, así como difundir los recursos de políticas públicas disponibles en su jurisdicción.

Red de sostén entre quienes acompañan

- Acompañar a personas que atraviesan situaciones de violencias por motivos de género puede generar sentimientos de frustración, impotencia, enojos y/o angustias. En estos procesos suelen aparecer emociones ligadas a la incomprensión o el rechazo frente a decisiones de la persona tales como que vuelva a armar un vínculo sexoafectivo con su agresor, que no se separe, que no asista a las entrevistas o los encuentros pautados.
- Es aconsejable que el equipo de salud cuente con herramientas como reuniones de equipo y espacios de supervisión asistidos por profesionales, con el objetivo de pensar y construir colectivamente otras miradas y estrategias de intervención. Estos espacios permitirán definir estrategias desde una mirada interdisciplinaria, en articulación con las redes locales y comunitarias.
- Asimismo, el armado y fortalecimiento de la red de sostén entre quienes atienden situaciones de VMG es importante para que el equipo

cuenta con acompañamiento, y pueda elaborar las angustias y frustraciones propias de la tarea.

PARA RECORDAR

Las VMG pueden manifestarse en una dinámica cíclica. Poner fin a estas situaciones requiere para las mujeres y LGBTI+ transitar procesos que en muchas ocasiones no son breves ni lineales, por lo que es importante que el equipo de salud se prepare y cuente con el apoyo necesario para poder acompañar a todas las personas.

Recursos disponibles

Es importante que el equipo de salud conozca los distintos recursos y las fuentes de ayuda para mujeres y LGBTI+ en situación de VMG existentes en la comunidad.

Si bien en el **Anexo 1** (pág. 174) se brindan **recursos disponibles a nivel nacional**, es fundamental identificar los recursos existentes en cada jurisdicción, como parte de la estrategia del armado de la red de servicios sociosanitaria y para brindar respuestas situadas y acordes a las particularidades del territorio.

Consolidar redes de articulación con las distintas instituciones, organizaciones y personas que integran la comunidad es imprescindible para desarrollar acciones de prevención, abordaje y erradicación de las VMG, así como para promover el acceso a derechos.

Resulta crucial realizar derivaciones responsables, buscando una respuesta coordinada que contemple referencia y contrarreferencia, con el fin de asegurar la continuidad de cuidados apropiados, conforme el principio de corresponsabilidad.

En la **Guía Práctica 7** (pág. 242) se propone un **modelo de recursero local para el abordaje y acompañamiento de situaciones de VMG**, que se puede completar con los recursos disponibles en cada localidad.

Recomendaciones para la articulación con otros servicios

La comunicación y la articulación previa entre los servicios que integran el circuito de protección es fundamental para garantizar una atención integral y evitar la revictimización de las personas en situación de VMG. Es importante evaluar diversas estrategias posibles para estos fines, como capacitar y/o articular con grupos de promotoras y promotores de género, promover reuniones periódicas y/o mesas de trabajo con otras instituciones, generar encuentros para supervisar conjuntamente abordajes realizados y hacer balances, etc.

Recomendaciones prácticas:

- Asegurarse siempre de que el servicio recomendado atienda las demandas y preocupaciones más importantes de la mujer o LGBTI+.
- Si la mujer y LGBTI+ manifiesta alguna dificultad para acudir al servicio recomendado, sea cual fuere el motivo, es necesario ayudar a la persona a pensar posibles alternativas para lograrlo.

Algunas dificultades que pueden surgir:

- Que no tenga con quien dejar a sus NyA a cargo.
- Que su agresor se entere e intente impedirlo.
- Que no tenga forma de desplazarse.

Si la persona acepta que la deriven a algún servicio, se puede hacer lo siguiente:

- Facilitar información sobre el servicio al cual se la deriva (ubicación, cómo llegar hasta allí, persona que la atenderá, días y horarios de atención).
- Ofrecerle llamar para programar la consulta si eso le facilita las cosas (p. ej.: si no tiene teléfono o un lugar cuidado desde el cual llamar).
- Si la persona así lo desea, entregarle por escrito la información necesaria: hora, lugar, cómo llegar hasta allí, datos de la persona que la atenderá. Recomendarle que se asegure de que nadie pueda ver ese papel.
- Si es posible, proponer que una persona de confianza la acompañe a la primera cita.
- Verificar siempre si la persona tiene alguna pregunta o si algo más le preocupa, y asegurarse de que haya comprendido bien toda la información.
- Registrar los datos pertinentes para poder realizar un seguimiento de la situación.

3. Inquietudes habituales

A continuación, se ofrecen respuestas a algunas de las preguntas que pueden circular entre las personas que integran equipos de salud sobre el abordaje ante situaciones de VMG.

“¿Por qué no decirle qué hacer?”

Respetar la autonomía de las personas en situación de VMG implica entender que tienen derecho a construir su propio camino y tomar sus propias decisiones. El equipo de salud puede contribuir a ello a partir de una atención respetuosa, que reconozca la capacidad de agencia de las personas consultantes y promueva el fortalecimiento de su autonomía.

“¿Por qué no deja a su pareja?”

Hay muchas razones por las que las personas permanecen en una relación violenta. Lo importante es no juzgarlas y no insistirles para que dejen a su pareja. Las personas en situación de VMG deben tomar esa decisión por su propia cuenta y a su tiempo.

Algunas de las razones pueden ser:

- Depende económicamente de ella.
- Adhiere a un ideal de “familia unida” y considera que el propio bienestar es menos importante que ese ideal.
- Piensa que la violencia es inherente a todas las relaciones de pareja y que todos los varones son violentos y controladores.
- Teme que, si decide irse, su pareja reaccione de manera extrema y violenta.
- El impacto negativo de las violencias vividas repercute en la confianza en sí misma para construir un proyecto de vida autónomo.
- Considera que no cuenta con los recursos económicos suficientes para desarrollar un proyecto de vida autónomo.
- Considera que finalizar el vínculo con su pareja implicaría desarraigarse de su comunidad y vínculos significativos para preservar su integridad y resguardarse de posibles reacciones violentas.
- Todavía ama a su pareja y cree que esta cambiará.
- Piensa que su pareja la necesita.
- No quiere quedarse sola.
- Teme al rechazo de la comunidad por haber abandonado a su pareja.

“¿Cómo terminó en esta situación?”

Es fundamental no revictimizar a la mujer y LGBTI+. Esto implica no culpar a la persona bajo ninguna circunstancia de lo que ha sucedido, ni juzgarla por su situación o las decisiones tomadas. No hay excusa ni justificación de la violencia o del maltrato en los vínculos. Ninguna persona merece que la maltraten.

Es importante recordar que, generalmente, los diferentes tipos y modalidades de violencias se entrelazan entre sí en cada situación. En este sentido, la violencia simbólica y los mecanismos de invisibilización que operan socialmente consolidan la base para el desarrollo de las demás violencias. No se trata de una problemática individual sino social, que requiere un abordaje integral.

“¿Qué se puede hacer con pocos recursos y poco tiempo?”

Ofrecerle el apoyo de primera línea ANIMA, que implica de por sí un apoyo psicosocial básico, útil y orientador para brindar una atención integral a la mujer y LGBTI+ en situación de VMG.

Escuchar a las personas en situación de VMG atentamente y sin juzgarlas, validar sus relatos, brindarles información y orientación, ofrecerles su apoyo para formular un plan de cuidados, articular con otras personas e instituciones para fortalecer una red de apoyo. Esto sirve mucho más de lo que parece y quizá sea lo más importante que el equipo de salud pueda hacer.

Conocer de antemano los **recursos disponibles** » tanto a nivel nacional como local, puede ser de gran ayuda para comenzar a fortalecer una red de cuidados hacia la persona en situación de VMG.

🔗 **Anexo 2.** Recursos a nivel nacional
Pág. 178

🔗 **Guía Práctica 7.** Recurso local para el abordaje y acompañamiento de situaciones de VMG
Pág. 242 «

“A los equipos de salud nos enseñaron otra cosa”

Se suele enseñar a quienes integran equipos de salud que su función principal es la de diagnosticar un problema de salud y tratarlo. Sin embargo, en estas situaciones no sirve limitarse a las preocupaciones clínicas. Resulta imprescindible brindar una atención conforme a la normativa vigente y a los enfoques desarrollados en este manual, es decir: **con perspectiva de derechos, género y diversidad, generacional, intercultural e interseccional** ». Es importante también que el equipo de salud tenga presente sus **responsabilidades legales en situaciones que configuren un delito** ».

🔗 **Introducción.** Perspectivas para la atención ante situaciones de VMG
Pág. 31 «

🔗 **Capítulo 3.**
Pág. 88 «

Para ello es necesario implementar una escucha activa hacia las personas en situación de VMG, identificar sus demandas y preocupaciones, reforzar sus redes de apoyo social y ayudarlas a resguardar su integridad física y psicológica a través de la elaboración y el fortalecimiento de redes y estrategias de cuidados.

Además, el equipo de salud puede brindar información y orientación a las personas para que analicen y consideren las opciones a su alcance, promoviendo así su autonomía para la toma y puesta en práctica de sus decisiones.

🔗 **Anexo 6.**
Obtención
y conservación
de evidencia
Pág. 200 »

“¿Y si la persona decide no hacer la denuncia?”

Es fundamental respetar la decisión de la persona en situación de VMG. Para ello resulta de utilidad dejarle saber que puede cambiar de opinión y brindarle información relacionada a los **tiempos estipulados** « para la obtención de pruebas luego de una agresión sexual. También es importante explicarle la alternativa de recoger las pruebas y mantenerlas a resguardo, de modo que pueda contar con ellas en caso de cambiar de opinión más adelante y decidir avanzar en una denuncia.

Informar a la persona sobre los servicios y recursos donde puede recibir mayor orientación sobre esto (realizar las articulaciones necesarias en caso de tratarse de otras instituciones) y acceder a la información necesaria para la tramitación de la denuncia, si decide hacerla.

“¿Y si se identifican señales de alarma, pero la persona no quiere hablar al respecto?”

Es crucial respetar la voluntad y los tiempos de la persona. Hay que tener en cuenta además que las sospechas podrían resultar falsas. En todo caso, el equipo puede atenderla y ofrecerle ayuda adicional. En el **capítulo 1** (pág. 44) se brindan más detalles sobre la identificación de señales de alarma para la detección temprana de situaciones de VMG.

“¿Y si se pide que el equipo de salud hable con la pareja?”

No es aconsejable que el equipo de salud asuma esta responsabilidad. Ahora bien, si la persona cree que no conlleva riesgo y que ello no empeorará la situación de violencia, puede resultar útil que la pareja de la persona hable con alguien a quien respete: puede ser una persona amiga, integrante de la familia o referente de la comunidad. Es importante explicar a la persona que esto debe hacerse con cuidado para evitar que se agrave la situación.

“¿Y si el agresor de la mujer y LGBTI+ suele atenderse con algún o alguna integrante del mismo equipo de salud?”

No es recomendable que la misma persona del equipo de salud atienda tanto a la mujer o LGBTI+ en situación de VMG como a su agresor. Lo mejor que se puede hacer es procurar que alguien más del equipo de salud asuma la atención de alguna de las dos personas, garantizando

siempre la confidencialidad de quien está en situación de violencia. Si el agresor y la persona en situación de VMG sostienen un vínculo sexoafectivo, no debe indicarse terapia de pareja ni terapia familiar mientras persistan las violencias.

“¿Y si se cree que es posible que la vida de la persona corra riesgo?”

Se puede compartir sinceramente las preocupaciones con la persona en situación de VMG, explicándole por qué se considera que puede correr un riesgo grave y aclarándole que se desea hablar con ella de las posibles opciones para fortalecer sus estrategias de cuidados.

También ofrecer articulación para la intervención policial y judicial inmediata. Identificar y ofrecer alternativas cuidadas a donde ella pueda ir. Ayudarla a hacer planes con referentes vinculares y no tener que pasar esa noche en su casa.

Según el marco jurídico vigente en la Argentina, quienes integran los equipos de salud tienen la obligación de denunciar cuando se constituye el **delito de lesiones graves o gravísimas** », como consecuencia de cualquier violencia por motivos de género.

 [Capítulo 3.](#)

Pág. 88 «

Asimismo, se puede preguntar a la mujer y LGBTI+ si cuenta con alguna persona de confianza que pueda ser incluida en la conversación y a quien alertar sobre el riesgo que corre la mujer y LGBTI+.

CAPÍTULO 3

ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DE LA SALUD FÍSICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DE LA SALUD FÍSICA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL¹

Se debe atender y/o derivar de forma asistida e inmediata a los servicios de urgencias a aquellas mujeres y LGBTI+ que presenten un cuadro grave que ponga en riesgo su vida.

En las situaciones en que está comprometida la integridad física, psíquica y/o la vida de la persona son prioritarias las siguientes medidas de urgencia:

- Efectuar una hospitalización inmediata, si se evalúa necesaria para el tratamiento de las lesiones o compensación psicológica.
- Describir minuciosamente en la HC el estado de la persona.
- Eventualmente, solicitar la protección legal de la persona que ha vivido este tipo de violencias.

📖 **Capítulo 2.**
Pág. 62

Guía Práctica 8.
Herramienta de apoyo
de primera línea ANIMA
Pág. 245 »

Cuando la persona que ha vivido violencia sexual **acude al efector de salud, la atención que se le brinde debe incluir 6 componentes adicionales al apoyo de primera línea ANIMA** «.

En primer lugar, se deben realizar las intervenciones necesarias relacionadas con las 3 tareas iniciales del apoyo de primera línea ANIMA:

¹ Este capítulo incorpora aportes del Protocolo para la atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales (MSAL, 2021) y Métodos anticonceptivos. Guía para profesionales de la salud (MSAL, 2019).

ATENCIÓN AL ESCUCHAR

NO JUZGAR Y VALIDAR

INFORMARSE SOBRE LAS DEMANDAS Y PREOCUPACIONES

En **segundo lugar**, brindar atención según los siguientes 6 componentes del cuidado de la salud física:

- Realizar la anamnesis y el examen físico. [👉 Pág. 91](#)
- Brindar tratamiento para las lesiones físicas o derivar al servicio correspondiente. [👉 Pág. 98](#)
- Brindar anticoncepción de emergencia. [👉 Pág. 99](#)
- Prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS). [👉 Pág. 103](#)
- Prevenir la infección por el VIH. [👉 Pág. 105](#)
- Elaborar un plan de cuidado de la salud. [👉 Pág. 109](#)

En **tercer lugar**, realizar las intervenciones necesarias relacionadas con las dos últimas iniciales del apoyo de primera línea **ANIMA**:

MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADOS

ABORDAJE EN RED

La evaluación y la atención de la salud física y emocional o psicológica se deben realizar al mismo tiempo. En este manual se desarrollan en capítulos distintos solo para favorecer las acciones clave en la atención. En el [capítulo 4](#) (pág. 114) se aborda la atención complementaria de la salud mental para situaciones de violencia sexual que requieran un abordaje especializado.

En la [Guía Práctica 11](#) (pág. 255) se presenta un flujograma con el orden sugerido para los pasos de la atención ante situaciones de violencia sexual.

¿QUÉ HACER SI LA PERSONA ACUDE DENTRO DE LOS 5 PRIMEROS DÍAS DESDE LA AGRESIÓN SEXUAL?

La Profilaxis Post Exposición (PEP) contra el VIH debe instaurarse **lo antes posible**, siempre **dentro de las primeras 72 horas (3 días)** tras la agresión sexual.

La anticoncepción de emergencia debe iniciarse también **lo antes posible** y puede tomarse **dentro de las primeras 120 horas (5 días)** siguientes a la situación de violencia sexual. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, su eficacia es del 95% y disminuye progresivamente con los días.

Si han transcurrido más de 120 horas (5 días) del episodio de agresión sexual o la persona vivencia situaciones de violencia sexual de larga data (p. ej.: trata de persona, violación recurrente en la relación de pareja, etc.) aún es posible:

- Brindar el apoyo de primera línea [ANIMA](#). [👉 Capítulo 2](#)
- Ofrecer tratamiento y prevención de las ITS. [👉 Pág. 103](#)
- Ofrecer la vacuna contra la hepatitis B. [👉 Pág. 104](#)
- Realizar las pruebas de embarazo y de VIH. [👉 Pág. 96](#)
- En caso de confirmación de embarazo brindar acceso al derecho a la interrupción del embarazo. [👉 Pág. 103](#)
- Efectuar evaluación psicosocial y del impacto en la salud mental de la persona y ofrecer la atención necesaria según la situación [👉 Capítulo 4](#)

Los 6 componentes del cuidado de la salud física

Componente 1. Realizar la anamnesis y el examen físico »

Este paso comprende las siguientes acciones y el **registro en la HC**:

- 1.1 Realizar la anamnesis completa.
- 1.2 Preparar la realización del examen físico y solicitar el consentimiento informado.
- 1.3 Realizar el examen físico completo.

1.1 Realizar la anamnesis completa

La anamnesis comprende: **a.** información de la salud general; **b.** preguntas relativas a la agresión (solo lo indispensable para la atención de la salud; por ejemplo, si ha habido penetración bucal, vaginal o anal); **c.** historia vinculada a la salud sexual y/o reproductiva; **d.** evaluación psicosocial y del impacto en la **salud mental** ».

Recomendaciones generales

- Si la persona trae consigo algún informe, leerlo en detalle para evitar preguntar sobre algo que ella ya haya tenido que responder.
- Mantener una actitud respetuosa y un tono de voz tranquilo.
- Mantener el contacto visual con la persona, según lo que se considere culturalmente adecuado.
- Evitar las distracciones e interrupciones.
- Tomarse el tiempo que haga falta para recoger todos los datos necesarios.

a. Preguntar sobre la información de la salud general

La información médica general abarca todos los trastornos actuales o pasados, las alergias y los medicamentos que la persona esté tomando. Dicha información puede servir para comprender mejor los hallazgos del examen físico.

➔ Para más información consultar los siguientes anexos:

[Anexo 5.](#) Modelo de Historia Clínica

[Anexo 6.](#) Obtención y conservación de evidencia

[Anexo 7.](#) Formulario único de cadena de custodia

[Anexo 8.](#) Ilustración para localizar lesiones

[Anexo 9.](#) Modelo de consentimiento informado para IVE/ILE y modelo de declaración jurada «

➔ [Capítulo 4.](#)
Pág. 114 «

b. Hablar sobre la agresión sexual

Es preciso conocer el relato de la agresión para:

- Orientar el examen físico a fin de localizar y tratar todas las lesiones.
- Valorar el riesgo de transmisión de ITS y de infección por el VIH.
- Valorar el riesgo de embarazo de la persona con capacidad de gestar.
- Orientar e informar a la persona sobre la recolección y la documentación de muestras.

Cómo preguntar sobre la agresión

- Pedir con amabilidad a la persona que describa brevemente lo ocurrido.
- Explicar que saber lo que sucedió servirá para ofrecerle la mejor atención posible. Asegurarle que lo que diga se mantendrá en confidencialidad, salvo que la persona desee hacer la denuncia.
- Explicarle que no está obligada a contar nada que no quiera.
- Dejar que la persona cuente la historia a su ritmo, sin interrumpirla. Si es imprescindible aclarar algún detalle esperar a que termine de hablar para luego hacerle preguntas.
- Preguntar con delicadeza. Usar preguntas abiertas que no puedan contestarse solamente con un “sí” o un “no”. Evitar las preguntas que responsabilicen a la persona por lo sucedido, como por ejemplo: “¿Qué hacía sola allí?” o “¿Por qué hizo tal cosa...?”.
- La persona puede abstenerse de mencionar o describir los detalles dolorosos, atemorizantes o desagradables. Evitar presionarla para que relate los pormenores de la violación. Si realmente se requieren datos más concretos o detallados para brindarle el tratamiento correcto, es fundamental explicarle por qué es necesario conocerlos.

c. Preguntar sobre la historia vinculada a la salud sexual y/o reproductiva

La finalidad de conocer los antecedentes o historia vinculada a la salud sexual y/o reproductiva es:

- Evaluar si hay riesgo de embarazo o de ITS.
- Evaluar si algún hallazgo del examen físico puede tener relación con traumatismos, embarazos o partos anteriores.

d. Evaluación psicosocial y del impacto en la salud mental

A medida que se va realizando la HC, preguntar a la persona cómo se siente y qué emociones está experimentando. Si se observan signos de estrés emocional moderado o grave, formular preguntas específicas.

Para mejorar la comunicación y proporcionar sostén o para más información sobre este tema, consultar el capítulo 4 (pág. 114).

1.2 Preparar la realización del examen físico y solicitar el consentimiento informado

a. Cómo comunicarse antes de realizar el examen físico

- Pedir permiso a la persona para practicar el examen físico y solicitar su consentimiento informado para cada etapa. Explicarle que puede negarse a que se realice cualquier parte del examen físico o el examen completo.
- Preguntarle si desea que alguien de su red familiar o afectiva esté presente para apoyarla.
- Es importante que la atención sea realizada por profesionales del mismo género, si la persona así lo requiere y fuera posible. Se puede consultar a la persona si le resulta cómodo ser examinada por quien la está atendiendo.

b. Tener presente a alguien más como persona observadora

- Asegurarse de que alguien más esté presente durante el examen físico en calidad de persona observadora, preferiblemente alguien que cuente con entrenamiento específico.
- Presentar a la persona observadora a la mujer y LGBTI+ y explicarle que está allí para brindarle ayuda y apoyo.
- Procurar que solo las personas indispensables se encuentren presentes en la consulta.

c. Solicitar el consentimiento informado

Se debe solicitar el consentimiento informado para el examen físico, para el tratamiento y para la entrega de información a terceras personas autorizadas, por ejemplo a la Policía o a la autoridad judicial:

- Explicar a la persona que se procederá al examen físico y al tratamiento únicamente si está de acuerdo. Además, explicarle que puede negarse a que se realice cualquier parte del examen físico o el examen completo.
- Describir a la persona las cuatro partes del examen físico:
 - Examen físico general.
 - Examen genital y anal.
 - Recolección de pruebas.
 - Entrega de la información médica y pruebas a la Policía si la persona desea emprender un proceso judicial.

- Consultar a la persona si tiene alguna pregunta con respecto a cada una de estas partes del examen físico, responderlas con claridad y brindar toda la información disponible asegurándose de que comprenda las respuestas. Luego, pedirle que decida si está de acuerdo con la realización del examen.
- Una vez que se tenga la certeza de que la persona ha comprendido y consentido el examen, pedirle que firme el documento.
- Si se requiere, solicitar a otra persona que firme el documento en calidad de testigo.

Hablar con la mujer y LGBTI+ sobre la posibilidad de denunciar la agresión sexual

- Informar que para las personas adultas la violación es un delito de instancia privada. Esto quiere decir que, en estas situaciones, no corresponde al personal profesional de salud denunciar. La decisión de instar la acción penal es de la persona.
- Explicar la diferencia entre la denuncia en el fuero civil necesaria para que, por ejemplo, se tome una medida de protección que impida el acercamiento del agresor, de una denuncia penal por violencia sexual, en la que se investigará la comisión del delito.
- Si la persona quiere realizar la denuncia, informarle que habrá que recoger pruebas forenses, explicarle en qué consisten e indicarle si hay personal de la salud capacitado para hacerlo.
- Si la persona desea que se recojan las pruebas, es necesario llamar a una persona del equipo de salud con entrenamiento en dicha recolección o articular con el servicio pertinente para brindar la atención lo antes posible. Es importante que los procedimientos de toma de muestras cumplan con los recaudos procesales exigidos en cada jurisdicción, para que sirvan como pruebas en un eventual proceso judicial «.
- Si la persona no ha decidido aún si desea efectuar la denuncia, las pruebas pueden recogerse y guardarse.
- Si han pasado más de 5 días desde que se produjo la agresión, es demasiado tarde para recoger las **pruebas** «.
- Aunque no se recojan pruebas forenses, se debe realizar el examen físico completo y registrarlo adecuadamente «. Este examen puede ser útil si la persona decide emprender posteriormente un **proceso judicial** «.

Para más información sobre los exámenes forenses, consultar el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales (MSAL, 2021).

👉 **Anexo 6.** Obtención y conservación de evidencia. Pág. 200

Anexo 7. Formulario único de cadena de custodia. Pág. 208 »

👉 En la tabla 1 del **Anexo 6** se indican los intervalos de tiempo estipulados para cada tipo de muestra (vaginal, anal, oral, mordeduras y rastros de saliva en la piel). »

👉 **Guía Práctica 6.** La denuncia como estrategia. Pág. 239 »

1.3 Realizar el examen físico completo

El examen físico completo se hace de la cabeza a los pies, incluido el examen genital y anal. Los objetivos principales son determinar qué atención se requiere y completar la documentación legal necesaria.

a. Cómo comunicarse durante el examen físico

- Explicar a la persona que puede hacer preguntas, solicitar detener el examen en cualquier momento y/o negarse a que se realice cualquier parte del mismo, ya que siempre se debe respetar su voluntad.
- Observar a la persona antes de realizar cualquier palpación y prestar atención a su aspecto y estado emocional.
- En cada paso del examen, explicar lo que se va a hacer y pedir permiso primero.
- Preguntarle con frecuencia si tiene alguna duda, responderlas y pedirle permiso para proseguir.

b. Realizar el examen físico

- Comprobar que los equipos y materiales estén listos.
- Tomar los signos vitales: pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura.
- Proceder de manera sistemática. [Seguir la lista de verificación para el examen físico »](#).
- No apresurarse, dedicar tiempo al examen.
- Registrar todas las observaciones y los hallazgos de forma clara y completa en la HC o en el formulario [correspondiente »](#).
- Si están disponibles, usar ilustraciones del cuerpo humano para ubicar las lesiones o hacer algún [dibujo sencillo en la HC »](#).
- Documentar de forma detallada y completa todas las lesiones u otras marcas, ya que pueden constituir importantes pruebas judiciales.

[Guía Práctica 9](#).
Lista de verificación para el examen físico.
Pág. 246 «

[Anexo 5](#). Modelo de Historia Clínica.
Pág. 185 «

[Anexo 8](#). Ilustración para localizar lesiones.
Pág. 210 «

c. Realizar el examen genital y anal

En las situaciones de violación sexual, es importante practicar un examen genital y anal. Se trata de una exploración delicada, en particular la inspección con el espéculo. Por tanto, es necesario:

- Ayudar a la persona a que se sienta lo más cómoda posible.
- Indicarle en qué parte del cuerpo se va a palpar y cuándo.
- Ayudarla a que se tienda de espaldas con las piernas dobladas y las rodillas separadas cómodamente.
- Cubrirla con una sábana, la cual debe levantarse solamente lo necesario en el momento del examen.

📖 [Guía Práctica 9.](#)
Lista de verificación para el
examen físico. Pág. 246 »

📖 [Anexo 5.](#)
Modelo de Historia
Clínica. Pág. 185 »

- Proceder de manera sistemática. Disponer de una buena fuente de iluminación para visualizar las lesiones. Seguir la lista de **verificación para el examen físico** «.
- Registrar todas las observaciones y los hallazgos de forma clara y completa en el formulario de examen correspondiente, si lo hay, o directamente en la HC «.

Sufrir una agresión sexual es una vivencia traumática. La persona puede mostrarse muy sensible al tacto o al examen, especialmente si quien los practica es un varón. Se debe proceder con lentitud, preguntándole con frecuencia si se encuentra bien y si se puede proseguir.

d. Realizar los exámenes de laboratorio

Deben realizarse estudios citobacteriológicos, basales y toxicológicos de acuerdo a la disponibilidad de recursos del centro asistencial. En el caso de no contar con recursos, se debe articular con el servicio que sí disponga de ellos para garantizar la atención de la persona lo antes posible.

Estudio citobacteriológico

Las tomas dependen del lugar del cuerpo afectado en la violación:

- Frotis para microscopía directa y gram.
- Cultivo de cada sitio en que hubo penetración o intento para gonococo y clamidia en caso de presentar sintomatología. En los centros en los que estuvieran disponibles, se recomienda la realización de pruebas moleculares sobre el cultivo tradicional dada su mayor sensibilidad y especificidad.

Análisis de sangre basales

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo
- Hepatograma
- Función renal
- Sífilis: screening con pruebas no treponémicas (VDRL o método localmente disponible) para descartar infección previa y confirmación con pruebas treponémicas de acuerdo a algoritmos vigentes. El tamizaje con pruebas rápidas treponémicas no es apropiado para personas con antecedente de sífilis previa.

- **VIH:** test ELISA o similar, previo consentimiento y asesoramiento. Se recomienda el uso de pruebas de cuarta generación siempre que estén disponibles dado que reducen el período de ventana para la detección (usualmente 4 a 6 semanas, puede extenderse en caso de uso de PEP). Si bien el uso de test rápidos permite descartar la infección previa, no es un método apropiado si se sospecha infección aguda en la víctima.
- **Hepatitis B:** en personas vacunadas se recomienda dosaje cuantitativo de anticuerpos antiantígeno de superficie (HBsAc). En personas no vacunadas o en quienes el historial de inmunizaciones no esté disponible se dosará además antígeno de superficie (HBsAg) y anticuerpos contra la proteína del core (HBcAc), y se iniciará esquema de vacunación para hepatitis B.
- **Hepatitis C:** la inclusión de la hepatitis C en los análisis basales es importante. La Ac HCV y PCR ARN VHC negativo descarta la infección. Si Ac HCV fuera positivo, se debe solicitar PCR VHC y derivar a especialistas.
- **Hepatitis A:** se sugiere incluir IgG para HAV en los análisis basales e indicar la vacuna en población clave².
- **Test de embarazo:** para diagnóstico de embarazo previo en personas con capacidad de gestar. En caso de faltar este estudio, de todas formas, deben comenzarse las profilaxis y demás intervenciones recomendadas (profilaxis para VIH, anticoncepción de emergencia, etc.).
- **Otros:** de acuerdo al criterio clínico de cada situación en particular.

e. Registrar los hallazgos y el tratamiento

Es habitual que los equipos de salud deban responder a las preguntas de la Policía, de quienes ejercen el patrocinio letrado o de los tribunales respecto de las lesiones y los hallazgos del examen físico y de la evaluación de la salud mental de las personas a quienes han atendido. Resultará más fácil contestar con precisión si se registran adecuadamente las observaciones y el tratamiento en el formulario correspondiente, si lo hay, o directamente en la [HC](#) ».

📄 [Anexo 5. Modelo Historia Clínica.](#)
Pág. 185 «

El registro adecuado puede evitar posibles **revictimizaciones** y requiere describir:

📄 [Glosario](#)

² Ver <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/hepatitisa>

- El tipo de lesión (erosiones, excoriaciones, contusiones, lesiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, etc.).
- Las características de las lesiones (longitud, profundidad, entre otras).
- La ubicación de las lesiones.
- La posible causa de las lesiones (p. ej.: disparo, mordedura, etc.).
- Las consecuencias inmediatas y las consecuencias potenciales a largo plazo.
- El tratamiento administrado.

Todas las lesiones que la persona presente en cualquier parte del cuerpo deben ser consignadas tanto en la HC como en el Libro de Guardia (si lo hubiera), junto a las impresiones del equipo de salud. Es necesario registrar en el Libro de Guardia independientemente de que intervenga o no personal médico legista.

Componente 2. Brindar tratamiento para las lesiones físicas o derivar al servicio correspondiente

Derivar de inmediato a las personas con lesiones graves o potencialmente mortales a los servicios de urgencias.

Entre las complicaciones que pueden requerir hospitalización urgente están:

- Traumatismos extensos (en la zona genital, la cabeza, el tórax o el abdomen).
- Déficits neurológicos (p. ej.: incapacidad para hablar, dificultad para caminar).
- Dificultad respiratoria.
- Hinchazón de las articulaciones de un solo lado del cuerpo (artritis séptica).

Las personas con lesiones menos graves (p. ej.: heridas superficiales) usualmente pueden ser tratadas en el mismo centro de salud. En dichas situaciones, corresponde limpiar y tratar las heridas según sea necesario.

Puede estar indicado el uso de los siguientes medicamentos:

- Antibióticos para prevenir que se infecten las heridas.
- La vacuna antitetánica o una dosis de **refuerzo** »;
- Analgésicos.
- Medicamentos para el insomnio (para uso en casos excepcionales).

🔗 [Anexo 10.](#)
Calendario de vacunación por edades. Pág. 214 «

🔗 [Anexo 4.](#)
Consideraciones con respecto a la prescripción de benzodiazepinas Pág. 184 «

Precauciones »

- No prescribir rutinariamente benzodiazepinas para tratar el insomnio.
- No prescribir benzodiazepinas ni antidepresivos para tratar el estrés agudo.

Componente 3. Brindar anticoncepción de emergencia³

La anticoncepción de emergencia puede prevenir el embarazo si se administra poco después de la agresión sexual.

Se debe ofrecer anticoncepción de emergencia a toda persona con capacidad de gestar que haya vivido una violación, junto con la información y orientación pertinentes sobre los diversos procedimientos disponibles para que pueda decidir sobre su cuerpo.

Anticoncepción de emergencia

Hay dos tipos de anticonceptivos de emergencia: los métodos hormonales conocidos como **anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)** y el **dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)**. Ambos deben ser opciones que la persona pueda evaluar y elegir.

- Todas las personas con capacidad de gestar pueden tomar la anticoncepción de emergencia. No es necesario hacer ningún examen para determinar el estado de salud ni realizar previamente una prueba de embarazo.
- El uso de anticoncepción de emergencia reduce pero no elimina por completo la posibilidad de embarazo. Es indispensable el asesoramiento y seguimiento de las personas con capacidad de gestar que hayan vivido una situación de violencia sexual: informarles respecto

³ Para más información consultar "Métodos anticonceptivos. Guía para profesionales de la salud" (MSAL, 2019).

de la importancia de la realización de un test de embarazo en caso de ausencia de menstruación en la fecha esperada y el derecho a la interrupción si se confirma el embarazo.

- Es posible tomar simultáneamente la anticoncepción de emergencia, los medicamentos para las ITS y la Profilaxis Post Exposición (PEP) para la prevención de la infección por el VIH, sin perjuicio alguno. La anticoncepción de emergencia y los antibióticos pueden tomarse en horarios distintos y junto con las comidas, a fin de mitigar las náuseas.
- En caso de incluir Ritonavir en el esquema de PEP, la dosis de Levonorgestrel deberá ser 1,5 mg cada 12 horas (dos tomas).

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

La AHE debe ofrecerse inmediatamente y hasta 5 días después de la violencia sexual en personas con capacidad de gestar. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, su eficacia es del 95%, después disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.

En personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m⁴ se recomienda usar doble dosis de AHE de levonorgestrel (AHE LNG). En la tabla 5 se detallan las dosis recomendadas de AHE. Si no se cuenta con la AHE se puede recurrir al Método Yuzpe, que consiste en la toma de pastillas anticonceptivas combinadas (de etinilestradiol y levonorgestrel) en una cantidad y una frecuencia mayores a las utilizadas para lograr el efecto anticonceptivo normal.

TABLA 5.
Dosis recomendadas para la anticoncepción hormonal de emergencia

Droga	Dosis	Esquema de administración
Levonorgestrel 1,5 mg	1 solo comprimido de 1,5 mg	1 toma
Levonorgestrel 0,75 mg	2 comprimidos de 0,75 mg	Pueden tomarse los dos juntos o tomarse uno y a las 12 horas el siguiente

4 OMS (2018). Otra bibliografía recomienda usar doble dosis de AHE LNG en personas con IMC ≥ 26 o con peso superior a 70 kilos (OPS, 2019).

Levonorgestrel 0,03 mg (mini-píldora)	Anticonceptivo oral de progestágeno solo (AOPS): 50 comprimidos		25 comprimidos cada 12 horas (2 tomas)
Método de Yuzpe: anti-conceptivos orales combinados que contengan etinilestradiol y levonorgestrel	2 tomas de 100 mcg de etinilestradiol + 0,50 mg de levonorgestrel	30 mcg (0,03 mg) de etinilestradiol	4 comprimidos cada 12 horas (2 tomas). Total 8 comprimidos
		20 mcg (0,02 mg) de etinilestradiol	5 comprimidos cada 12 horas (2 tomas). Total 10 comprimidos
		15 mcg (0,015 mg) de etinilestradiol	7 comprimidos cada 12 horas (2 tomas). Total 14 comprimidos

La anticoncepción hormonal de emergencia puede provocar náuseas y vómitos. Si la persona vomita dentro de las dos horas después de tomar las píldoras, debe regresar cuanto antes para tomar otra dosis. Si está tomando las píldoras combinadas, puede tomar algún medicamento (como clorhidrato de meclizina) entre 30 minutos y una hora antes de los anticonceptivos para reducir las náuseas.

Puede producirse manchado o sangrado vaginal en los días siguientes a la toma.

Si la persona ha tenido otras relaciones sexuales sin protección desde la última menstruación, es posible que ya esté embarazada. En este caso, los anticonceptivos de emergencia no surtirán efecto, pero tampoco perjudicarán al feto.

Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU-Cu)

Este es el método más eficaz de anticoncepción de emergencia. Si se coloca dentro de los 5 días posteriores al episodio, la tasa de embarazo es extremadamente baja; su efectividad es superior al 99%. Se recomienda colocarlo dentro de los 5 días posteriores al episodio, pero también puede insertarse después, si es dentro de los 5 días siguientes al día esperado para la ovulación. Una vez colocado, la persona contará, además, con un método anticonceptivo de larga duración. El DIU-Cu no se ve afectado por el uso concomitante de medicamentos. No son contraindicaciones para el uso: el riesgo de ITS, embarazo ectópico previo, la edad de la persona ni la nuliparidad.

El DIU-Cu puede ser, además, una opción para quienes deseen un método anticonceptivo de larga duración. Es muy importante explicar el procedimiento de colocación para que la persona evalúe si quiere y puede transitarlo, considerando su estado psicoemocional luego de la violencia sexual.

Orientación sobre la anticoncepción de emergencia

Es probable que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que han vivido una agresión sexual estén preocupadas por la posibilidad de un embarazo.

Es importante explicar con claridad en qué consiste la anticoncepción de emergencia.

Se le puede preguntar si ha venido usando algún método anticonceptivo efectivo como la píldora, las inyecciones, los implantes subdérmicos o el DIU, o si ha recurrido a la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria). En esos casos y cuando la última menstruación hubiera comenzado dentro de los 7 días anteriores a la agresión resulta menos probable que se haya producido un embarazo.

En cualquiera de estos casos, la persona puede tomar de todas maneras los anticonceptivos de emergencia, si así lo desea.

Es clave tener en cuenta que la utilización de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):

- Es una decisión personal que solo la propia persona puede tomar.
- Puede servir para evitar el embarazo, pero no es 100% efectiva.
- Funciona principalmente inhibiendo la ovulación.
- No sirve para evitar el embarazo la próxima vez que tenga relaciones sexuales.
- En caso de que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe, es decir, que no provoca un aborto, ni afecta al embrión.
- No está pensada para ser utilizada de manera regular en lugar de un método anticonceptivo continuado y más efectivo.
- No requiere previamente una prueba de embarazo. Si la persona ya está embarazada, las píldoras no perjudicarán al feto. No obstante, si ella así lo desea, una prueba de embarazo permite determinar si ya está embarazada.

La persona debe regresar a la consulta si la siguiente menstruación se retrasa más de una semana. Se le debe ofrecer la posibilidad de abortar en condiciones seguras de acuerdo con la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo y con el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE) (MSAL, 2021b).

Componente 4. Prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)

- Las personas que han vivido una agresión sexual deben recibir medicamentos para prevenir y tratar las siguientes ITS: gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana.
- Ofrecer tratamiento contra las ITS en la primera consulta.
- No es necesario realizar pruebas para la detección de las ITS antes de administrar el tratamiento.
- La dosis es diferente según la edad de la persona. En la tabla 6 se detallan las dosis correspondientes a personas adultas.
- Administrar los esquemas de tratamiento más cortos contemplados en los protocolos locales o nacionales, ya que son más fáciles de cumplir.
- La profilaxis de ITS no es una urgencia en sí y la tolerabilidad de la dosis empleada de metronidazol y azitromicina no siempre es buena, lo que puede malinterpretarse como intolerancia a la PEP para VIH (que sí constituye una urgencia). Se recomienda aclarar esto específicamente y explicar que puede diferir la toma de la azitromicina y metronidazol hasta 24-48 horas luego de iniciada la PEP para VIH.

TABLA 6
Profilaxis para ITS en personas adultas

Tratamiento	Drogas y presentación	Dosis, forma y esquema de administración
De elección	Ceftriaxona 250 mg +Azitromicina 1 g +Metronidazol 2 g	Intramuscular Vía oral Vía oral
Alternativo	Cefixima 400 mg + Doxiciclina 100 mg	Vía oral cada 24 horas por 7 días Vía oral cada 12 horas por 7 días. No administrar en caso de embarazo

➔ **Anexo 10.** Calendario de vacunación por edades. Pág. 214 »

Inmunizaciones «

Hepatitis B

El virus de la hepatitis B puede transmitirse por vía sexual.

En personas con esquema de vacunación contra hepatitis B completo no se indica refuerzo de la vacuna. En personas no vacunadas previamente debe administrarse la primera dosis de vacuna anti HBV lo antes posible y continuar con el esquema habitual (la siguiente dosis al mes y la última a los 6 meses) de acuerdo al resultado de las serologías basales.

TABLA 7
¿Está la persona vacunada contra la hepatitis B?

Estado de vacunación	Directrices para el tratamiento
No, nunca se ha vacunado contra la hepatitis B.	1. ^a dosis: lo antes posible. 2. ^a dosis: un mes después de la primera dosis. 3. ^a dosis: 6 meses después de la primera dosis.

Comenzó la serie de vacunación contra la hepatitis B, pero no la terminó.	Completar la serie de acuerdo con lo programado según el calendario de vacunación.
Sí, completó la serie de vacunación contra la hepatitis B.	No es necesario vacunarla nuevamente.

Tétanos

Si la persona no ha sido vacunada en los últimos 10 años (o no lo recuerda) indicar vacuna antitetánica o doble adulto. No se recomienda el uso de gammaglobulina antitetánica, salvo en presencia de heridas sucias (contaminadas con tierra o heces, que contienen tejidos desvitalizados o necróticos, por aplastamiento o explosión, etc.) en personas que no recibieron el esquema primario de tres dosis de vacuna antitetánica.

Componente 5. Prevenir la infección por el VIH⁵

La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzar inmediatamente después del episodio de violencia sexual, en lo posible antes de las 2 horas. Pasadas las 72 horas se deben evaluar los riesgos de transmisión de VIH, no siendo recomendable la administración de PEP.

¿Cuándo debe considerarse la Profilaxis Post Exposición (PEP)?

La PEP está indicada si:

- El material biológico tiene capacidad de transmitir el VIH (tabla 8).
- El tipo de exposición tiene riesgo de transmitir el VIH (tabla 9).
- El tiempo transcurrido desde la exposición es menor a 72 horas.
- La persona expuesta no tiene VIH. Sin embargo, no se debe demorar el inicio del tratamiento antirretroviral (TARV) al resultado del ELISA VIH.

No debe esperarse en ningún caso el resultado del laboratorio ni serologías basales en la persona expuesta para iniciar la PEP.

⁵ Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019).

TABLA 8
Tipo de material biológico de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH

Material CON capacidad de transmitir VIH	Material SIN capacidad de transmitir VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre • Semen • Flujos vaginales o rectales • Leche humana • Órganos y tejidos • Líquido amniótico, cefalorraquídeo, pleural, articular, pericárdico • Cualquier fluido corporal visiblemente sanguinolento 	<ul style="list-style-type: none"> • Saliva • Secreciones respiratorias • Lágrimas • Vómito • Sudor • Orina • Materia fecal

TABLA 9
Tipo de exposición de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH

Exposiciones CON riesgo de transmisión del VIH	Exposiciones SIN riesgo de transmisión del VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Percutánea • Mucosas (anal, vaginal, oral, ocular, etc.) • Cutáneas sobre piel no intacta (por ejemplo, dermatitis o una herida de menos de 72 horas) • Mordeduras con presencia de sangre de la persona fuente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cutáneas sobre piel intacta • Mordeduras sin presencia de sangre

PEP para personas adultas

Comenzar tan pronto como sea posible, hasta antes de un máximo de 72 horas y se indicará por un período máximo de 28 días.

Si la persona concurre luego de las 72 horas de la exposición se recomienda el control clínico y repetir el test de VIH a las 4 a 6 semanas, o

antes en caso de síntomas sugestivos de infección aguda por VIH (fiebre, diarrea, adenopatías, rash, etcétera).

Es necesario garantizar el seguimiento clínico y de laboratorio según recomendaciones.

En la tabla 10 se presenta el esquema y las dosis recomendadas para personas adultas.

TABLA 10 Esquema y dosis recomendadas para PEP en personas adultas	
Drogas y presentación⁶	Dosis y esquema de administración
Recomendado	
<ul style="list-style-type: none"> Tenofivir DF 300 mg + Emtricitabina 200 mg coformulado 	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido por día
o	
<ul style="list-style-type: none"> Tenofivir DF 300 mg + Lamivudina 300 mg coformulado 	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido por día
Alternativo	
<ul style="list-style-type: none"> Zidovudina 300mg + Lamivudina 150 mg coformulado 	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido cada 12 horas
Más uno de los siguientes	
Recomendado	
<ul style="list-style-type: none"> Dolutegravir 50 mg⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido por día
Alternativo	
<ul style="list-style-type: none"> Darunavir 800 mg + Ritonavir 100 mg coformulado 	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido por día
En quienes no puedan recibir Dolutegravir ni Darunavir:	
<ul style="list-style-type: none"> Raltegravir 400 mg 	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido cada 12 horas

6 Para más información, ver "Profilaxis Post-Exposición (PEP) para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud" (MSAL, 2019).

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

¿Cómo hablar de la PEP?

Es decisión de la persona que vivió la agresión sexual tomar la PEP. Es importante el acompañamiento del equipo de salud, generando un intercambio de información que facilite el abordaje.

Uno de los temas relevantes es preguntar si sabe si el agresor tiene VIH y explicarle que la PEP reduce la posibilidad de contraerlo, explicitando que no es 100% efectiva. En caso de que la persona decida tomar la PEP, transmitir con claridad que es necesario tomar la medicación correspondiente durante 28 días, una o dos veces al día, según el régimen utilizado.

También se debe comunicar que cerca de la mitad de las personas que toman la PEP pueden presentar efectos secundarios como náuseas, cansancio y dolor de cabeza, los cuales disminuyen en pocos días.

Si la persona toma la PEP contra el VIH

- Comenzar el tratamiento lo antes posible y siempre que no hayan pasado más de 72 horas después de la agresión.
- Programar consultas de seguimiento periódicas.
- Elegir los medicamentos para la PEP de acuerdo con las directrices nacionales y de la OMS (OPS, 2018).
- Ofrecer la prueba para la detección del VIH en la primera consulta.
- Repetir la prueba del VIH a las 6 y 12 semanas.
- Si la prueba del VIH resulta positiva, remitir a la persona para que reciba tratamiento y atención para la infección por el VIH.

Orientación sobre el cumplimiento terapéutico de la PEP

El cumplimiento en la toma de los medicamentos es un aspecto fundamental en la provisión de la PEP. Se recomienda hablar con la persona de lo siguiente:

- Es importante que recuerde tomar todas las dosis, a la misma hora todos los días, por ejemplo junto con el desayuno o la cena. Las tomas regulares garantizan que la concentración sanguínea del medicamento se mantenga estable.
- Puede programar la alarma del teléfono móvil o cualquier otra alarma como recordatorio para tomar los medicamentos. Otra alternativa es que un miembro de la familia o una amiga pueda ayudarla a recordar las tomas de medicación.
- Si olvida tomar los medicamentos a la hora programada, puede tomarlos aún, siempre que el retraso no sea mayor a 12 horas.

- Si han pasado más de 12 horas de retraso, debe esperar y tomar la siguiente dosis a la hora programada regularmente.
- No se debe tomar dos dosis al mismo tiempo.
- Debe regresar a la consulta si los efectos secundarios no desaparecen en pocos días, si se le dificulta tomar los medicamentos de acuerdo a lo planeado o si surge cualquier otro problema.

Componente 6. Elaborar un plan de cuidado de la salud

Explicar los hallazgos del examen físico y el tratamiento

Es de suma importancia explicar a la persona los hallazgos del examen físico y lo que significan para su salud, así como el tratamiento que se requiera. Tanto en las lesiones recientes como en aquellas preexistentes. Animarla a que plantee sus dudas e inquietudes y responderlas en detalle, verificando que comprenda toda la información.

Cuidado de las lesiones

- Enseñar a la persona cómo debe cuidar cualquier lesión que tenga.
- Describir a la persona los signos y síntomas de infección de una herida: calor, enrojecimiento, dolor e inflamación en la zona de la herida, presencia de sangre o pus, fetidez, y fiebre. Pedirle que regrese a la consulta o que acuda a otro servicio de salud en caso de presentar cualquiera de esos signos.
- Explicarle la importancia de finalizar el curso completo del tratamiento, sobre todo de los antibióticos. Informarle también todos los posibles efectos secundarios y lo que puede hacer para aliviarlos.

Prevención de las ITS

- Explicar a la persona cuáles son los signos y los síntomas de las ITS, incluido el VIH, y recomendarle que acuda de nuevo para recibir tratamiento en caso de presentar alguno de ellos.
- Recomendar de forma consistente el uso de preservativos durante las relaciones sexuales, al menos hasta que se conozcan los resultados de las pruebas para las ITS y el VIH en las consultas de seguimiento de los 3 o 6 meses.
- En personas en riesgo sustancial de infección por VIH, considerar derivar a un servicio de prevención combinada que incluya la provisión de Profilaxis Pre Exposición (PrEP) (Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, 2022).

Seguimiento

Pautar y acordar los controles subsiguientes. Las citas de seguimiento deben programarse al cabo de 2, 6, 12 y 24 semanas después de la agresión.

En la **Guía Práctica 10** (pág. 248) se indica información relevante sobre cada uno de estos controles de seguimiento.

CAPÍTULO 4

ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DE LA SALUD MENTAL

ATENCIÓN COMPLEMENTARIA DE LA SALUD MENTAL

📖 **Capítulo 1.**
Identificación de señales
de alarma para la
detección temprana
de las VMG. Pág. 54 »

Las mujeres y LGBTI+ que se encuentran atravesando situaciones de VMG, así como quienes las han vivenciado en el pasado, pueden presentar distintas manifestaciones físicas, emocionales y conductuales. Tales manifestaciones suelen persistir en tanto la persona continúe en contextos determinados por las violencias y pueden perdurar aún cuando las situaciones de violencia hayan mermado «.

Las situaciones de VMG, y particularmente la violencia sexual, pueden afectar de forma diferencial la salud mental de las mujeres y LGBTI+. Según el art. 3° de la Ley Nacional 26.657 se entiende la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

La agresión sexual puede generar distintas manifestaciones que se presentan de forma singular en cada persona, algunas de ellas pueden ser:

- Experimentar ansiedad, pánico, angustia, rabia, ideas vinculadas a la venganza, autorreproches, pesadillas, temores, trastornos sexuales, *flashbacks*, asco, rechazo al cuerpo, sensación de suciedad, impotencia, vergüenza, etc.
- En caso de violación, sentir humillación y degradación.
- Sentir “que solo a ella le pasó”.
- Presentar confusión, desorganización y/o falta de conexión en el relato.
- Expresar disociación (actuar como si la violencia sexual no hubiese ocurrido).
- Relatar el episodio de manera desafectivizada o no recordarlo por momentos.

Según lo establecido por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, el abordaje psicosocial, incluido el de las situaciones de VMG, debe ser interdisciplinario e intersectorial, orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Es importante ofrecer acompañamiento, promoviendo una atención en salud integral, con perspectiva de derechos humanos, género, diversidad e interseccionalidad.

Los procesos de recuperación de las personas en situación de VMG son complejos y singulares, no son lineales, por lo que la remisión de las manifestaciones requerirá de diferentes tiempos subjetivos en cada situación. Un acompañamiento adecuado y respetuoso puede contribuir favorablemente en el proceso de recuperación de la salud. Es importante identificar a las personas que están atravesando algún padecimiento mental producto de las VMG para brindarles la atención que necesitan.

Para una atención integral se debe:

- Brindar apoyo de primera línea ANIMA ↪ Capítulo 2, pág. 62
- Tener en cuenta las pautas para la evaluación y atención de la salud física ↪ Capítulo 3, pág. 88
- Realizar un abordaje psicosocial ↪ Capítulo 4, pág. 114

1. Apoyo psicosocial básico

Después de una agresión sexual, puede bastar con un apoyo psicosocial durante 3 a 6 meses, sin dejar de realizar al mismo tiempo controles de seguimiento para detectar manifestaciones de salud mental de mayor gravedad.

- Ofrecer el apoyo de primera línea ANIMA » en cada consulta.
- Establecer un encuadre terapéutico de consultas estimadas para evitar tanto la **revictimización** como la sobrecarga de la persona, programando en cada consulta cuándo será la siguiente.

↪ **Capítulo 2.**
Pág. 62 «

↪ Glosario

- Tener siempre presentes las recomendaciones para brindar en su atención un trato digno y respetuoso, con perspectiva de género y diversidad.
- Indagar acerca de las redes de apoyo y cuidado con las que cuenta la persona, para definir las estrategias de acompañamiento.
- Explicar a la persona que los tiempos de recuperación son singulares y que probablemente se sentirá mejor a medida que pase el tiempo. El equipo de salud junto a quienes integren la red de cuidados de la persona están disponibles para acompañar a transitar ese proceso.
- Evaluar en cada consulta el estado emocional y mental de la persona. Preguntar si se siente mejor o si refiere algún problema nuevo o persistente.
- Realizar intervenciones que apunten a fortalecer su autonomía.
- En caso de depresión, consumo excesivo de alcohol o de sustancias psicoactivas, o trastorno por estrés postraumático realizar una reevaluación.
- En caso de que el tratamiento deba continuar y se requiera un nivel de mayor complejidad, se podrá realizar una derivación referenciada.

PARA RECORDAR

Las mujeres y LGTBI+ que atraviesan violencia sexual en el contexto de sus relaciones socioafectivas pueden:

- Dar la impresión de que tienen la libertad para concluir el vínculo con el agresor.
- Sentir temor a represalias, desconocer recursos y derechos y/o contar con experiencias previas negativas.
- No tener confianza en sus propias habilidades para salir de la situación.
- Atravesar procesos de disociación, negación y minimización de la situación como modo de adaptación.
- Dudar y requerir tiempo para tomar decisiones.

1.1 Fortalecimiento de la autonomía de las mujeres y LGTBI+

Algunas mujeres y LGTBI+ pueden tener dificultades para reanudar su vida cotidiana, producto de las situaciones de VMG. Es importante conversar junto a la persona acerca de su vida y sus actividades. Analizar la

situación conjuntamente y, si fuera necesario, planificar y adoptar de forma paulatina y progresiva aquellos pasos que se sienta capaz de realizar.

Resulta fundamental acompañar a la persona en el proceso de:

- Fortalecer su capacidad de autonomía, para que pueda ir tomando sus propias decisiones. Preguntarle en qué cosas le va bien en la actualidad y cómo ha resuelto situaciones difíciles en el pasado.
- Reencontrarse con sus deseos, reanudar las actividades cotidianas, sobre todo las que le interesaban o le producían satisfacción.
- Buscar actividades recreativas que le ayuden a aliviar la ansiedad y la tensión.
- Promover la participación en actividades artísticas y culturales que faciliten la expresión de sentimientos y ayuden a tramitar las agresiones atravesadas.
- Seguir progresivamente una pauta regular de sueño y evitar dormir demasiado.
- Practicar actividad física con regularidad.
- Evitar la automedicación y el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias.
- Acudir a la consulta a la mayor brevedad posible si presenta pensamientos de autolesión o ideación suicida.

Es de suma importancia recordarle a la persona que siempre que así lo requiera puede consultar con el equipo de salud.

1.2 Recursos de apoyo social disponibles

Contar con una red social de apoyo es una de las medidas de protección más importantes para toda persona que atraviesa situaciones de VMG. Es común que los maltratos y las violencias ejercidas contra las mujeres y LGBTI+ ocasionen distanciamientos de sus círculos sociales habituales o dificultades para vincularse con ellos.

Se puede preguntar a la persona:

- "¿Con quién te gusta estar cuando no te sentís bien?".
- "¿A quién recurrís en busca de consejo?".
- "¿Con quién sentís más comodidad para compartir tus problemas?".

Es importante explicar que es su decisión personal comunicar a alguien más lo ocurrido y que, si decide no contar nada a nadie, igualmente puede compartir tiempo con su red vincular. Pasar tiempo en compañía de

personas con quienes disfruta puede servir para aliviar el impacto de las situaciones de VMG vividas.

También se puede proponer identificar qué actividades sociales o recursos del pasado podrían brindarle respaldo psicosocial directo o indirecto (p. ej.: reunirse con la familia, visitar a personas queridas, practicar un deporte o involucrarse en actividades comunitarias) y acompañarla a pensar estrategias para retomar su participación.

PARA RECORDAR

Siempre articular con las áreas específicas que abordan la problemática de VMG, así como con referentes de la comunidad para poner a la persona en contacto con recursos de apoyo social, como por ejemplo:

- centros comunitarios;
- abordajes grupales y de Grupos de Ayuda Mutua (GAM);
- actividades que le permitan generar ingresos y otras actividades vocacionales;
- educación formal y no formal. «

📖 **Capítulo 2.**
Abordaje en red
Pág. 62 »

2. Atención de los padecimientos de salud mental más graves

2.1 Evaluación del estado de la salud mental

La evaluación del estado de la salud mental debe ser realizada al mismo tiempo que se hace el examen general de salud. Requiere observar y escuchar atentamente, en el marco de un plan terapéutico específico para la persona.

Los procesos de evaluación deben evitar la estigmatización o patologización de las personas.

Los siguientes aspectos pueden resultar orientadores para realizar la evaluación de la salud mental.

TABLA 11

Preguntas orientadoras para evaluar el estado de la salud mental

Observaciones generales del comportamiento y del estado de ánimo	<p>¿Cómo llega la persona? ¿Se presenta acompañada?</p> <p>¿Está distraída o agitada? ¿Está inquieta o tranquila?</p> <p>¿Presenta signos de consumo problemático de alcohol u otras sustancias?</p> <p>¿Llora? ¿Tiene miedo? ¿Está enojada, ansiosa, muy triste, sin expresión?</p>
Discurso	<p>¿Está callada?</p> <p>¿Su relato es confuso, desorganizado o es claro?</p> <p>¿Habla demasiado rápido o demasiado lento?</p>
Pensamientos	<p>¿Está orientada en tiempo y espacio?</p> <p>¿Tiene pensamientos de autolesión?</p> <p>¿Se le presentan de forma reiterada pensamientos o recuerdos negativos?</p> <p>¿Revive de forma involuntaria las vivencias traumáticas continuamente en su memoria?</p>

También se puede obtener información con algunas preguntas generales:

- “¿Cómo te sentís?”.
- “¿Hubo cambios en tu situación?”.
- “¿Estás teniendo algún problema?”.
- “¿Te cuesta hacer frente a la vida cotidiana?”.

Si en la evaluación general se detectan problemas relacionados con el estado de ánimo, el pensamiento o el comportamiento y la persona es incapaz de desenvolverse en su vida cotidiana, es posible que tenga padecimientos de salud mental más graves.

En la *Guía de Intervención mhGAP* (OMS, 2012), en especial en su anexo “Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente” dedicado a los trastornos por estrés, pueden consultarse más detalles sobre la evaluación y el abordaje.

La evaluación integral del estado de la persona y de la situación debe incluir la valoración del riesgo desarrollada en “Mejorar las estrategias de cuidados” (👉 Capítulo 2, pág. 72).

Riesgo inminente de suicidio y autolesión

Las situaciones de VMG pueden ocasionar manifestaciones graves que impliquen riesgo de suicidio y/o autolesión. El equipo de salud puede no querer hablar del tema con la persona, por temor a que ello la impulse al suicidio. Sin embargo, por el contrario, hablar al respecto suele aliviar la ansiedad relacionada con los pensamientos suicidas y ayuda a la persona a sentirse comprendida.

Las personas usualmente dan algún tipo de indicación verbal o conductual respecto de sus intenciones autolesivas. El suicidio es un grave problema de salud pública que puede prevenirse en la mayoría de los casos.

👉 Para más información, consultar los lineamientos para equipos de salud sobre Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias (Ministerio de Salud, 2021). Este material puede ser adaptado para el resto de la población, con las consideraciones correspondientes. »

👉 La descripción de los síntomas del trastorno depresivo debe servir como indicador para que los equipos de salud puedan detectar señales de alarma que requieran de la intervención de los equipos de salud mental. »

Si la mujer y LGBTI+ tiene pensamientos suicidas o de autolesión o ha hecho planes para suicidarse o autolesionarse; o ha tenido en el último mes pensamientos o planes para autolesionarse, o se ha autolesionado en el último año y en este momento está muy nerviosa, violenta, con estrés grave o poco comunicativa, existe riesgo inmediato de que se autolesione o se suicide y no se la debe dejar sola «.
En estas situaciones es de crucial importancia derivar de inmediato con profesionales especialistas o al servicio de urgencias.

2.2 Trastorno depresivo moderado a grave «

Las mujeres y LGBTI+ que han atravesado una situación de VMG pueden tener sentimientos muy intensos y persistentes de temor, culpa, vergüenza, duelo por lo que han perdido y desesperanza. Estos sentimientos, por

muy abrumadores que sean, suelen ser pasajeros y constituyen reacciones esperables ante las VMG.

Cuando tales manifestaciones persisten, es posible que la persona presente un padecimiento mental, tal como un trastorno depresivo. Una persona también puede desarrollar un trastorno depresivo aun cuando no está enfrentando una experiencia traumática. En todas las comunidades hay personas que tienen trastornos depresivos preexistentes a haber atravesado una situación de VMG. Si la mujer y LGBTI+ ya tenía antecedentes de trastornos depresivos, estará mucho más propensa a padecerlos nuevamente.

Todo diagnóstico de padecimiento mental debe ser realizado por un equipo de salud mental a partir de la evaluación particular de la persona, en un momento determinado.

La decisión de tratar los trastornos depresivos moderados a graves debe tomarse únicamente si la mujer y LGBTI+ tiene síntomas persistentes durante al menos 2 semanas y si siente que no puede desempeñar sus actividades cotidianas.

Síntomas típicos de un trastorno depresivo

- Poca energía, cansancio, trastornos del sueño.
- Síntomas físicos sin causa aparente (p. ej.: dolores y molestias físicas).
- Tristeza o estado de ánimo depresivo persistentes; ansiedad.
- Pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar.

Evaluación del trastorno depresivo moderado a grave

Evaluar lo siguiente:

A. La persona ha tenido alguno de estos síntomas centrales de un trastorno depresivo durante al menos 2 semanas:

- persistencia del estado de ánimo depresivo (en el caso de NyA: irritabilidad o estado de ánimo depresivo);
- marcada disminución del interés o de la capacidad de disfrutar las actividades, incluidas las que antes disfrutaba.

B. La persona ha tenido en un grado alto varios de los siguientes síntomas adicionales de un trastorno depresivo, o ha tenido muchos de ellos en menor grado, durante al menos 2 semanas:

- trastornos del sueño o demasiado sueño;
- alteración significativa del apetito o del peso (pérdida o aumento);
- sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva;
- fatiga o pérdida de energía;
- disminución de la capacidad de mantener la atención o de concentrarse;
- indecisión;
- agitación evidente o intranquilidad física;
- lentitud llamativa al hablar o al moverse;
- desesperanza con respecto al futuro;
- pensamientos o actos suicidas.

C. La mujer y LGBTI+ tiene dificultades significativas para desenvolverse en la esfera personal, familiar, social o laboral, o en otros ámbitos importantes de su vida:

- Preguntar por los diferentes aspectos de su vida cotidiana, como el trabajo, el estudio y las actividades cotidianas o sociales.

Si están presentes A, B y C (los tres a la vez) durante al menos 2 semanas, es probable que la mujer y LGBTI+ padezca un trastorno depresivo moderado a grave.

¿Hay otras posibles explicaciones para los síntomas (que no sean el trastorno depresivo moderado a grave)?

A. Descartar cualquier trastorno físico que pueda asemejarse al trastorno depresivo.

- Descartar o brindar tratamiento a los cuadros de anemia, desnutrición o hipotiroidismo, los accidentes cerebrovasculares y los efectos secundarios de medicamentos (p. ej.: las fluctuaciones del estado de ánimo asociadas con los corticoesteroides).

B. Descartar que haya algún antecedente de episodios maníacos. Averiguar si ha habido algún momento en el pasado en el que la persona haya presentado al mismo tiempo varios de los síntomas siguientes:

- disminución de la necesidad de dormir;
- euforia (sensación exagerada de bienestar), humor expansivo o irritabilidad;
- pensamientos desorganizados, le cuesta concentrarse, se distrae fácilmente;
- incremento de la actividad física, sensación de aumento de la energía o gran rapidez al hablar;
- comportamientos impulsivos o precipitados como apostar o gastar excesivamente, o tomar decisiones importantes sin reflexionar;
- aumento injustificado de la autoestima.

Es probable que la persona haya tenido un episodio maníaco si varios de los 6 síntomas citados anteriormente estuvieron presentes durante más de una semana y le dificultaron significativamente las actividades cotidianas o representaron un riesgo para sí misma o para los demás. En ese caso, es probable que la depresión esté formando parte de otro trastorno denominado *trastorno bipolar* y que se requiera un abordaje distinto. En tal caso, se debe consultar al equipo de salud mental.

C. Descartar las reacciones típicas a la violencia. Lo más probable es que una reacción sea típica porque:

- mejora notablemente con el transcurso del tiempo sin intervención clínica;
- no hay historia previa de trastorno depresivo moderado a grave ni de episodios maníacos;
- los síntomas no afectan las actividades cotidianas de forma significativa.

Atención de las personas con trastornos depresivos moderados a graves

En los casos en los que el equipo de salud identifica que la mujer o LGBTI+ puede estar padeciendo un trastorno depresivo moderado a grave debe realizarse la derivación referenciada y asistida al equipo de salud mental. La atención psicológica, el tipo de terapia y el tratamiento farmacológico (en los casos que sea necesario) deben ser definidos por el equipo de salud mental según la singularidad de la persona y de la situación.

Mientras la persona es derivada o se encuentra en tratamiento de salud mental, el equipo de salud puede llevar adelante algunas acciones para contribuir a su proceso de recuperación. A continuación se presentan algunas recomendaciones:

A. Ofrecer información clara y oportuna

Mensajes clave para la mujer y LGBTI+ (y para la persona integrante de su red vincular de contención y apoyo, si corresponde):

- La depresión es un trastorno muy frecuente que puede afectar a cualquier persona.
- Padecer una depresión no significa que la persona sea débil o perezosa.
- Las actitudes o los comentarios críticos de otras personas, por ejemplo: “tenés que ser fuerte”, “tenés que sobreponerte”, pueden deberse a que la depresión no es algo visible (a diferencia de una fractura o de una lesión) y da la idea falsa de que las personas pueden controlarla fácilmente con la fuerza de la voluntad.
- Las personas deprimidas tienden a tener opiniones negativas sobre sí mismas, sobre su vida y sobre su futuro. Su situación actual puede ser de por sí muy difícil, pero la depresión puede causar pensamientos exacerbados de desesperanza y desvalorización. Es muy probable que estos pensamientos mejoren cuando la depresión haya sido tratada.
- Usualmente, el tratamiento tarda unas semanas antes de empezar a identificar signos de mejoría.
- Pedirle a la persona que trate de identificar cualquier pensamiento de autolesión o suicida que aparezca. Decirle que si advierte estos pensamientos, se los cuente a una persona de confianza, busque ayuda y se comunique inmediatamente con el equipo de salud.

B. Fortalecer el apoyo social

El equipo de salud puede contribuir con la mejora en el estado de ánimo de la persona, promoviendo que:

- Continúe realizando las actividades que antes disfrutaba.
- Mantenga la regularidad de las horas de sueño y de la hora de levantarse.
- Se mantenga activa físicamente.
- Se alimente de forma regular, a pesar de los cambios en el apetito.
- Pase tiempo con sus vínculos cercanos.
- Participe en actividades sociales y comunitarias.

C. Prescripción de psicofármacos «

La prescripción de medicación debe integrar un plan farmacológico que sea parte de un proyecto terapéutico singular, en el marco de abordajes interdisciplinarios y de salud mental.

👉 En la *Guía de Intervención mhGAP* (OMS, 2012) pueden consultarse más detalles sobre la evaluación y el abordaje de los trastornos depresivos moderados a graves, incluida la prescripción de antidepresivos. »

Se deben recetar psicofármacos únicamente si alguien del equipo de salud está debidamente capacitado para hacerlo.

D. Seguimiento

- **Mientras la persona aguarda la consulta con el equipo de salud mental, se debe ofrecer consultas periódicas de seguimiento.** Acordar con la persona una segunda consulta ha realizarse una semana más tarde. Las consultas posteriores se acordarán dependiendo de la evolución.

👉 La descripción de los síntomas del trastorno por estrés postraumático debe servir como indicador para que los equipos de salud puedan detectar señales de alarma que requieran de la intervención de los equipos de salud mental. «

2.3 Trastorno por estrés postraumático »

Inmediatamente después de una experiencia potencialmente traumática como puede ser una agresión sexual, la mayoría de las mujeres y LGBTI+ experimentan estrés psicológico. Para muchas personas, se trata de reacciones pasajeras que no requieren tratamiento clínico. Sin embargo, cuando un conjunto característico y específico de síntomas (rememoración, evitación y sensación de estar en constante peligro) persiste durante más de un mes después de la agresión, puede ser que se haya desarrollado un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

A pesar de su nombre, el TEPT no es necesariamente el único trastorno que puede producirse después de la situación de VMG ni el más importante. Dichas experiencias pueden desencadenar muchas otras afecciones de salud mental, como el trastorno depresivo o consumos problemáticos de alcohol u otras sustancias.

Síntomas característicos del trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Puede resultar difícil distinguir las mujeres y LGBTI+ con TEPT de quienes sufren otros problemas, dado que las etapas iniciales de este trastorno pueden presentarse con síntomas inespecíficos como:

- trastornos del sueño (p. ej.: dificultad para dormir);
- irritabilidad, ansiedad o estado de ánimo depresivo;
- síntomas físicos múltiples y persistentes sin causa física aparente (p. ej.: dolor de cabeza, palpitaciones).

Sin embargo, en la medida en que se pregunta más a fondo, es posible que las personas cuenten que tienen síntomas característicos de un TEPT.

Realizar la evaluación para detectar el TEPT

Si ha transcurrido más de un mes desde que se produjo la agresión, el equipo de salud debe evaluar si la mujer y LGBTI+ presenta un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Para ello, se debe evaluar la presencia de:

- **Rememoración:** recuerdos repetidos e indeseados sobre la situación de VMG en los que la persona revive los hechos como si estuvieran pasando en el presente (p. ej.: pesadillas, escenas del pasado o recuerdos involuntarios, acompañados de temor intenso o pánico).
- **Evitación:** eludir intencionalmente pensamientos, recuerdos, actividades que evoquen la situación de VMG (p. ej.: la persona evita hablar de temas que le recuerden los hechos o evita regresar a los lugares donde sucedieron).
- **Sensación aumentada de estar en constante peligro:** hipervigilancia, preocupación y alerta excesivas ante un posible peligro, o reacción exagerada ante movimientos súbitos o inesperados (p. ej.: la mujer y LGBTI+ se muestra asustadiza y se sobresalta con facilidad).
- **Dificultades para llevar adelante las actividades cotidianas.**

Si TODOS estos síntomas están presentes aproximadamente un mes después de la situación de VMG, es probable que la mujer esté sufriendo un TEPT.

Es importante evaluar, además, si la persona presenta otros problemas de salud física, trastorno depresivo moderado a grave, pensamientos suicidas o consumo problemático de alcohol u otras sustancias.


Atención de las personas con TEPT

En los casos en los que el equipo de salud identifica que la mujer y LGBTI+ puede estar padeciendo TEPT, debe realizarse la derivación referenciada y asistida al equipo de salud mental. Como ya se mencionó, la atención psicológica, el tipo de terapia y el tratamiento farmacológico (en los casos que sea necesario) deben ser definidos por el equipo de salud mental según la singularidad de la persona y de la situación.

Mientras la persona es derivada o se encuentra en tratamiento de salud mental, el equipo de salud puede llevar adelante algunas acciones para contribuir a su proceso de recuperación, como las siguientes:

A. Informar a la persona sobre el TEPT, explicando que:

- Muchas personas se recuperan del TEPT con el paso del tiempo sin tratamiento, pero el tratamiento acelera la recuperación.
- Las personas con TEPT sienten que siguen aún en constante peligro y pueden experimentar mucha tensión. Se sobresaltan o se asustan con facilidad, o están en constante alerta.
- Las personas con TEPT rememoran reiteradamente y sin quererlo la experiencia traumática, lo cual les provoca sentimientos de pánico y terror parecidos a los que tuvieron cuando se produjo el trauma en la realidad. También es habitual que sufran pesadillas.
- Las personas con TEPT tratan constantemente de eludir todo aquello que les recuerde la experiencia traumática. Esta evitación puede acarrearles problemas en la vida cotidiana.
- *(Si corresponde)* Las personas con TEPT pueden tener otros síntomas físicos y mentales, como dolores y molestias corporales, poca energía, cansancio, irritabilidad y estado de ánimo depresivo.

 **Capítulo 2.**
Abordaje en red
Pág. 75 «

B. Fortalecer el apoyo social »

El equipo de salud puede contribuir con la recuperación de la persona con TEPT, recomendando que:

- Siga con su rutina diaria, en la medida de lo posible.
- Hable de lo ocurrido y de cómo se siente con personas de confianza, pero solamente si está lista para hacerlo.
- Haga actividades que la relajen para disminuir la ansiedad y la tensión.
- Evite el consumo problemático de alcohol u otras sustancias.

C. Seguimiento

- **Mientras la persona aguarda la consulta con el equipo de salud mental, se debe ofrecer consultas periódicas de seguimiento.** Acordar con la persona la segunda consulta ha realizarse al cabo de 2 a 4 semanas. Las consultas posteriores se acordarán dependiendo de la evolución.

CAPÍTULO 5

ATENCIÓN INTEGRAL ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS, NIÑES Y ADOLESCENTES

ATENCIÓN INTEGRAL ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS, NIÑES Y ADOLESCENTES

En este capítulo se desarrollan orientaciones para que los equipos de salud brinden atención integral a niñas, niños, niñes y adolescentes (NyA) víctimas de violencia sexual. Se caracteriza y conceptualiza la violencia sexual contra NyA y se introducen las **pautas PROTEGER** para la atención integral desde una perspectiva de protección de derechos. Algunas conceptualizaciones de este capítulo se basan en el curso Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes (MSAL, 2021).

Como se desarrolla en la Introducción (pág. 25), la perspectiva de protección de derechos se vincula con las perspectivas de género, diversidad, interseccionalidad e interculturalidad para asegurar el trato digno de NyA y contemplar las vivencias singulares según género, edad, **orientación sexual**, condición migrante, etnia, aspectos socioeconómicos, entre otros.

👉 Glosario

Tal como lo estipula la Ley 26.061, **NyA son sujetos de derecho**. En este sentido, se torna fundamental conocer y comprender la perspectiva generacional para procurar condiciones de atención donde sea respetado en todo momento el principio de autonomía progresiva de NyA.

1. Violencia sexual contra NyA

La violencia sexual contra NyA conlleva un impacto grave para la salud física y la salud mental. Constituye una problemática de alta prevalencia que se encuentra invisibilizada y naturalizada socialmente, porque es un tipo de agresión que permanece velado en la mayoría de las ocasiones, ya que requiere un grado de secreto, que oculta la agresión y enmascara el sufrimiento de NyA.

En la inmensa proporción de situaciones en las que se verifica, la agresión sexual no deja huella física ni otra evidencia constatable. Solo un pequeño número de víctimas presentan señales en el cuerpo como infecciones de transmisión sexual (ITS), marcas físicas o de violación que constituyen la punta del iceberg.

En todas las ocasiones, sea cual sea el grado de agresión, conlleva maltrato emocional causante de estragos en el psiquismo de NyA.

Cualquier NyA puede ser víctima de una situación de violencia sexual sin importar su edad, educación, clase, género¹. Puede ser crónica y repetitiva, esporádica o por única vez. La mayoría de las veces hay ausencia de evidencia física. Esto induce a negar, minimizar o invisibilizar el hecho.

En los últimos años se ha interpelado la categoría “abuso sexual infantil”. En relación al calificativo “infantil” se señala que oculta y no nombra la responsabilidad de la persona adulta agresora. En cuanto al término “abuso sexual”, si bien persiste en las normativas que lo penalizan, numerosos debates han señalado lo controversial de hablar de “abuso” en tanto dicho término significa “el uso excesivo o inadecuado de una cosa en perjuicio propio o ajeno”. En este sentido, no se usa ni se abusa de NyA, sino que se ejerce violencia. En línea con esta argumentación, se elige la preposición “contra” y no “hacia”, para visibilizar el sentido de oposición, contrariedad y antagonismo.

¹ Las estadísticas (UNICEF, 2021) indican que hay un mayor porcentaje de niñas que sufren violencia sexual, como así también aumenta el porcentaje en la interseccionalidad con discapacidad.

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NyA

Se trata de prácticas sexuales que pueden ir desde tocamientos, exposición de los órganos sexuales, masturbación frente a NyA hasta violaciones, impuestas por una persona adulta independientemente de la forma que se ejerza la coerción/violencia física, amenazas, abuso de confianza, etc.

Existen tres factores para poder diferenciar las prácticas de violencia sexual de las que no lo son (Chejter e Isla, 2018; Plan ENIA, 2021):

- **Asimetría de poder:** puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física, o la mayor capacidad de manipulación psicológica entre quien ejerce la violencia y la persona que la sufre. NyA se encuentran en una situación de vulnerabilidad y dependencia respecto de sus cuidadores. La relación de poder asimétrica no les permite negarse o protegerse.
- **Asimetría de conocimiento:** quien ejerce la violencia en general cuenta con mayores conocimientos que la víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual.
- **Asimetría de gratificación:** quien ejerce violencia sexual actúa para su gratificación; aun cuando intente generar excitación en la persona que somete, siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los de NyA que se encuentran bajo sometimiento de violencia sexual.

PARA RECORDAR

- Según el Código Penal, antes de los 13 años no existe el consentimiento para las relaciones sexuales.
- La violencia sexual contra NyA siempre es un delito de acción pública.
- No se considera violencia sexual a las relaciones consensuadas entre pares, en tanto no se produzcan las asimetrías anteriormente descritas.

1.1 Modalidades de violencia sexual contra NyA

Para calificar la violencia sexual contra NyA se tomarán dos criterios (FEIM, 2016; Plan ENIA, 2021):

A. En función del vínculo: intrafamiliar / extrafamiliar

Intrafamiliar: es la modalidad más frecuente. La persona que comete el delito integra el grupo familiar. El parentesco con la persona agresora puede ser consanguíneo o no consanguíneo. Puede o no haber lesión física.

Extrafamiliar: la violencia sexual es ejercida por cualquier persona no incluida en el grupo familiar, tanto personas conocidas que frecuentan su entorno social como personas desconocidas.

Se contemplan en esta modalidad a personas adultas vecinas y/o amigas del grupo familiar, personas referentes de las instituciones de la comunidad (clubes, lugares de culto, escuelas, centros de día, etc.). La agresión sexual ejercida por una persona completamente desconocida resulta la situación menos frecuente, suele ser sorpresiva, ocasional y con impacto físico.

B. En función del tipo de contacto sexual: violencia sexual sin contacto físico / violencia sexual con contacto físico

Sin contacto físico: es una de las formas más frecuentes de violencia sexual. Algunos ejemplos son: los juegos sexuales sin contacto físico, espiar la intimidad de NyA mientras se cambia o se baña, exhibicionismo.

El ***grooming*** » es una nueva modalidad de violencia sexual contra NyA. Consiste en la acción deliberada de una persona adulta de acosar sexualmente a NyA a través de un medio digital (redes sociales, correo electrónico, mensajes de texto, sitios de chat o juegos en línea). La agresión se inicia cuando la persona agresora crea una identidad falsa en la virtualidad a través de la cual genera un vínculo de confianza con NyA, desde la cual ejerce acciones extorsivas y amenazantes, para conseguir material de índole sexual. Si la situación no es detectada a tiempo, la persona agresora puede manipular a NyA a tener un contacto por fuera de la virtualidad y ejercer violencia física.

🔗 Grooming: qué es y cómo prevenirlo.
<https://www.argentina.gob.ar/grooming> «

Con contacto físico: puede ser por debajo o por encima de la ropa. Por ejemplo: besos, tocamientos, violación; intentos de penetración vaginal, anal, oral; penetración digital. En esta modalidad se ubican dos formas de explotación sexual de NyA:

- Explotación sexual comercial: es una forma de violencia sexual sistemática a la que se suma la explotación económica por la existencia de intermediarios (desde un explotador/proxeneta individual a organizaciones proxenetas de distintas características) que lucran con su explotación.
- Utilización de NyA con fines pornográficos.

1.2 Características de la violencia sexual contra NyA

El secreto: es una de las características más notables y a la vez indispensables para ejercer violencia sexual contra NyA. Es a partir de un vínculo de supuesta complicidad que propone y establece el agresor, donde el silencio es la regla que prima para asegurar que no develen “un acuerdo”, ni traicionen ese supuesto vínculo de confianza. Posteriormente, cuando NyA sospechan y advierten la manipulación, el secreto se sostiene con amenazas, culpa y miedo.

Para una adecuada intervención se debe contemplar la presencia del secreto desde el momento en que se sospecha el hecho, y considerar la manipulación del agresor, quien carga a NyA con la responsabilidad de lo sucedido, perpetuando el estado de indefensión.

El silencio: en la mayoría de los casos, NyA sostienen el silencio durante largos períodos porque buscan proteger su propia integridad, a su familia y al agresor. Cuanto más cercano es el agresor a su círculo de confianza, mayor es la vulnerabilidad.

La confusión: suelen darse varios sentimientos en simultáneo que pueden resultar ambivalentes. Los sentimientos presentes en situaciones de violencia sexual son de culpa (quien ejerce violencia se encarga de hacer sentir a NyA como responsables de los hechos), vergüenza (porque involucra cuestiones de la sexualidad que comúnmente son tabú o poco habladas con las niñas y las adolescencias), miedo o terror (NyA reciben amenazas que involucran su vida o la de sus personas queridas, entre otras), asco (suelen sentir rechazo o repugnancia hacia sí) y afecto (suele ser una persona referente que debe darle cuidado, protección y cariño, con quien también puede vivenciar momentos de alegría). Es necesario que quien interviene tenga en cuenta esta ambivalencia.

No hay testigos: uno de los motivos por los cuales se perpetúa la impunidad del victimario es que procura que las agresiones ocurran, en la gran mayoría de los casos, en momentos y lugares en los cuales no hay testigos.

Retractación: NyA se desdicen tras haber develado la violencia sexual sufrida, en una búsqueda desesperada por restablecer el equilibrio

anterior. Se considera como estrategia de supervivencia frente a la **revictimización** por parte del entorno (el equipo de salud, la familia, la comunidad, etc.), dado que en ocasiones cuando se animan a narrar lo acontecido, su relato no es creído o no es tomado en cuenta. También sucede cuando sí se les cree, pero el impacto producido en el seno familiar genera un quiebre emocional tan profundo que NyA no pueden tolerarlo. Una forma particular de las violencias crónicas es la revelación tardía que conduce al descrédito y a la negación por parte del entorno. Es un momento de gran fragilidad psíquica que puede conducir a conductas de alto riesgo.

 [Glosario](#)

La retractación profundiza padecimientos, perpetúa la situación de violencia y puede llegar a detener u obstruir la atención de salud y el avance del proceso judicial. Paradójicamente, una retractación, lejos de atenuar las sospechas, se podría considerar como otro indicador de violencia sexual contra NyA.

1.3 Creencias, prejuicios y realidades sobre la violencia sexual contra NyA

Resulta fundamental que las personas que conforman los equipos de salud reflexionen acerca de las creencias, los prejuicios y las prácticas estereotipadas que operan en la sociedad como verdades incuestionables, atraviesan toda relación interpersonal e impactan negativamente en la atención a NyA víctimas de violencia sexual.

La reproducción de estas creencias y estos prejuicios atenta contra la visibilización, la desnaturalización, la denuncia y la condena de la violencia sexual contra NyA, así como contra la posibilidad de proteger, restituir y garantizar sus derechos.

TABLA 12²
**Creencias, prejuicios y realidades
sobre la violencia sexual contra NyA**

Creencias y prejuicios	Realidades
<p>Las violencias sexuales contra NyA no son frecuentes.</p>	<p>Solo una minoría de situaciones de violencia sexual contra NyA se conoce y se denuncia, porque la gran mayoría suele callar por temor a represalias, culpa o vergüenza. Muy pocos delitos de violencia sexual llegan al sistema judicial, aunque se trate de un problema frecuente. Según datos de la OMS, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 varones adultos declararon haber vivenciado violencias sexuales durante la niñez o adolescencia.</p>
<p>Estas situaciones ocurren contra NyA de familias con menores recursos.</p>	<p>Ocurren sin distinciones en todos los estratos socioculturales, sin importar el nivel económico, educativo, las prácticas laborales ni las condiciones habitacionales.</p>
<p>NyA mienten, inventan, fantasean, fabulan. Es fácil inducir y programar sus discursos; por lo tanto, sus dichos no son creíbles.</p>	<p>Estas afirmaciones indican prejuicios arraigados en nuestra sociedad que son empleados para descalificar e invalidar los dichos de NyA.</p> <p>NyA de edades tempranas no poseen las habilidades madurativas, cognitivas ni evolutivas que se requieren para inventar, fantasear, fabular, fabricar y sostener mentiras complejas de un modo creíble. Menos todavía podrían hacerlo ante profesionales de la salud con entrenamiento para realizar ese tipo de evaluación.</p> <p>Un indicador clave es que los relatos de NyA que han sufrido situaciones de violencia sexual incluyen un conocimiento de la genitalidad adulta desfasado e inadecuado para la edad.</p> <p>No se debe cuestionar o poner en duda el relato por el solo hecho de tratarse de NyA.</p> <p>Aun en el infrecuente caso en que NyA pueda fabular (por “decisión” propia o por influencia de otras personas) constituye igual un indicador de vulneración de derechos.</p>

² Esta tabla es una adaptación de la incluida en “Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos” (UNICEF, 2016).

<p>NyA con discapacidad no suelen atravesar situaciones de violencia sexual.</p>	<p>Las personas con discapacidad se encuentran más expuestas a atravesar situaciones de violencia sexual y tendrían menos posibilidades de conseguir ayuda y protección.</p>	
<p>Las violaciones contra NyA justificadas en prácticas sostenidas por determinadas culturas deben analizarse a la luz de las tradiciones de la comunidad (reglas consuetudinarias).</p>	<p>Toda vulneración de derechos de NyA remite a una práctica nociva para su salud y su integridad. El marco jurídico argentino no ampara situaciones de violencia sexual basadas en la tradición, la cultura o la religión (reglas consuetudinarias).</p>	
<p>NyA que integran familias LGBTI+ tienen mayor probabilidad de sufrir una situación de violencia sexual intrafamiliar.</p>	<p>La capacidad para ejercer el rol de madre o padre no está dada por la orientación sexual e identidad de género de una persona, sino por su capacidad para brindar amor, cuidado y protección a NyA a cargo.</p>	<p>Glosario</p>
<p>Los agresores son personas aisladas socialmente que tienen un perfil de personalidad específico y algún tipo de padecimiento mental.</p>	<p>No hay un perfil específico revelador. Los agresores son personas que se encuentran en nuestro entorno: padres, abuelos, tíos, vecinos, docentes, amigos. Circulan en la sociedad y pasan desapercibidos porque su conducta social (lo que se ve) no muestra su conducta sexual (aquello que no se ve).</p>	
<p>Los agresores sexuales siempre usan la fuerza física para someter a NyA.</p>	<p>No siempre utilizan la fuerza física. Por el contrario, suelen emplear tácticas de persuasión y manipulación, juegos, engaños, amenazas y distintas formas de coerción para someter a NyA y mantener su silencio.</p>	
<p>Las denuncias suelen ser inventadas por las madres.</p>	<p>No creer en la voz de NyA desencadena una serie de acciones revictimizantes y contribuye a la impunidad del agresor.</p> <p>En nuestro país se emplea el falso Síndrome de Alienación Parental (SAP) como estrategia para conseguir ante la justicia una defensa exitosa en casos de violencia sexual intrafamiliar y en disputas por la custodia y el régimen de visitas. Consiste en instalar la idea de que las madres influyen en el discurso de sus hijas, hijos e hijes a fin de perjudicar al padre. Este falso síndrome ha sido refutado por la comunidad científica nacional e internacional. Se debe desestimar situaciones fundamentadas en este falso síndrome, en tanto implica revictimizar a NyA que han visto vulnerados sus derechos.</p>	<p>Glosario</p>

Las denuncias de violencia sexual suelen ser falsas. Ante la falta de evidencias (que es lo que suele ocurrir) la postura **adultocéntrica** tiende a descreer del relato y/o expresiones de NyA, y a tildarlos de falsos.

NyA no necesitan información sobre violencia sexual porque se aterrorizarían si la conocen. En lugar de generar temor, la información específica contribuye a que, desde los primeros años, NyA conozcan sus derechos y desarrollen habilidades para protegerse de agresores. En la Argentina, existe desde el año 2006 la Ley 26.150 de **Educación Sexual Integral** «.

2. Situaciones particulares en NyA

2.1 Adolescentes con conductas sexuales abusivas

Esto ocurre cuando adolescentes tienen conductas sexuales abusivas contra pares o niñas, niños o niñas de menor edad, habitualmente de su entorno familiar o social, obligando a que se sometan para que realicen algo que no desean o que no eligen. Se habla de conductas sexuales abusivas para poner en foco que se abusa de la otra persona “como si fuera un objeto” y no considerando su subjetividad, dado esto por la cercanía en la edad.

Algunas de las características de estas conductas son:

- Suceden de manera aislada o repetida.
- Puede verificarse que quienes presenten conductas sexuales abusivas estén atravesando situaciones de violencia sexual o las hayan sufrido en edades más tempranas.
- Suelen estar asociadas a la agresión o motivadas por el deseo de dañar (por enojo, rabia, envidia, venganza, etc.).
- Se pueden producir, a veces, también entre jóvenes de edad similar o incluso por parte de alguien menor contra alguien mayor, que esté en una posición de dominación, a causa por ejemplo de una discapacidad u otra condición de vulnerabilidad de la persona que es objeto de la conducta abusiva.
- Despierta angustia en quien no pudo evitar el sometimiento. Suele ser relatado a una persona adulta cercana de confianza. Para NyA que ha-

yan vivenciado violencia sexual y para su entorno familiar, los efectos traumáticos son homologables a los que produce la violencia sexual ejercida por una persona adulta.

Considerar la adolescencia una etapa de construcción, de búsqueda de identidad, en la que el lenguaje de la acción es lo habitual, no exime de responsabilidad a quien ha abusado, y es necesario realizar la comunicación a los Organismos de Protección de Derechos. En caso de ser personas mayores de 16 años, serán pasibles de denuncia penal (Régimen Penal Juvenil), además de dar participación al sistema proteccional.

No obstante, el abordaje a adolescentes con conductas sexuales abusivas debe realizarse considerando las características propias del rango etario y no debe homologarse a la intencionalidad de la conducta de la persona adulta, ni en la evaluación del hecho, ni en los procedimientos posteriores. Es posible que, en estos adolescentes, esté en juego el evitar que en un futuro se establezca una identidad que pudiera ser la de una persona adulta que ejerza violencia sexual.

Las consultas clínicas, pediátricas o psicológicas de adolescentes con conductas abusivas resultan una oportunidad para intervenir en articulación con el ámbito de protección de derechos. Esto significa brindar una atención oportuna, con una escucha activa, libre de prejuicios, que pueda alojar a estas personas para su tratamiento.

2.2 Embarazo forzado en la niñez y la adolescencia

A las consecuencias de la violencia sexual se agrega el riesgo de embarazo, prolongando así la agresión que le dio origen. Si el episodio no pudo ser relatado o fue silenciado por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma.

Los indicadores inespecíficos de embarazo producto de violencia sexual (MSAL, 2021f; Plan ENIA, 2021 y 2022) son:

- Edad de la niña o adolescente embarazada por debajo de los 15 años.
- Consulta tardía.
- Rechazo del embarazo.
- Ataques de angustia.
- Ocultamiento, ambigüedad y contradicciones acerca de la identidad de la persona cogestante, tanto por parte de la niña o adolescente como por parte de quienes acompañan.
- Rechazo del bebé o graves dificultades para establecer el vínculo.
- Insistente pedido de darlo en adopción.

📖 **Guía Práctica 12.**
Atención clínica en
NyA ante violación u
otro tipo de contacto
genital. Pág. 256 »

El embarazo infantil forzado se produce cuando una niña menor de 13 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la **interrupción del embarazo (CLADEM, 2016)** «. La persona gestante tiene derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)³, si así lo decide, hasta la semana 14. Asimismo, por ser el embarazo producto de una violación, tiene la posibilidad de acceder a la interrupción legal (ILE) (MSAL, 2021b).

3. PROTEGER: pautas para la atención integral desde una perspectiva de derechos

Los equipos de salud tienen un rol fundamental en la prevención, detección temprana, evaluación de riesgo, intervención y articulación de acciones intra e interinstitucionales en pos de proteger a NyA, garantizar el real acceso a sus derechos y reparar el daño ocasionado por las situaciones de violencia.

A continuación se brindan pautas de intervención para equipos de salud destinadas a orientar las primeras acciones frente a las situaciones de violencia sexual contra NyA. Como ayuda para recordar las 8 intervenciones sugeridas, se propone la palabra **PROTEGER**, donde cada letra remite a una práctica respetuosa y cuidada en la atención a NyA víctimas de violencia sexual.

Así como en el capítulo 2 se plantea **ANIMA** como apoyo de primera línea para brindar atención integral a las demandas y necesidades de mujeres y LGBTI+ que atraviesan situaciones de VMG, **PROTEGER** ofrece pautas y tareas transversales a todo el proceso de atención, que se recomienda tener presentes a lo largo de las intervenciones.

³ Ley Nacional 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020).
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

TABLA 13

Resumen de las pautas y tareas de PROTEGER

PRESTAR ATENCIÓN A INDICADORES DE VIOLENCIA SEXUAL »	Los indicadores son aquellas manifestaciones que orientarán la construcción de la sospecha de violencia sexual. Se pueden encontrar gran variedad de indicadores que permiten establecer con mayor o menor certeza la ocurrencia de dicha situación. Según las edades de NyA, se podrán observar cambios conductuales no esperables para el momento evolutivo, manifestaciones emocionales, clínicas inespecíficas o con relativa especificidad.	🔗 Pág. 145 «
REALIZAR LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE NYA »	Ante la sospecha de violencia sexual contra NyA, se deberá valorar el riesgo al que está expuesta la víctima de sufrir una nueva situación de violencia sexual.	🔗 Pág. 148 «
OFRECER ESCUCHA ACTIVA Y CONTINENTE DURANTE LA ENTREVISTA Y EL EXAMEN FÍSICO »	La escucha activa implica prestar atención a la comunicación verbal y no verbal, y a la situación emocional que está atravesando cada NyA. Es imprescindible creerle para poder garantizar la protección y asegurar el cese del daño. Este principio es transversal a todo el proceso de atención, incluyendo la entrevista y el examen clínico.	🔗 Pág. 151 «
TRABAJAR DE MANERA INTERDISCIPLINARIA E INTEGRAL »	Realizar un abordaje interdisciplinario que garantice una respuesta integral en la atención y evite la revictimización institucional.	🔗 Pág. 156 «
ESTABLECER LA ARTICULACIÓN CON ORGANISMOS DE PROTECCIÓN DE DERECHOS »	La Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece que los equipos de salud tienen la obligación de comunicar a los organismos administrativos de protección de derechos locales y jurisdiccionales las situaciones que impliquen vulneración de derechos, a fin de generar estrategias de protección y restitución de los mismos.	🔗 Pág. 157 «

👉 Pág. 159 »

**GARANTIZAR
EL INTERÉS
SUPERIOR DE NYA «**

El **interés superior** de NyA implica la máxima satisfacción, integral y simultánea, de los derechos y garantías que reconoce la Ley de Protección Integral. Este concepto es entendido como derecho en sí mismo y como pauta interpretativa de los demás derechos. Este principio atraviesa la intervención.

👉 Pág. 160 »

**EVALUAR ESTRATEGIAS
DE RESGUARDO
DE NYA «**

Luego de valorar el riesgo, se elaborarán las primeras estrategias para la protección efectiva. Estas estarán en relación al tipo de riesgo, la persona adulta protectora, las posibilidades con las que cuenta el efector de salud y los circuitos de protección preestablecidos localmente. Siguiendo el principio de corresponsabilidad, el equipo de salud es partícipe de la construcción de las estrategias de protección y restitución de derechos de NyA.

👉 Pág. 162 »

**REALIZAR
LA DENUNCIA PENAL «**

La Ley 27.455 establece que la violencia sexual contra NyA es un delito de instancia pública, por lo tanto la denuncia penal es obligatoria y no se requiere la ratificación de figuras parentales o personas adultas referentes.

PRESTAR ATENCIÓN A INDICADORES DE VIOLENCIA SEXUAL

Existen distintas modalidades de presentación clínica que deberían alertar al equipo de salud sobre la posibilidad de estar frente a situaciones de violencia sexual contra NyA:

- Indicadores emocionales, conductuales y clínicos inespecíficos.
- Indicadores médicos con cierta especificidad orientativa: lesiones físicas sospechosas y/o concluyentes de agresión sexual.
- Consulta explícita.

La identificación de indicadores, junto con las características de la violencia sexual ejercida, las eventuales lesiones y la reacción frente a la detección y/o intervención, contribuyen a determinar los daños que pueden estar sufriendo o pueden llegar a sufrir NyA.

Indicadores emocionales, conductuales y clínicos inespecíficos

Dependiendo de la edad, las manifestaciones se relacionan con el momento evolutivo en que cada NyA se encuentre. Los indicadores emocionales y conductuales suelen ser inespecíficos, por lo que orientan a pensar en la posibilidad de violencia sexual, pero no son concluyentes. Son una alerta que debe dar lugar a atención e intervención imperativa (Plan ENIA, 2021).

TABLA 14
Indicadores emocionales y conductuales

Lactantes	Irritabilidad, retracción, apatía, trastornos alimentarios, llanto injustificado, conductas evitativas.
Primera infancia	Conductas sexualizadas no acordes a la edad; masturbación compulsiva; evitación férrea del contacto con su cuerpo (por ejemplo, al bañarse, al vestirse, en la revisión clínica); trastornos del sueño como pesadillas, terrores nocturnos, insomnio; terrores diurnos; estados de hiperalerta; trastornos alimentarios por exceso o por defecto; accesos de llanto inmotivado; enuresis o encopresis secundarias; impulsividad y accidentofilia; retraso o detenimiento de pautas madurativas; manifestaciones de genitalidad adulta en el juego simbólico y/o en el uso de juguetes.

Escolares	Trastornos del aprendizaje; inhibición, aislamiento de pares; conductas hipersexualizadas; fobias; cefalea y/o dolor abdominal recurrente, sin causa orgánica; trastornos del sueño; enuresis o encopresis secundarias; conductas y/o lenguaje propios de la edad adulta; trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
Adolescentes	Mal desempeño escolar, deserciones; conductas impulsivas, violentas, antisociales; inhibición; huidas del hogar; TCA; dolores recurrentes sin causa orgánica detectable (dolor abdominal, cefalea, dolor muscular, articular, precordalgias, cervicalgias); abuso de sustancias; autoagresión; múltiples parejas sexuales sin protección; intento de suicidio.

Como se ha mencionado, la mayor parte de NyA no tiene huellas de violencia en su cuerpo, pero puede presentar síntomas clínicos que frecuentemente son interpretados en forma lineal y tratados como tal, sin advertir que pueden ser indicadores de violencia sexual. Esta perspectiva de tratar el síntoma sin una interpretación más integral, sin hacerse preguntas ante la repetición y/o intensidad de los episodios, o el conjunto de pautas emocionales, retarda la detección de la situación de violencia sexual.

Indicadores médicos con cierta especificidad orientativa

Existe una clasificación de los hallazgos físicos (Adams y Muram, 1988) que da cuenta de las lesiones que pudieran evidenciarse o no en el examen físico, sugestivas de violencia sexual.

- **Clase 1. Sin datos de violencia sexual:** examen genital normal. Forma más frecuente de presentación. La ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de violencia sexual.
- **Clase 2. Hallazgos inespecíficos de violencia sexual:** signos físicos que podrían estar causados por violencia sexual o por otra causa, como vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, presencia de condilomas en niñas menores de 2 años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.
- **Clase 3. Hallazgos específicos de violencia sexual (violencia sexual probable):** presencia de uno o más signos sugestivos de agresión

sexual, como desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en mayores de 2 años. En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

- **Clase 4. Hallazgos de certeza de violencia sexual (evidencia definitiva):** presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de NyA; embarazo; evidencia del uso de la fuerza física o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o “hendidura completa”; cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para VIH (descartada la transmisión vertical).

La consulta de NyA de 14 años o menos, embarazada, es siempre sugestiva de violencia sexual.

Otros indicadores clínicos específicos son las ITS, especialmente en niñas prepuberales y en adolescentes que no han iniciado relaciones sexuales. Estas tienen distinto índice de sospecha según el germen involucrado y la forma de presentación, pero todas ellas deben alertar al equipo de salud respecto de la posibilidad de violencia sexual. Las infecciones más sospechosas son la gonococia, sífilis y VIH, excluyendo la transmisión vertical. Otras como la clamidia o trichomona, condiloma acuminado y herpes genital también son sugestivas de violencia sexual. Las vaginosis bacterianas son menos concluyentes.

Consulta explícita

Madres, familiares, referentes de confianza de NyA advierten situaciones sospechosas, cambios de conducta sugerentes o recibieron en confianza un relato, y realizan la consulta. Estas situaciones también pueden surgir en ámbitos sociales: escuela, club, espacios de culto, etc. Otra posibilidad es que sean NyA quienes lo refieran en el contexto de la atención. En adolescentes, esta suele ser la forma más frecuente de presentación, no así en las niñas.

La [Guía Práctica 13](#) (pág. 272) incluye ejemplos de abordajes adecuados e inadecuados ante indicadores de violencia sexual contra NyA.

REALIZAR LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE NYA

Cuando algún miembro del equipo de salud se encuentra ante la sospecha de violencia sexual contra NyA, las primeras medidas tenderán a la protección de la víctima ante la situación de riesgo, procurando ponerla al resguardo de la persona que ejerció el daño. Será fundamental evaluar el riesgo para decidir las primeras acciones y establecer las estrategias de resguardo. Esta valoración del riesgo es dinámica, puede variar y llevar a repensar las estrategias de abordaje. Se considerarán los diferentes contextos y recursos disponibles, siendo fundamental que el equipo de salud cuente con los mecanismos de comunicación y articulación establecidos con los organismos de protección locales. También deberá contar con los datos y recursos pertinentes para poder llevar adelante la denuncia penal conforme a la estrategia que se realice en función de la valoración del riesgo. La denuncia penal es obligatoria independientemente del tipo de riesgo.

Valorar el riesgo implica evaluar la posibilidad efectiva de garantizar protección.

Para valorar el riesgo es fundamental consignar las siguientes variables, de forma tal que consideradas integralmente brinden información sobre la situación particular de NyA en relación a su vulnerabilidad y la posibilidad de protección efectiva de parte de la persona adulta que acompaña o de la red de confianza.

Se deberá contemplar:

- Edad de NyA.
- Actitud de NyA en la consulta (pudor inexplicable, miedo irracional, indiferencia en el momento del examen físico, cambio del estado anímico, hipervigilancia, conducta inapropiada).
- NyA con discapacidad.
- Capacidad de protección de quien acompaña (personas adultas con padecimiento mental o trastornos cognitivos; consumo problemático de sustancias; otras).
- Características del relato, especialmente de la persona adulta que acompaña (temeroso, confuso, contradictorio, con ocultamientos).
- Características del agresor (conviviente/no conviviente; único/varios).
- Tipo de consulta (explícita o implícita).

- Momento en que se decide hacer la consulta (inmediata; con demora).
- Características de la red social (continente; sin red). Existencia de personas adultas protectoras.
- Adhesión a las primeras medidas acordadas con el equipo de salud.
- Distancia al efector de salud.

El riesgo se categoriza en bajo, medio o alto en función de las variables mencionadas:

Riesgo bajo

- Sospecha de violencia sexual en la que existe una persona adulta protectora y un reconocimiento familiar del daño y el riesgo, con disposición y posibilidad efectiva de intervenir en la situación.
- Circunstancias en las que quien agrede es ajeno al grupo familiar y puede asegurarse que NyA no tendrá más contacto.
- Relato de la persona adulta que no presenta motivos de sospecha.

En estos casos se plantea una estrategia ambulatoria, con consultas de seguimiento periódicas por el equipo de salud para continuar con un abordaje interdisciplinario. Es fundamental tomar datos personales, familiares, y de la red ampliada a la que puede recurrirse eventualmente (escuela, club, etc.). El riesgo será reevaluado a lo largo del seguimiento para garantizar la efectividad de la estrategia de protección adoptada. Aun cuando la situación sea de bajo riesgo, el equipo de salud debe realizar la comunicación a los organismos de protección de derechos y armar la estrategia para la presentación de la denuncia penal.

Se debe proporcionar un espacio terapéutico de evaluación del impacto emocional, para dirimir si se requiere un tratamiento en salud mental. Esta propuesta no está dirigida a indagar la situación con fines periciales, sino que apunta a generar un espacio donde tramitar la agresión sufrida y proteger a NyA.

Riesgo medio

- La persona de confianza muestra relativa aceptación del riesgo. Tiene predisposición para la protección, pero no es suficiente por alguna situación particular.
- El agresor no es conviviente, pero hay posibilidades de que contacte a NyA nuevamente.
- El relato de la persona protectora presenta elementos que generan insuficiente confiabilidad.

En estos casos se deberá realizar un trabajo en red con los recursos sociosanitarios y los organismos de protección así como con la familia

ampliada y/o referente afectivo con el fin de evaluar si se cuenta con una persona allegada con quien elaborar una estrategia de protección efectiva. Se acordarán citas periódicas más frecuentes que en el bajo riesgo para completar los abordajes por el equipo de salud, con el fin de verificar si NyA continúan sin contacto con el agresor, y si se han cumplimentado las indicaciones dadas.

Al igual que la valoración de riesgo baja, se deberá efectivizar la denuncia penal en el momento y bajo la forma que sea acordada.

Riesgo alto

- Negación o complicidad de las personas adultas protectoras.
- El agresor es conviviente y continúa en el hogar o entorno cercano.
- La persona a cargo de los cuidados no se encuentra en condiciones de proteger a NyA por encontrarse angustiada, paralizada o incluso estar ella misma atravesando una situación de VMG.

En estas circunstancias se deberá poner a NyA al resguardo, articulando con el organismo de protección de derechos y realizando la denuncia penal. Para la elaboración de la estrategia de resguardo, NyA deben ser consultados y tomada en cuenta su opinión, considerando su autonomía progresiva en relación a la edad, capacidades cognitivas y estado emocional en que se encuentren.

La [Guía Práctica 14](#) (pág. 274) sintetiza los parámetros para la valoración del riesgo.

OFRECER ESCUCHA ACTIVA Y CONTINENTE DURANTE LA ENTREVISTA Y EL EXAMEN FÍSICO

La escucha activa es la contraparte al principio de participación enunciado en la Convención sobre los Derechos del Niño y atraviesa el proceso de atención, incluyendo la entrevista y la atención clínica y de salud mental. La escucha activa se diferencia de una simple escucha en tanto busca acordar con NyA los términos de la atención y tiene como propósito alojar su problema de forma activa, respetuosa y libre de prejuicios.

Entrevista

La entrevista a NyA puede darse en diferentes momentos de la atención del equipo de salud. Se deberán tener en cuenta las siguientes pautas:

- Es necesario acordar con NyA los términos de la entrevista y contribuir a encontrar una solución que resulte protectora. Dependiendo de la edad y el estado emocional, se le explicarán las acciones sucesivas que se desarrollarán a partir de la revelación. Es importante recalcar que, con frecuencia, NyA presentan una desconexión con el entorno, o abatimiento y apatía, como modo defensivo ante la violencia. Forzar su implicación al solicitarles que consientan los términos de la intervención puede vulnerar sus posibilidades emocionales de dar respuesta y hasta puede ser **revictimizante**.
- En la primera infancia se considerarán otros medios de expresión, haya o no lenguaje verbal, como el juego, el dibujo, los gestos, que permitan transmitir lo sucedido.
- La persona que conduzca la entrevista debe ser quien se encuentre más entrenada para alojar el sufrimiento y dirimir el grado de impacto inicial, planificar las primeras estrategias y procurar el resguardo más efectivo.
- En todo momento tiene que quedar claro que se escucha sin juzgar, que se debe traducir tanto en las palabras que se usa como en la gestualidad, y transmitir al NyA que no es responsable de lo que le sucedió.
- Se recomienda realizar la entrevista en un espacio cómodo y acogedor, utilizando un lenguaje comprensible para la edad. Si NyA se opone o se angustia, no habrá que forzar la respuesta y se propondrá otra oportunidad para llevar adelante la entrevista, respetando así los tiempos subjetivos de cada NyA.
- Se procurará que sea un relato por única vez para no **revictimizar**. Es necesario tener previamente establecidas las articulaciones protectoras y judiciales para gestionar el modo en que la revelación sea escuchada y aceptada de manera tal que en el marco de un proceso judicial NyA no tengan que repetirlo.

 [Glosario](#)

 [Glosario](#)

- Se dará lugar a la fluidez espontánea, con el uso de los términos utilizados por NyA, evitando imponer palabras de personas adultas. Es importante no intimidar con preguntas, ni inducir las respuestas.
- En los casos de NyA con discapacidad, al igual que en todo abordaje de NyA, se deberá garantizar los apoyos necesarios y los ajustes razonables para que la realización de la entrevista sea posible.
- Según la edad, se propone llevar a cabo la entrevista únicamente con NyA, sin personas allegadas que acompañen. Se procurará incluir alguien más del equipo de salud que observe en silencio y no intervenga para ampliar la capacidad de registro.
- Si bien es deseable conocer quién ha sido el agresor y tener una referencia temporal y de lugar donde ocurrió el hecho para trazar las estrategias de protección, la entrevista no persigue el fin pericial y no es un interrogatorio. Si no surge espontáneamente en el relato, no se debe insistir en ese aspecto.
- Las entrevistas que el equipo de salud considere necesario realizar a familiares, acompañantes o personas allegadas tendrán los mismos objetivos de valoración del riesgo y de atención integral de NyA, dejando los fines periciales a las instancias judiciales del proceso de restitución de derechos.
- Es fundamental realizar un registro exhaustivo en la HC, citando textualmente las palabras de NyA, así como las de la persona adulta acompañante, precedidas por el comentario: “según relata...”. Se escribirá lo textual entre comillas y las afirmaciones de quien escribe en condicional. Por otro lado, se deberá incluir toda la información que surja a lo largo de la intervención del equipo de salud durante la construcción de la sospecha.

La palabra de NyA es la evidencia más relevante de la violencia sexual y, a veces, la única. Resulta fundamental escucharla y creerla. Eso inicia el camino de la protección, el tratamiento y la reparación.

La [Guía Práctica 15](#) (pág. 275) incluye ejemplos de abordajes adecuados e inadecuados al momento de la entrevista con NyA.

Examen físico y abordaje médico dentro de las primeras 72 horas de la agresión sexual

La violación es el menos frecuente de los tipos de violencia sexual contra NyA, pero aumenta su incidencia a mayor edad, sobre todo en niñas

y adolescentes mujeres (11 a 16 años) (UNICEF, 2021, serie 9). Dada la gravedad de esta modalidad de violencia sexual, es fundamental que el equipo de salud tenga herramientas para:

- Responder de una manera adecuada, respetuosa y continente.
- Conocer cómo proceder frente al examen físico.
- Brindar tratamiento para las lesiones corporales/genitales.
- Saber qué pruebas de laboratorio solicitar.
- Administrar la profilaxis para infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Proporcionar anticoncepción de emergencia.
- Identificar embarazo forzado y brindar información sobre el derecho a la interrupción del embarazo.
- Conocer la existencia de protocolos jurisdiccionales.
- Articular con los equipos médicos forenses y otros recursos disponibles.

Ante situaciones de violación o en aquellas circunstancias de violencia sexual contra NyA en las que no pueda descartarse el contacto genital y hayan ocurrido dentro de las 72 horas respecto del momento de la atención en el efector de salud, se deberá realizar el examen físico lo antes posible.

Como toda práctica de salud, el examen físico deberá realizarse en el marco del consentimiento informado y ser explicado en función de la autonomía progresiva de NyA y de la situación en particular.

El examen físico único consiste en la valoración pericial y asistencial conjunta entre el equipo de salud y el cuerpo médico forense, que permite usar los recursos disponibles de forma rápida y eficiente, para reducir el tiempo de exposición para NyA y asegurar la obtención de la muestra de forma inmediata. Muchas jurisdicciones provinciales cuentan con protocolos unificados para ello. Debe dejarse registrado todo lo recabado en la HC y en los protocolos de abordaje correspondientes.

¿Qué hacer si la detección de la agresión sexual en NyA ocurre dentro de los 5 primeros días?

La Profilaxis Post Exposición (PEP) contra el VIH debe instaurarse **lo antes posible**, siempre **dentro de las primeras 72 horas (3 días)** tras la agresión sexual.

La anticoncepción de emergencia debe iniciarse también **lo antes posible** en NyA con capacidad de gestar y puede tomarse **dentro de las primeras 120 horas (5 días)** siguientes a la situación de violencia sexual. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, su eficacia es del 95% y luego disminuye progresivamente con los días.

Si ya es muy tarde para aplicar estos pasos, aún es posible:

- Realizar exámenes de laboratorio.
- Ofrecer tratamiento y prevención de las ITS.
- Ofrecer vacunas, por ejemplo contra la hepatitis B.
- Realizar las pruebas de embarazo y VIH.
- Frente a la confirmación de embarazo, realizar la consejería en derechos que informe sobre el derecho a la IVE/ILE, la posibilidad de continuar el embarazo, incluyendo los riesgos obstétricos y psicosociales, y las posibilidades de maternar o dar en adopción.
- Brindar seguimiento clínico.

La responsabilidad y la competencia primaria para la toma de la evidencia biológica corresponden a los cuerpos médicos forenses; sin embargo, cuando por las características del caso, por la disponibilidad de los equipos periciales o por otras razones se determine que puede existir un riesgo de pérdida de la evidencia o revictimización, el equipo de salud puede proceder al relevamiento, conservación y remisión de las muestras, previa capacitación específica y acuerdos institucionales (CEDES, PNUD y Embajada de los Países Bajos, 2021).

Examen físico y abordaje médico pasadas las 72 horas de la agresión sexual

La mayor cantidad de situaciones de violencia sexual contra NyA se dan en el ámbito intrafamiliar y como tal se da en forma crónica, soslayada y silenciosa. El secreto que instala el adulto victimario sostiene esta forma de violencia donde NyA suele sentir vergüenza, culpa, confusión. Es por esto que, en este tipo de modalidad, la detección remite a una agresión de larga data y es tardía. En estas circunstancias, el examen físico puede postergarse, acordando con NyA el escenario más apropiado para llevarlo adelante, ya sea en ese mismo momento o en las consultas médicas de seguimiento posteriores pautadas tras el develamiento.

La cronicidad del hecho determinará también el momento de solicitud de las pruebas serológicas (VIH, HBV, HCV, VDRL) y otros estudios, según la sintomatología (por ejemplo, cultivo para clamidia o gonococo si hubiera presencia de flujo vulvovaginal patológico), los que se tomarán con premura, pero acordando previamente con NyA el momento y la toma de las muestras. Ante el diagnóstico de alguna ITS, se brindará el tratamiento correspondiente ».

📖 Guía Práctica 12.
Atención clínica en NyA ante violación u otro tipo de contacto genital. Pág. 256 «

TRABAJAR DE MANERA INTERDISCIPLINARIA E INTEGRAL

Para brindar una atención integral a NyA se requiere delinear estrategias desde una mirada interdisciplinaria e intersectorial, articulando con las redes locales y comunitarias. Asimismo, es necesario tener presente las herramientas con las que cuenta el efector de salud para dar una respuesta en el momento de la detección, contemplando que el abordaje va a requerir de una **intervención compleja con más de una institución involucrada**«. Se recomienda la utilización de un **recursero actualizado**« que contenga información de las instituciones locales para garantizar un abordaje en red. La probabilidad de que NyA pasen por una situación de revictimización va a depender directamente de cuán articulados y formalizados estén los circuitos de atención entre salud, educación, justicia y los organismos de protección.

➔ **Anexo 2.**
Recursos a nivel nacional. Pág. 178 »

➔ **Guía Práctica 7.**
Recursero para el abordaje y acompañamiento de situaciones de VMG. Pág. 242 »

La **Guía Práctica 16** (pág. 277) incluye ejemplos de abordajes adecuados e inadecuados de trabajo interdisciplinario e integral.

ESTABLECER LA ARTICULACIÓN CON ORGANISMOS DE PROTECCIÓN DE DERECHOS

Todo tipo de violencia contra NyA es objeto de atención de los organismos administrativos para la protección de derechos, creados por mandato de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes ».

📖 **Anexo 1.**
Compendio
normativo.
Pág. 174 «

Todas las acciones desarrolladas por el equipo de salud se inscriben en el aspecto protectorial.

Según el lugar de pertenencia de NyA, se aplicarán las normativas vigentes en cada provincia y con los recursos locales que se dispongan, siempre con las premisas de:

- Resguardar para que la violencia se interrumpa.
- Realizar los tratamientos correspondientes.
- Realizar seguimiento longitudinal, a fin de asegurar que la protección y la reparación se sostengan en el tiempo.

Los organismos de protección de derechos de NyA se encuentran a nivel municipal y/o provincial (zonales y locales) y cuentan con equipos propios interdisciplinarios (trabajo social, salud y derecho principalmente).

La confección de un circuito de intervención consensuado de antemano con los organismos intervinientes de acuerdo a los recursos locales y próximos proporciona solidez y eficacia a las primeras acciones y respalda las medidas tomadas por el personal de salud que recibe la consulta.

La articulación con los organismos de protección comienza con la comunicación de la vulneración, que puede ocurrir luego o concomitantemente con las acciones desarrolladas por el equipo de salud. Para dar celeridad a la articulación, la comunicación podrá realizarse de manera telefónica. En todo caso, se recomienda luego realizar un informe preciso en relación al hecho ocurrido, indicando el relato textual entre comillas, las primeras valoraciones del riesgo y si las hubiese, las primeras estrategias desplegadas por el equipo de salud para la protección de NyA.

El informe deberá incluir los datos de NyA y del grupo familiar, aclarando quiénes son las personas convivientes y destacando si hay más NyA en riesgo. Asimismo, se deberá detallar los elementos que conforman la construcción de la sospecha y todo antecedente relevante. Para evitar

lagunas en la comunicación, se deberá reiterar en el informe aquello que se haya transmitido previamente de manera telefónica.

Por último, se deberá consignar la posición del equipo de salud frente a la situación y la estrategia sugerida para la restitución de derechos; y si lo hubiese, el pedido específico que se realiza al organismo de protección.

El abordaje interdisciplinario, clínico, social y psicológico permite una valoración más ajustada del riesgo y los lineamientos de protección en el corto y en el mediano plazo. En el diseño de las estrategias se buscará la inclusión de otras instituciones que integran el sistema de protección de NyA, como instituciones socioeducativas y familia ampliada.

👉 **Guía Práctica 7.**
Recursero
para el abordaje
y acompañamiento
de situaciones de
VMG. Pág. 242 »

Procurar tener disponibles los contactos de los distintos efectores que intervendrán en el armado de estrategias de tratamiento y protección «.

La **Guía Práctica 17** (pág. 278) incluye ejemplos de abordajes adecuados e inadecuados en la comunicación a los organismos de protección de derechos.

GARANTIZAR EL INTERÉS SUPERIOR DE NYA

Este es uno de los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño y cobra especial relevancia cuando se presentan desacuerdos entre la opinión de NyA y quienes acompañan el proceso de toma de decisiones.

Este principio contribuye por ejemplo en aquellas situaciones de violencia sexual contra NyA en las cuales el entorno familiar es victimario y/o cómplice, o la persona protectora está atravesando una situación de VMG o de coerción, y cuyas opiniones podrían privilegiar la protección del victimario en detrimento de la restitución de derechos de NyA. El principio de interés superior ampara a los equipos de salud ante las situaciones de conflictos de interés a velar por la opción que garantice de la mejor manera posible el ejercicio de los derechos de NyA.

La [Guía Práctica 18](#) (pág. 280) incluye ejemplos de abordajes adecuados e inadecuados en relación al interés superior de NyA.

EVALUAR ESTRATEGIAS DE RESGUARDO DE NYA

Luego de la valoración de riesgo, se elaborarán las primeras estrategias para la protección efectiva. Estas se planificarán en función del tipo de riesgo, las posibilidades con las que cuenta la persona adulta protectora, el efector de salud y los organismos de protección.

La premisa fundamental es procurar que el daño se interrumpa.

Capítulo 2.

La corresponsabilidad de los equipos de salud
Pág. 75 »

Siguiendo el principio de **corresponsabilidad** « el equipo de salud es partícipe de la construcción de las estrategias de protección y restitución de derechos de NyA. Asimismo, debe tomarse en cuenta la opinión de NyA en el armado de la estrategia de resguardo, procurando siempre su interés superior.

Cuando el **riesgo es bajo**, es decir, el entorno de la víctima es protector y quien se supone que produjo la agresión no convive y/o puede mantenerse fuera de contacto, se mantiene el centro de vida de NyA⁴ para no revictimizar, sosteniendo sus espacios habituales.

En los casos en los cuales el **riesgo es medio o alto**, por tratarse, por ejemplo, de que quien ha ejercido violencia sea conviviente o su proximidad aceche a NyA, podrá solicitarse la exclusión de la presunta persona agresora del domicilio y/o una prohibición de acercamiento, entre otras medidas. Estas medidas se efectúan en los juzgados de familia, generalmente a solicitud del organismo de protección de derechos, del equipo de salud o de la fiscalía donde se radicó la denuncia.

Hasta que estas acciones se efectivicen, se deberá buscar quien aloje a NyA, en un entorno de seguridad y cuidado entre sus referentes afectivos cercanos, ampliando el rango de búsqueda si la familia estuviera implicada, no dispuesta o sin las condiciones necesarias para brindarle protección.

En aquellas ocasiones donde no se encuentre la posibilidad inmediata de alejamiento del agresor respetando el centro de vida de NyA, o un entor-

4 "Se entiende por centro de vida el lugar donde niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia". Ley 26.061 Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, art 3 - Interés superior. Inciso F (2005).

no de familia ampliada que pueda dar alojamiento fehacientemente, se podrá utilizar la internación con el acompañamiento de alguna persona referente que le ofrezca seguridad. Esta estrategia puede adoptarse si se advierte que no hay, en lo inmediato, otro modo de alojar a NyA con certeza de resguardo, y su propósito, además de la protección, es contar con más tiempo para identificar una persona de confianza en su entorno. La internación debe ser lo más breve posible y utilizarse, además, para efectuar los estudios clínicos pertinentes, planificar el seguimiento y realizar las articulaciones necesarias. Una vez efectivizado el resguardo, la internación permite valorar con mayor grado de precisión la respuesta y la capacidad de cuidado del entorno afectivo.

La internación puede usarse como recurso proteccional cuando el centro de vida de la víctima **no** tiene la posibilidad de amparar, ya sea porque no le cree, porque está implicado de algún modo en la agresión o porque está imposibilitado de cuidar.

En última instancia, o hasta que puedan trazarse estrategias de protección más efectivas y sostenibles en el tiempo, y/o en caso de daño físico, se internará a la víctima en un centro asistencial, procurando que el lapso sea lo más breve posible.

La [Guía Práctica 19](#) (pág. 281) ejemplifica abordajes adecuados e inadecuados para la valoración del riesgo y la definición de estrategias de resguardo.

REALIZAR LA DENUNCIA PENAL

Cuándo y quién deberá realizarla

La violencia sexual contra NyA es un delito, por tanto, se impulsará la denuncia penal para iniciar las acciones tendientes a la sanción del agresor. Las articulaciones del equipo de salud con el área de justicia pueden involucrar: procurar una denuncia efectiva, pedir la participación del equipo médico forense (en el caso que pudieran recogerse muestras) y eventualmente, dar testimonio ante la convocatoria en el curso de un juicio penal.

Muchas jurisdicciones provinciales cuentan con protocolos unificados para que la recolección de muestras por parte del equipo médico forense se haga como parte del examen físico único; no obstante, cuando por las características del caso, o por la disponibilidad de los equipos periciales, se determine que puede existir un riesgo de pérdida de la evidencia o revictimización, el equipo de salud puede realizar la toma de las muestras, previa capacitación específica y acuerdos institucionales.

A partir de la sanción de la Ley 27.455 (2018) que modifica el art. 72° del Código Penal, la violencia sexual contra NyA pasa a ser de instancia pública y, por tanto, se puede investigar de oficio la comisión de ese delito, sin requerirse la ratificación de figuras parentales o personas adultas referentes.

Desde los equipos de salud se debe ofrecer la posibilidad a NyA, en función de su edad, capacidad de discernimiento y situación de la persona adulta referente, de realizar la denuncia y/o participar en el diseño de la estrategia de la presentación de la misma. Si esto no es posible, se impulsa fuertemente que sea alguien del entorno afectivo de NyA quien realice la denuncia, constituyéndose así en referente y garante de protección. Que se escuche, se crea y que alguien muy cercano procure que se castigue a quien agredió es el primer paso en la reparación de quien ha sufrido violencia. Es frecuente que este proceso de reconocimiento, asimilación de la situación y toma de decisión de denunciar no sea inmediato, sobre todo si el agresor es un familiar directo y conviviente. Si NyA están al resguardo, puede concederse ese tiempo y acompañar a la persona que ha de llevarlo a cabo a superar el impacto de tomar conocimiento del delito. El equipo de salud juega un rol muy importante al sostener el relato de quien está atravesando la situación de violencia sexual y los datos que construyeron la sospecha. Además, si un allegado afectivo toma la determinación de denunciar pasa a formar parte de su red de cuidado.

Si esto no sucede, la denuncia puede ser presentada por una persona del equipo tratante o por la dirección del establecimiento de salud. También

se puede diseñar la estrategia en conjunto con el organismo de protección de derechos.

Si NyA que ha sufrido una situación de violencia sexual se opone a que se realice la denuncia, se trabajará, en un ámbito de confianza e interdisciplinariamente, con el objetivo de procurar que comprenda la importancia y la necesidad de efectuarla.

Una vez iniciada la acción penal, se le podrá solicitar al equipo de salud la HC e informes médicos, psicológicos y sociales sobre las actuaciones iniciales y posteriores de la evolución de NyA en situación de violencia sexual.

Dónde realizarla

Cada jurisdicción cuenta con circuitos que deben conocerse de antemano para poder recurrir en caso de urgencia o brindar información fehaciente a quien la solicite.

Es útil la creación de mesas intersectoriales en las cuales efectores de salud y comunitarios establezcan líneas de acción y armen circuitos de intervención con organismos de protección y los servicios de administración de la justicia.

Habitualmente las denuncias se radican en sede policial, en dependencias de la Comisaría de la Mujer, en fiscalías penales o unidades fiscales específicas para delitos contra la integridad sexual, juzgados penales y de familia, asesorías y defensorías de menores (UNICEF, 2016). La persona que denuncia debe recibir una copia que acredite el acto.

La [Guía Práctica 20](#) (pág. 284) brinda información sobre qué hacer y qué no hacer respecto de la denuncia penal.

PROTEGER

Para concluir, se recomienda consultar la [Guía Práctica 21](#) (pág. 286) donde se encuentra resumida la atención integral ante situaciones de violencia sexual contra niñas, niños, niñas y adolescentes

GLOSARIO



GLOSARIO

El **glosario** permite ampliar el conocimiento sobre la terminología utilizada para abordar la problemática de las violencias por motivos de género. Estos conceptos aparecen destacados en color a lo largo del manual.

Adultocentrismo: sistema en el que se encuadra la lógica del adultismo, un tipo de discriminación por edad (llamado genéricamente “etarismo” o “edadismo”) que se define como la discriminación llevada a cabo por personas adultas contra jóvenes. Es decir, la construcción jerárquica mediante la cual las personas adultas (y más concretamente aquellas de entre 30 y 50 años) son el centro de una sociedad organizada en base a sus términos, ideas, prejuicios y tópicos ». El concepto de adultocentrismo incluye relaciones de dominación entre clases de edad que se construyeron históricamente, generando imaginarios sociales sobre la hegemonía de lo adulto. Estos procesos, con tensiones y conflictos, han sido resueltos siempre desde la perspectiva adulta, por medio del empleo de discursos, dispositivos y normativas.

Cisexismo: jerarquización social que entiende lo trans como anormal o patológico, en contraposición a lo cis, que representa lo normal o correcto ».

Crímenes de odio: situaciones de violencia extrema contra LGBTI+, que se describen como un acto voluntario, consciente y generalmente realizado con saña y que incluye pero no se limita a violaciones del derecho a la dignidad, a la no discriminación, a la igualdad, a la integridad personal, a la libertad personal y a la vida. Este tipo de agresión tiene la intención de causar daños graves o la muerte, y está basado en el rechazo, desprecio, odio y/o discriminación hacia un colectivo de personas históricamente vulnerado y/o discriminado.

Expresión de género: la vivencia personal del cuerpo y la manera en que las personas expresan su identidad a través de modales, vestimenta, modos de hablar, modificaciones de la apariencia corporal, etc.

Femicidio: muerte violenta de mujeres cis (NyA y/o adultas) por motivos asociados al género, perpetrado por un varón en contextos domésticos, culturales, interpersonales e institucionales por motivos de discriminación y misoginia (odio hacia las mujeres).

📖 Manifiesto Antiadultista (2014) escrito por Alexanthropos Alexgaias cuando tenía 17 años. «

📖 Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2020). «

Femicidio vinculado: muerte perpetrada contra una o varias personas a fin de causarle sufrimiento a una mujer cis, mujer trans o identidad travesti.

Heteronormatividad: remite, por un lado, a la heterosexualidad como orientación sexual hegemónica; y por el otro, a la estructura social y relacional que deriva de ella y que determina las configuraciones sociales y culturales que se sostienen hasta la actualidad. Esto implica la presunción de que todas las personas tienen esta orientación sexual (ser heterosexual es lo “natural”, “deseado” y “normal”) y, en consecuencia, la exclusión y la patologización de cualquier forma de diversidad sexual. La mayoría de las veces, la heteronormatividad funciona mediante la negación, la invisibilización, el ocultamiento y la discriminación de las diversidades sexuales, fuente de agresiones, maltratos y todo tipo de violencias «.

Identidad de género: vivencia interna e individual del género, tal como cada persona la siente profundamente. Puede coincidir o disentir con el género asignado en el nacimiento. Algunas identidades de género pueden ser: mujer cis, mujer trans, travesti, varón cis, varón trans, no binarie.

Orientación sexual: atracción emocional, afectiva y/o sexual hacia otras personas. Algunas de las orientaciones sexuales son: heterosexualidad, homosexualidad, lesbianismo, bisexualidad, asexualidad, pansexualidad. Puede mantenerse la misma orientación sexual toda la vida o puede ir variando.

Patriarcado/sistema patriarcal: es un sistema milenario que estructura la desigualdad entre los géneros, y lo hace de manera regulada y sistemática. Esa desigualdad tiene como causa principal la jerarquía masculina por sobre los demás géneros. Un ejemplo concreto de las marcas históricas de esta predominancia es la institucionalización del apellido paterno como central en nuestros nombres.

Revictimización/prácticas revictimizantes: en algunos casos se produce, por parte de las instituciones, una auténtica revictimización, interrogatorios abusivos, revisiones reiteradas por parte de distintos profesionales, incredulidad, opiniones inoportunas, intromisiones en la intimidad, etc. El daño o revictimización se produce también cuando la persona es estigmatizada por su orientación sexual, identidad de género o modo de vida, cuando se viola su privacidad o cuando el acceso a una atención adecuada queda condicionado a prejuicios, falta de sensibilidad e incluso desconocimiento «.

👉 Perspectiva de género y diversidad.
<https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/26/Perspectiva-de-Genero-y-Diversidad.pdf> »

👉 Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales (MSAL, 2021). »

Transfemicidio/travesticidio: muerte violenta de mujeres trans/travesti, por motivo de su identidad de género. Se categoriza de esta manera independientemente del cambio de DNI y de si habían realizado o no modificaciones corporales.

Violación “correctiva”: hace referencia a agresiones sexuales que constituyen un delito de odio, en tanto las personas son agredidas por su orientación sexual, su expresión de género y/o su identidad de género. La violación correctiva es una manifestación de la violencia sexual con fines claramente disciplinatorios, en tanto los agresores buscar “corregir” a la persona por no responder a lo que propone la matriz binaria y heteronormativa.

ANEXOS

The page features a solid orange background. In the upper right quadrant, the word "ANEXOS" is written in a bold, white, sans-serif font. A thin white horizontal line is positioned directly beneath the text. The lower half of the page is decorated with several thin, white, curved lines that sweep across the space from the bottom left towards the right, creating a sense of movement and design.

ANEXO 1

Compendio normativo

Legislación internacional

- **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, (CEDAW-1979), aprobada por Ley N° 23.179 y a la cual se le otorgó luego rango constitucional (art.75 inc.22 C.N) y la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** ("Convención de Belem do Pará" – 1994), aprobada mediante la Ley N° 24.632.
- **Principios de Yogyakarta**, documento sobre la aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género (2006).
- **Convención sobre los Derechos del Niño**, aprobada mediante Ley N° 23.849 a la cual se le otorgó luego rango constitucional (art.75 inc.22 C.N).
- **Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad**, aprobada mediante Ley N° 26.378 y a la cual se le otorgó luego rango constitucional (art.75 inc.22 C.N).
- **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**. Ley N° 27.360 (2017), establece que las personas mayores tienen derecho a la salud física y mental sin ningún tipo de discriminación, entre ellas, las vinculadas a la orientación sexual y a la identidad de género.

Legislación nacional

- **Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales**. Artículo 11, inc. 4: Es 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".

- **Ley N° 26.743 de Identidad de Género.** Todas las personas tienen derecho a ser reconocidas y tratadas de acuerdo a su identidad de género. Deben recibir un trato digno, debiéndose respetar a quienes utilicen el nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. Por su solo requerimiento ese nombre debe ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio.
- **Código Penal Argentino, art. 119 del Capítulo Delitos contra la Integridad Sexual.** La actual definición de violación acorde a la legislación vigente, –producto de sucesivas reformas del artículo 119 (Ley N° 25.087/1999, Ley N° 27.352/2017)– reconoce que las violaciones son situaciones en las que las víctimas no han podido consentir libremente aunque no haya necesariamente fuerza física que deja marcas, sino un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza. Incluye distintas formas de prácticas sexuales realizadas mediante violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción. Abarca prácticas sexuales abusivas que por su duración o circunstancias configuran un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima o hubiere acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o realizare otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías.
- **Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.** Regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención postaborto. La persona que cursa un embarazo producto de una situación de violencia sexual tiene derecho a interrumpirlo. Con respecto a la edad gestacional la legislación vigente no establece limitaciones para el acceso a esta práctica médica cuando el embarazo es producto de una agresión sexual.
- **Ley N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia.** Tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de niñas en la primera infancia; en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas; con el fin de reducir la mortalidad, la mal nutrición y la desnutrición; proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico, emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.
- **Ley N° 25.929 de Parto Respetado.** Protege los derechos de las personas gestantes y de las personas recién nacidas, reconociendo su protagonismo y el de sus vínculos afectivos en el proceso de parto y nacimiento.

- **Ley Nº 26.657 de Salud Mental**, tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional.
- **Ley Nº 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado**. Las víctimas de violencia sexual tienen derecho a: la intimidad y confidencialidad tanto al momento de la atención como en relación con la información de su historia clínica y su situación; trato digno y respetuoso en todo momento durante y después de la atención y recibir información completa en lenguaje claro y adecuado sobre su estado y las alternativas que tiene disponibles para su tratamiento.
- **Ley Nº 26.130 Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica**. Incorpora la posibilidad de acceder de manera gratuita a la ligadura tubaria y a la vasectomía.
- **Ley Nº 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas y su modificatoria Ley 26.842**, tiene por objeto implementar medidas destinadas a prevenir y sancionar la trata de personas, asistir y proteger a sus víctimas. Se entiende por trata de personas el ofrecimiento, la captación, el traslado, la recepción o acogida de personas con fines de explotación, ya sea dentro del territorio nacional, como desde o hacia otros países.
- **Ley Nº 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud**. Establece los derechos de autonomía en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y reproductiva responsable, entre ellos, la prevención de embarazos no intencionales, así como acceso a la información, orientación, métodos anticonceptivos, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual.
- **Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, sancionada en 2005 que se enmarca en un nuevo paradigma jurídico-legal donde se reconoce a NyA como sujetos de derecho.
- **Ley Nº 26.994, deroga los Códigos Civil y de Comercio, aprueba el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación**.
- **Ley Nº 27.206 de Respeto a los Tiempos de las Víctimas**. Regula una reforma al Código Penal de la Nación, extendiendo el plazo de prescripción de los delitos contra la integridad sexual. Es así, que se suspende la prescripción mientras la víctima sea menor de edad y hasta que habiendo cumplido la mayoría de edad formule por sí la denuncia o ratifique la formulada por sus representantes legales durante su minoría de edad.

- **Ley N° 27.455**, modifica el artículo 72 del libro primero, título XI del Código Penal de la Nación, determinando que los delitos de abuso sexual, estipulados en los artículos 119, 120 y 130, contra personas menores de 18 años o que hayan sido declaradas incapaces, son delitos de instancia pública. Es decir que el Estado procederá en la actuación de oficio, sin requerir autorización de madre, padre o tutor.
- **Ley N° 27.130 de Prevención del Suicidio**, tiene por objetivo prevenir y disminuir la cantidad de suicidios a través de la prevención, asistencia y posvención.
- **Ley Nacional de SIDA N° 23.798** y su Decreto Reglamentario N° 1244/91. En su artículo 1º, la ley declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y tiene por finalidad impulsar la investigación y sus agentes causales, garantizar el diagnóstico y proveer tratamiento, promover la prevención de ella como de otras patologías derivadas, a través de la educación de la población. La norma otorga el derecho al acceso integral a la salud a todas las personas con VIH/sida.

Planes nacionales

- **Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública.** Objetivo específico 4. Impulsar acciones de prevención, detección temprana y atención integral en el sistema de salud de las mujeres y LGBTI+ en situación de violencia.
- **Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género (2020 – 2022)**, para la prevención, asistencia y erradicación de todas las formas de violencia por motivos de género. Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.
- **Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad (2021- 2023)**, implica la consolidación de una política de Estado que busca intervenir de manera estratégica e integral a fin de superar las desigualdades estructurales de género. Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

ANEXO 2

Recursos a nivel nacional

- **Línea 911 - Central de Emergencias Nacional. Ministerio de Seguridad de la Nación.** Asesoramiento, contención y orientación. Líneas telefónicas que atienden los 365 días del año, de manera gratuita y en todo el país.
- **Línea 144 - Atención, asesoramiento y contención en situaciones de VMG. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación.** WhatsApp: 11-2771-6463
E-mail: linea144@mingeneros.gob.ar
Guía de recursos federal de la Línea 144/Buscador de Centros de Atención para Mujeres y LGBTI+: es un buscador online con información de centros de asistencia interdisciplinaria, asesoramiento, patrocinio jurídico, medidas preventivas, denuncias; en jurisdicciones de todo el país. <https://www.argentina.gob.ar/generos/buscador-de-centros-de-atencion-para-mujeres-y-lgbti>
- **Línea 134 - Ministerio de Seguridad de la Nación.** Para denuncias ante Violencia Institucional. E-mail: denuncias@minseg.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/seguridad/genero/violencias>
- **Línea 137 - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.** Contención, asistencia y acompañamiento en situaciones de violencia familiar o sexual. WhatsApp: 11-3133-1000
- **Línea 145 - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.** Asistencia y denuncias por trata de personas. WhatsApp: 11-6546-0580
- **Línea 149 - Centro Nacional de Asistencia a las Víctimas de Delitos (CENAVID) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.** Asistencia, articulación para el asesoramiento jurídico, psicológico y social en centros de atención de todo el país. E-mail: cenavid@jus.gov.ar
- **Línea 168 - Asistencia a Víctimas de Discriminación, Racismo y Xenofobia; del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).** Para consultas o denuncias llamar todos los días de 9 a 19 hs, incluyendo sábados, domingos y feriados. Fuera de los horarios de atención es posible dejar un mensaje grabado. Las personas sordas pueden enviar video en Lengua de Señas Argentina (LSA) vía WhatsApp: 11-6185-3968 y 11-6492-1079, o por E-mail: 0800@inadi.gob.ar. Las denuncias se realizan completando el

formulario que se encuentra en el módulo de descargas de la página web del INADI <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/formulario-denuncias-inadi.pdf> y enviándolo por E-mail a 0800@inadi.gob.ar

- **0800-222-3444 - Salud Sexual. Ministerio de Salud.** Para facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en todo el país.
- **0800-555-5065 - Ministerio de Seguridad de la Nación.** Para denunciar la desaparición de personas.
- **0800-333-3444 - Salud Responde. Ministerio de Salud de la Nación.** Brinda información sobre tuberculosis, VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual. Formas de transmisión del VIH. Medidas para prevenirlo. Dónde y cuándo realizarse el análisis. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its>

Niñez y adolescencia

- **Línea 102 - La línea telefónica de las chicas y los chicos. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.** Es un servicio gratuito y confidencial, de atención especializada sobre los derechos de NyA.
- **Línea 142 - Registro nacional de información de personas menores extraviadas. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.** Línea para informar extravío de NyA y/o aportar datos que ayuden en su búsqueda. También es posible comunicarse al 0800-122-2442. E-mail: juschicos@jus.gov.ar.

Programas de acompañamiento integral del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad

Programa Acercar Derechos (PAD)

Es un programa que busca dar respuestas integrales a las mujeres y LGBTI+ en situación de VMG, a través de equipos especializados presentes en todo el territorio nacional. Se trata de una política de cercanía, que tiene como objetivo fortalecer el acceso a derechos y al sistema de justicia. Estos equipos:

- Brindan acompañamiento psicosocial y jurídico.
- Acercan programas y políticas públicas para abordar las situaciones de VMG.
- Acompañan la realización de trámites y gestiones articulando con las provincias y los distintos poderes del Estado.
- Se desempeñan como facilitadores interculturales.

Inscripción: Para asesoramiento e inscripciones, contáctese a través del e-mail correspondiente a su jurisdicción. La lista de correos

electrónicos se encuentra disponible en el sitio web del programa: <https://www.argentina.gob.ar/generos/programa-acercar-derechos>

Programa Acompañar

El programa tiene por objetivo fortalecer la independencia económica de mujeres y LGBTI+ en situación de VMG. Consiste en:

- Apoyo económico equivalente al Salario Mínimo, Vital y Móvil por 6 meses consecutivos a mujeres y LGBTI+ que se encuentran en situación de VMG.
- Acompañamiento integral y acceso a dispositivos de fortalecimiento psicosocial para las personas incluidas en el programa, coordinado con los gobiernos provinciales y locales.

Articule con las Unidades de Acompañamiento municipales y provinciales correspondientes a su jurisdicción para garantizar el acceso de la persona en situación de VMG al programa. Inscripción: Puede consultar las Unidades de Acompañamiento existentes en su zona en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/unidades-del-programa-acompanar>. También puede realizar consultas a través de la Línea 144. E-mail: acompanar@mingeneros.gob.ar

Programa de Apoyo Urgente y Asistencia Integral Inmediata ante casos de Violencias Extremas

Está dirigido a personas unidas por vínculos de parentesco o afectivos de víctimas de femicidio, travesticidio y transfemicidio. Brinda apoyo económico, psicológico y legal. Tiene como objetivo cubrir gastos de movilidad, traslados, alojamiento, alimentación, sepelio, fotocopias de documentación y/o trámites, o cualquier otro relacionado con el fallecimiento. Para iniciar el trámite comunicarse por teléfono con la Línea 144, por mensaje de WhatsApp al 1127716463 o por E-mail a linea144@mingeneros.gob.ar. También escribir a apoyourgente@mingeneros.gob.ar. Más información: <http://bit.ly/ProgramaApoyoUrgente>

Programa de Fortalecimiento del Acceso a Derechos para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero

Está dirigido a travestis, transgéneros y transexuales mayores de 18 años nacionales y residentes (de manera permanente o temporaria) en la República Argentina que tengan Documento Nacional de Identidad. Su objetivo principal es fortalecer el acceso a derechos a través de una atención, acompañamiento y asistencia integral, en condiciones que aseguren el respeto de su identidad y expresión de género. El programa trabaja en articulación con otros organismos a nivel nacional, provincial y municipal y organizaciones. Consiste en:

- Atención, acompañamiento y asistencia integral para gestionar los recursos y medios necesarios en relación a las demandas que ingresen, en condiciones de respeto a la identidad y expresión de género.
- Acceso a la educación para promover la inclusión educativa, erradicar y reducir los actos de hostigamiento y generar líneas de trabajo conjunto con las diversas áreas del sistema educativo.
- Acceso a la salud para garantizar a travestis y trans el acceso al sistema de salud de manera integral a través de la gestión y articulación con organismos.
- Acceso al empleo para garantizar la inserción y estabilidad laboral de travestis, transexuales y transgéneros, incorporando herramientas que permitan construir trayectorias laborales de calidad por medio de articulaciones con otros organismos.

Inscripción: E-mail: programatravestitrans@mingeneros.gob.ar o mediante solicitud presentada en formato papel en la Mesa de Entradas (Av. Paseo Colón 275, 5º piso, C1063ACC). <https://www.argentina.gob.ar/acceso-derechos-para-personas-travestis-transexuales-y-transgenero>

Potenciar Trabajo

El programa nacional de inclusión socioproductiva y desarrollo local "Potenciar Trabajo" tiene como objetivo contribuir a mejorar el empleo y generar nuevas propuestas productivas a través del desarrollo de proyectos socio-productivos, socio-comunitarios, socio-laborales y la terminalidad educativa, con el fin de promover la inclusión social plena para personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social y económica. Las personas titulares del programa pueden optar por cumplir su contraprestación con su participación en proyectos socio-productivos, socio-laborales y/o socio-comunitarios o a través de la terminalidad educativa.

Inscripción: Presentar solicitud de inscripción a través de los equipos del Programa Acercar Derechos, o de las áreas de género de su jurisdicción.

Acceso a la justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación

Centros de acceso a la justicia (CAJ)

Los CAJ brindan atención legal primaria gratuita en situaciones de VMG, entre otros temas. Cuentan con atención presencial y remota en todo el país a cargo de equipos interdisciplinarios profesionales. Ofrecen información, contención, asesoramiento y ayuda para conseguir patrocinio jurídico en caso que la persona lo requiera. Para acceder al listado de CAJ en todo el país, véase: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/afianzar/caj/listado>

ANEXO 3

Violencia contra la libertad reproductiva

Es aquella que impida decidir si tener hijos/as o no, con quién tenerles, el número de embarazos y el espacio entre nacimientos. Algunos ejemplos:

- Cuando su pareja le impide el cuidado: uso del preservativo u otro método anticonceptivo.
- Si en una institución le niegan el asesoramiento y/o el acceso a los métodos anticonceptivos, incluida la ligadura de trompas.
- Si le imponen un método en lugar de permitirle elegirlo.
- Si le niegan u obstaculizan información y/o acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

No es necesaria la compañía de un adulto o autorización de la pareja para recibir atención.

¿Qué es la coerción reproductiva?

Se denomina “coerción reproductiva” a los comportamientos ejercidos por una persona (ej.: pareja), contra una mujer y LGBTI+, con el fin de interferir en el uso de anticonceptivos y/o en relación al embarazo. Dichos comportamientos pueden incluir:

- Intentar que una persona con capacidad de gestar quede embarazada en contra de su voluntad.
- Ejercer control sobre el curso del embarazo: presionar para que se continúe o se interrumpa el embarazo.
- Coaccionar a la pareja para tener relaciones sexuales sin protección.
- Interferir con el uso de los métodos anticonceptivos.

Derechos sexuales y derechos reproductivos¹.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos básicos. Son derechos tan importantes como el

¹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>

derecho a la vida, a la salud y a la libertad, con los que están directamente relacionados.

Derechos sexuales: se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Todas las personas tienen derecho a disfrutar de una vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni discriminación.

Derechos reproductivos: todas las personas tienen derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. También son derechos recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido.

La atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto, así como en situaciones de post aborto, también están contempladas dentro de los derechos reproductivos. Es también un derecho el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE)².

Todas las personas tienen los mismos derechos a:

- Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencias.
- Acceder a información y atención, con respeto y confidencialidad.
- Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Acceder a la interrupción del embarazo (IVE/ILE).
- Vivir la identidad de género y la orientación sexual libremente.
- Elegir si tener o no hijas/os, con quién, cuántas/os y cuándo tenerlas/os.
- Elegir y recibir métodos anticonceptivos de manera gratuita en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- Acceder a tratamientos de reproducción médicamente asistida.
- Acceder a los tratamientos para modificación corporal de acuerdo a la ley de identidad de género.

² <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>

ANEXO 4

Consideraciones con respecto a la prescripción de benzodiazepinas

No prescriba benzodiazepinas ni antidepresivos para tratar cuadros agudos de estrés emocional.

En situaciones excepcionales, cuando las intervenciones psicoterapéuticas (p. ej. técnicas de relajación) no son factibles y cuando el insomnio está afectando gravemente el desempeño de las actividades cotidianas, puede considerarse cursos cortos de tratamiento con benzodiazepinas, de tres a siete días (p. ej., diazepam en una dosis de 2-5 mg al día; o lorazepam, 0,5-2 mg al día). Es fundamental tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- En algunas personas, el consumo de benzodiazepinas puede llevar rápidamente a la dependencia. Las benzodiazepinas se prescriben muchas veces en exceso.
- No deben administrarse benzodiazepinas durante el embarazo ni la lactancia materna.
- En caso de existir afecciones concurrentes, es importante evaluar la posibilidad de empeoramiento del cuadro clínico por efecto de las benzodiazepinas.

Por otro lado, se requiere descartar contraindicaciones o precauciones en el uso concomitante con otros fármacos.

ANEXO 5

Modelo de historia clínica

El presente modelo de Historia Clínica se halla en el "Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4ª edición, 2021." Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

HISTORIA CLÍNICA	
VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES¹	
Fecha ____ / ____ / ____ Hora ____	
Datos de la persona usuaria/o	
Apellido y nombre: _____	
Edad: ____ DNI: _____	Género (mujer/varón/mujer trans-travesti/varón trans/otro): _____
Sexo (asignado al nacer): _____	
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	
Domicilio: _____	Teléfono: _____ Nacionalidad: _____
Tipo de cobertura en salud (obra social, prepaga, etc): _____	
¿Tiene alguna condición de discapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿cuál? (visual, auditiva, motora, psicosocial, intelectual, otra a consignar)	

1. Este apartado se elaboró en base al "Protocolo para Víctimas de Delitos contra la integridad sexual" realizado por el Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2011).	

¿Requiere algún ajuste o apoyo en el proceso de atención? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál?

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Grupo familiar conviviente: _____

Apellido y nombre del/de la acompañante: _____

Edad: _____ DNI: _____ Vínculo: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

La consulta se genera por:

Demanda espontánea Familiar Otro profesional Policial Justicia

Tribunal: _____ Causa N°: _____

Otra: _____

I. RELATO DE LOS HECHOS

Lugar en que ocurrió: _____

Fecha y hora: ____ / ____ / ____ : ____

Situación en la que ocurrió el hecho: _____

Número de agresores: _____ Agresor/es desconocido/s: _____

Conocido/s: _____ Vínculo: _____

Número de agresores que tuvieron contacto sexual con la víctima: _____

TIPO DE AGRESIÓN

¿Hubo agresión física? Sí No

En caso afirmativo, qué tipo de agresión: _____

¿Hubo privación de la libertad? Sí No

¿Hubo amenaza con armas? Sí No

¿Hubo reducción física? Sí No

Arma blanca: _____ Arma de fuego: _____ Arma contusa: _____

¿Hubo amenaza psíquica? Sí No

¿Hubo penetración? Sí No

¿Hubo tocamientos? Sí No

Con pene Con objetos (incluye otras partes del cuerpo) Con pene y objetos

En el caso de ser positivo con objetos, describir cuál/es: _____

Vía/s de penetración: Vaginal Oral Anal

La/s persona/s agresora/s, ¿utilizó/aron preservativo? Sí No

¿Hubo eyaculación? Sí No No sabe

Eyaculación Intracorporal: Sí No Dónde: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO

< de 72 hs del hecho > de 72 hs del hecho

Luego de ocurrido el hecho:

¿Se higienizó? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué manera?: _____

¿Quedaron ropas u otras prendas con manchas de sangre o semen? Sí No

En caso afirmativo, detallarlas: _____

¿Mantuvo relaciones sexuales dentro de las 72 hs posteriores al hecho? Sí No

ANTES DE OCURRIDO EL HECHO

¿Mantuvo relaciones sexuales dentro de las 48 hs previas al hecho? Sí No

¿Usó preservativo? Sí No

Si las tuvo, ¿se higienizó posteriormente? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué manera?: _____

COMENTARIOS: _____

II. ANTECEDENTES DE SALUD

CLÍNICOS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

MEDICACIÓN HABITUAL

Sí No

¿Cuál? _____

GINECOLÓGICOS

Había iniciado relaciones (pene-vagina) anteriormente:

Sí No

Número de gestas (partos, cesáreas, abortos): _____

Fecha última menstruación: ____ / ____ / ____

¿Usa anticonceptivos? Sí No

Hormonales

ACO Inyectables

AOPS

Implante

DIU (con Levonorgestrel)

No hormonales

DIU cobre

Anticoncepción Quirúrgica

Preservativo

Otro: _____

SITUACIÓN GESTACIONAL

¿Cursa un embarazo? Sí No No sabe

ITS: SITUACIÓN SEROLÓGICA (VIH, Sífilis y otras)

Desconocida Negativo Positivo

¿Cuál/es infección/es?: _____

Tratamiento ARV Sí No No sabe

Medicación: _____

Otros factores de vulnerabilidad a considerar:
(adiciones, ITS, situación de cárcel, situación de calle, varios agresores, etc.)

III. EXAMEN FÍSICO

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ TA: _____ FC: _____ FR: _____

ESTADO GENERAL

• Cabeza y Cuello: _____

• Tórax: _____

• Ap. Cardiovascular: _____

• Ap. Respiratorio: _____

• Abdomen: _____

• Sistema Nervioso: _____

• Extremidades: _____

Comentarios: _____

REGISTRO DE LESIONES (dibujar y describir)

Sin lesiones corporales

Con lesiones corporales

REACCIONES FÍSICAS – SOMÁTICAS

Sudor

Taquicardia / palpitaciones

Dolor precordial

Náuseas

Tenesmo rectal / vesical

Dolor difuso

Rubor facial

REACCIÓN EMOTIVA

Temor

Crisis de angustia

Indiferencia

REACCIÓN CONDUCTUAL

Irritabilidad Pasividad Mutismo Insomnio

Otros cambios de conducta _____

EXAMEN GENITALES VULVA-VAGINA

Visualización directa Lupa de mano Colposcopio

Posición para el examen: Supina Genupectoral

Labios mayores: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Labios menores: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Tejido periuretral: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Meato uretral: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Maniobra: Separación lateral Tracción

Himen: Semilunar Circular Otro: _____

Fino y translúcido Redundante o engrosado

Diámetro orificio himeneal: Agrandado para la edad Adecuado para la edad

Borde himeneal: Regular o continuo Irregular o discontinuo

Atenuación del borde: Sí No Localización: ___ Hs. ___ Hs. ___ Hs

Desgarro o disrupción: Sí No Completo Incompleto

Localización: ___ Hs. ___ Hs. ___ Hs. Reciente Antiguo

Horquilla: Sin lesión Con lesión

Vagina: Sin lesión Con lesión

Comentarios: _____

EXAMEN ANAL

Piel perianal: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Pliegues anales: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Tono esfínter: Normal Aumentado Disminuido

Espasmo anal Sí No

Dilatación anal Sí (.....cm.) No

Materia fecal en la ampolla: Sí No

Fisuras: Sí No

Desgarros: Sí No Localización: _____

Hemorroides, plicas o apéndices Sí No Localización: _____

Equimosis: Sí No Localización: _____

Excoriaciones: Sí No Localización: _____

Método de examen del tono anal: Observación Examen digital

Posición del examen: Supina Genupectoral Lateral

EXAMEN GENITALES PENE- TESTÍCULO

Pene: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Meato uretral: Normal Anormal

Escroto: Sin lesión Con lesión

Describir: _____

Testículo: Normal Anormal

Comentarios: _____

SUMARIO DE LESIONES

Lesiones corporales:

Frente Sí No

Dorso Sí No

Paragenitales: Sí No

Lesión genital: Sí No aguda o reciente antigua

Lesión himeneal: Sí No aguda o reciente antigua

Lesión perineal: Sí No aguda o reciente antigua

Lesión anal: Sí No aguda o reciente antigua

Lesión en mamas: Sí No aguda o reciente antigua

Otras: _____

IV. LABORATORIO

1- Hisopados para búsqueda de semen: Sí No

Sitio de la toma: Vestibulo Vagina Ano Boca

Otros: _____

2- Hisopado para otros fluidos Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál/es? _____

Sitio de la toma: _____

3- Investigación de ITS en sede asistencial: Sí No

Resultado hisopado: Vaginal Anal Otros: _____

Neisseria gonorrhoeae: Sí No

Chlamydia trachomatis: Sí No

Trichomonas vaginalis: Sí No

4- Test de embarazo en sede asistencial: Sí No

5- Prendas con manchas Sí No

¿Cuáles? _____

6- Extracción de sangre para:

Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Sífilis - VDRL cuantificada	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Hemograma	<input type="checkbox"/>
HBs Ag	<input type="checkbox"/>	Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/>
Anti core	<input type="checkbox"/>	Hepatograma	<input type="checkbox"/>
Anti HBs	<input type="checkbox"/>	Uremia	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C - anti HVC (ELISA)	<input type="checkbox"/>	Creatininemia	<input type="checkbox"/>
HIV – ELISA	<input type="checkbox"/>	Test de Embarazo (Subunidad b HCG)	<input type="checkbox"/>

Otros: _____

Serología del agresor: HA HB HC HIV

Examinado por: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

Firma y sello (profesional asistencial)

Fecha y hora del examen: / / - :

CONCLUSIONES MÉDICO LEGALES: _____

Firma y sello

Fecha y hora del examen: ____ / ____ / ____ - ____ : ____

V. TRATAMIENTO

Procedimientos médicos y tratamiento: Sí No

Descripción: _____

Atención de las lesiones: _____

Anticoncepción de emergencia antes de las 72 hs: _____

Suero y vacuna antitetánica: _____

(Si no tiene vacunación actualizada, según normas).

Vacuna anti-HB: _____

(Si no tiene vacunación anti HBV o con vacunación incompleta).

VI. INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARIAS

Salud Mental: _____

Firma y sello

Trabajo Social: _____

Firma y sello

Otras interconsultas: _____

Firma y sello

VII. SEGUIMIENTO

(Acompañamiento por parte del equipo de salud durante todo el tiempo necesario, no solo en el período de tratamiento)

Vacunación HBV: 1° dosis 2° dosis 3° dosis

Fecha: ____ / ____ / ____

Comentarios: _____

Tratamiento antirretroviral:

Inició TARV Sí No Motivo por el que no inicia TARV:
Negativa a recibirla
Falta de oportunidad
Fuente negativa
Sin riesgo

Completó 4 semanas de TARV: Sí No Motivo de la suspensión del TARV:
Fuente Negativa
Efecto Adverso
Abandonó

Indicar efecto adverso _____

Controles serológicos

Fecha de realización 2 semanas 6 semanas 12 semanas
 / / / / / /

VDRL: _____

HBs Ag: _____

Anti core: _____

Anti HBs: (sólo en vacunados) _____

HCV: _____

HIV (ELISA): _____

Fecha en que se realiza lectura de resultados
en la consulta de control: / / / / / /

Firma y Sello

ANEXO 6

Obtención y conservación de evidencia

🔗 El contenido de este anexo corresponde al "Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4ª edición, 2021." Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

1. Toma de muestras biológicas para estudios genéticos

Las leyes que rigen los procesos judiciales y el diseño de las medidas probatorias son competencia exclusiva de cada provincia y están a cargo de los cuerpos forenses acorde a protocolos establecidos. Sin embargo, la Ley N° 26.485 especifica en su art. 11, inc. 4 c, que los protocolos de atención médica deben "asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios".

Aun cuando este protocolo no pueda resolver esta incompatibilidad, se incluyen pautas para la toma y preservación de muestras porque:

- Hay lugares donde no se cuenta con especialistas del cuerpo judicial.
- La demora de la toma de pruebas puede afectar a las personas que fueron agredidas sexualmente, y se traduce en una forma de revictimización.
- Muchas personas adultas no denuncian de forma inmediata y lo hacen tardíamente, en estos casos se pierden todas las evidencias.


Igualmente se deben registrar en la HC todas las prácticas que se realicen, ya que pueden contener información que puede servir o complementar las evidencias en casos de que haya denuncia. En algunas ocasiones los jueces solicitan la HC. Éste es un documento público y válido para uso judicial siempre que se complete acorde a los requisitos establecidos en la Ley N° 26.529 y su decreto reglamentario (arts. 12 a 18). Es decir, que cuente con fechas correlativas, firma y que, si hay tachadura o enmiendas se la salve al final con firma, entre otros requisitos. La institución tiene la obligación de conservar la HC por el plazo de 10 años contados a partir de la última evolución (art. 18 de Ley N° 26.529).

En cuanto a los plazos, la ley no establece que la denuncia deba ser realizada en forma inmediata. La urgencia se relaciona en gran medida con la necesidad de la recolección de evidencias que pasado cierto tiempo se pierden. Si hay denuncia esta tarea es generalmente realizada por profesionales legistas o del cuerpo médico forense. Cuando la persona que vivió la agresión sexual no denuncia de forma inmediata –esta decisión depende de los tiempos necesarios para que cada persona evalúe y decida, tiempos que a veces superan los tiempos necesarios para la recolección de evidencia–, es conveniente que profesionales de la salud, al mismo tiempo que hacen la revisión médica, guarden muestras para una posible posterior denuncia.

1.1. Muestras para análisis de ADN

Cuando se recolectan elementos materiales probatorios o evidencia física, se deberá asegurar su adecuado manejo, recolección, preservación y cadena de custodia conforme a lo establecido en los protocolos específicos de cada laboratorio interviniente, a fin de preservar la autenticidad de los mismos.

El **formulario de cadena de custodia** lo elabora quien toma la muestra o recolecta la evidencia en primera instancia. Es un documento que acompañará a la misma de manera ininterrumpida durante todo el proceso. Allí consta el tipo de evidencia, el estado en que se encuentra, personal interviniente, traslado, etc. y posteriormente se va dejando constancia de cada persona que lo tuvo a su cargo, de la fecha y hora en que lo recibió, de quién lo recibió, de todas las personas que lo examinaron bajo su responsabilidad, del día y hora en que lo entregó y la persona a quién se lo entregó, así como los **cambios observados** ».

 Ver modelo en **Anexo 7**. Pág. 208 «

Antes de la recolección de elementos probatorios, el equipo de salud debe considerar varios factores para la recolección y tratamiento de las muestras.

Es recomendable que antes de iniciar todo procedimiento de recolección de pruebas, el personal profesional de salud explique los procedimientos que realizará utilizando un lenguaje simple y claro, acorde la capacidad de comprensión de las personas consultantes. Se deberá prestar especial atención a las características del hecho, el tiempo transcurrido su ocurrencia hasta el momento de toma de pruebas, qué hizo después, la edad y el sexo, entre otros aspectos relevantes. Si las personas consul-

tantes no pueden organizar el recuerdo de la agresión, cualquiera sea la razón, es sumamente importante la evaluación física en búsqueda de distintos indicios para poder recolectar una gama completa de muestras.

Profesionales de la salud de hospitales, consultorios médicos o centros de atención de salud, realizarán según corresponda, **hisopados bucales, vaginales o peneanos, hisopados anales, así como también resguardarán toda evidencia que se considere de interés y que sirva para un posible análisis genético.** Entre estos últimos pueden incluirse ropa interior de la persona agredida sexualmente, hisopados de zonas específicas del cuerpo (mama, cuello, etc.), raspados o hisopados de uñas y/o el hallazgo de cabellos extraños, entre otros.

1.2. Consideraciones generales

- El número de hisopos a utilizar será variable, de acuerdo al sitio anatómico y a la cantidad de material existente.
- Utilizar no menos de tres hisopos por sitio anatómico.
- Los hisopados pueden tomarse juntos en el mismo acto, intentando rotarlos y ejerciendo una presión suave con el fin de que toda la superficie de los hisopos tome contacto con el material.
- Para zonas húmedas, usar los hisopos secos.
- Para la recolección de manchas secas, se deberá humedecer previamente el o los hisopos con solución fisiológica estéril, previo al barrido.
- Si la toma de muestra simultánea no fuese posible, se recomienda rotular los hisopos con el número de orden en el que fueron tomados para estimar la carga de material de cada uno.
- El embalaje de las evidencias se realiza en sobres separados y cada uno debe ir acompañado de su correspondiente Formulario de Cadena de Custodia. De esta manera se protege el material probatorio para evitar su destrucción, suplantación, alteración o contaminación. Garantiza la legalidad de la prueba y registra la identidad del personal que tuvo contacto con la evidencia.

Cuando la persona manifieste su voluntad de no realizar el examen, debe intentarse con amabilidad que colabore con dicha recolección, proporcionando información adecuada y estableciendo un vínculo de confianza, pero jamás deberá forzarse la realización del muestreo.

1.3. Preservación y conservación de los hisopos

Para todas las situaciones que se expondrán a continuación, los hisopos o muestras de interés:

- Deben secarse a temperatura ambiente en zona controlada y luego, colocarse en sobres de papel nuevos correctamente rotulados, a fin de evitar posibles contaminaciones y/o degradación de las muestras. Por ejemplo, los hisopos pueden colocarse en una gradilla durante su secado evitando que la zona que contiene la muestra se apoye o roce alguna superficie.
- Si las muestras o hisopos provienen del mismo sitio anatómico o mancha, pueden ensobrase juntos, una vez secos.
- Las muestras tomadas para posteriores estudios genéticos, no deben ser guardadas en envases plásticos o de nylon ni ser conservadas en medios de cultivo, ya que estas prácticas favorecen el crecimiento de microorganismos que degradan o afectan la calidad del ADN.

1.4. Toma de muestras

1.4.1. Hisopados de cavidad oral

Cuando la persona consultante relate una práctica forzada de sexo oral:

- Se hisopará la **cavidad oral** pasando por debajo de la lengua, encías y dientes. Ésta es la primera toma que debe realizarse, porque en la boca los restos de semen desaparecen con mayor celeridad. Esta toma no corresponde a la muestra de referencia, tal y cómo se detallará más adelante.

1.4.2. Hisopados genitales

- En el caso de atención de niñas y adolescentes, no se realizará examen con espéculo, se tomarán las muestras de hisopado **vulvar y vaginal inferior** a través del orificio himeneal.
- Para adolescentes habituadas al examen ginecológico o mujeres adultas, podrá valorarse individualmente esta modalidad de recolección, previo consentimiento de la misma. En estos casos:
- Deberán obtenerse tres tomas **cervicales**, tres tomas **vaginales** y tres de **genitales externos**, limpiando cuello uterino, cavidad vaginal y la región vulvar; y las tres tomas **anales**, limpiando el conducto ano-rectal más tres tomas del margen anal.
- Realizar la toma de muestra y el examen físico génito-anal en el mismo procedimiento, (si fuera posible) a fin de evitar exposiciones reiteradas de la persona agredida.

- Si se requieren tomas para análisis de ITS deberán realizarse con posterioridad a la recolección de muestra para estudio genético, para evitar la pérdida de espermatozoides.
- Si la persona que vivió la situación de agresión sexual fuese un **varón o una persona trans con genitales masculinos**, se recomienda realizar toma de muestra mediante tres hisopados del **surco balano prepuccial, glande y cuerpo de pene**, evitando frotar el meato uretral. Además, según la situación, debe evaluarse el hisopado de escroto.

1.4.3. Otras muestras de interés

Es de especial importancia para la investigación judicial la recolección oportuna y adecuada de la información sobre el hecho y de las muestras que también se sugerirán a continuación. Asimismo, es importante considerar que desde las primeras horas de ocurridos los hechos, la atención a las personas agredidas sexualmente constituye una urgencia médico-legal y de salud.

En la ropa de la persona agredida:

- Pueden encontrarse elementos o fluidos del agresor (pelos, manchas, etc.) y evidencia traza (en baja cantidad o concentración), así como alteraciones que orienten sobre la manera de cómo ocurrieron los hechos (orificios, rupturas, desgarros, salpicaduras, etc.).
- Si la persona agredida al momento del examen llevara puesta las mismas prendas de vestir que portaba cuando sucedió el hecho, es necesario conservar las mismas y se le informará al acompañante para que le suministre ropa de cambio.
- La ropa deberá guardarse en bolsas de papel, por separado con el fin de disminuir el riesgo de posibles contaminaciones y evitar transferencias que deterioren la evidencia.

Si se detectan rastros de saliva durante el examen, habitualmente asociados a huellas de mordeduras, el análisis genético podría vincularse con la presencia de células de descamación de los ductos salivales, así como de la mucosa bucal.

- Realizar el hisopado de la zona con hisopos estériles ligeramente humedecidos con solución fisiológica estéril.
- Debe procederse de la misma manera en caso de encontrar manchas de semen en la superficie corporal.

Ante la sospecha de respuestas de defensa o lucha:

- Deben examinarse las uñas de la víctima.

- Preservar material ungueal y subungueal, con el objetivo de encontrar rastros del agresor. Para ello pueden cortarse y recogerse por separado las uñas de los dedos de ambas manos, o hisopar la región subungueal.
- Se ensobrarán las muestras correspondientes a la mano derecha y mano izquierda en sobres nuevos correctamente rotulados. Se recomienda utilizar como máximo dos hisopos por mano.

Si se verifica acceso carnal o contacto de región genital:

- Realizar un cuidadoso peinado pubiano para recolectar pelos del agresor. Es importante recoger los pelos con sumo cuidado utilizando pinzas estériles para prevenir el daño del bulbo (rico en células nucleadas) y los tejidos asociados. Esto permitirá el análisis de marcadores autosómicos (ADN nuclear). Los pelos telogénicos (sin bulbo) poseen capacidad informativa limitada, por lo que sólo permite, en determinadas situaciones, al análisis de ADN mitocondrial. Cada grupo de pelos debe ensobrararse en forma separada. Debe tenerse en cuenta que al solicitarse el análisis genético en muestras de pelo el mismo es destructivo; por lo cual todo análisis comparativo-estructural deberá ser realizado en forma previa, debiendo registrarse fotográficamente los resultados de las observaciones previas al estudio de ADN. No se analizan los peines utilizados para la recolección, sólo los posibles pelos hallados.

1.4.4. Muestras indubitadas

Una vez finalizada la recolección de vestigios biológicos para estudios genéticos, es indispensable proceder con la toma de muestras de referencia (indubitadas), tanto de la persona agredida sexualmente como del posible agresor. La técnica de identificación humana por ADN o "huella genética" se basa en la comparación de los perfiles genéticos obtenidos a partir de las evidencias, con los resultantes de las muestras indubitadas. A menudo se obtienen perfiles genéticos del tipo "mezclas" en las evidencias. Contar con el perfil genético de referencia de la persona agredida sexualmente, es necesario para individualizar un perfil de ADN más informativo de la persona sospechosa (o personas, cuando se trate de más de un agresor). Además, el aporte de las muestras de referencia es indispensable para el análisis y valoración estadística que se anexará en el informe final pericial en relación a los resultados obtenidos.

- Para obtener las muestras indubitadas se recomienda realizar hisopados bucales o toma de muestra sanguínea que luego se depositará en papel de filtro.
- En el primer caso deberá realizarse de manera intensa un hisopado de la mucosa yugal empleando para ello hisopos estériles. Con el objeto de asegurar la recolección de cantidades abundantes de este tipo ce-

lular, se recomienda utilizar tres hisopos independientes, los que deberán ser frotados durante 60 segundos en la cara interna de la mejilla.

- Los hisopos así obtenidos deberán secarse a temperatura ambiente y colocados una vez secos, en sobres de papel nuevos debidamente rotulados. Esta práctica puede emplearse para obtener material tanto de NNyA como de personas adultas y resulta particularmente útil en los casos en que la extracción de sangre resulte dificultosa o cuando se aduce que el proceso de extracción es invasivo.

La recopilación eficaz de las muestras y su correcta conservación son esenciales para alcanzar los objetivos de este proceso.

- La obtención de muestras sanguíneas se basa en la colección de volúmenes pequeños, donde la sangre puede tomarse por punción venosa o por punción del pulpejo dactilar de la mano, previa desinfección con etanol, con lanceta estéril. Pocas gotas de sangre alcanzan para la realización de un estudio completo. Se recomienda depositar al menos 10 gotas en papel absorbente, papel de filtro de algodón de calidad Whatman 3M, FTA o en su defecto papel de filtro calidad analítica. Una vez seco, ensobrar y rotular correctamente.

1.5. Tiempos para la toma de muestras y preservación

La evidencia en casos de abuso sexual debe ser recolectada con la mayor celeridad posible. La tabla 1 describe los intervalos de tiempo recomendados de recolección a fin de evitar la pérdida de evidencia en estos casos de agresión sexual según el tipo de muestra a analizar.

TABLA 1
Intervalos de tiempo recomendados para la toma de muestra

TIPO DE MUESTRA	TIEMPO DE RECOLECCIÓN
Vaginal	Hasta 120 horas (5 días)
Anal	Hasta 72 horas (3 días)
Oral	Hasta 24 horas (1 día)
Mordeduras y rastros de saliva en la piel	Hasta 96 horas (4 días)

Por su parte, para la preservación de tejidos, como en el caso de las interrupciones de embarazo producto de violación en las que se solicite resguardo de prueba, el material deberá guardarse tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación, en un frasco de plástico estéril, sin agregar ninguna solución. Si no se dispone de un frasco, se puede recurrir a una bolsa plástica.

Se debe conservar preferentemente congelado o en una heladera a 4 °C. Se debe rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del/la profesional que realiza la práctica. Consignar en la HC todo lo realizado.

En forma alternativa, este material puede conservarse hasta el momento de su remisión al laboratorio en tubos o frascos plásticos conteniendo CINA sólido (sal). El material preservado mediante este procedimiento no deberá ser congelado en ningún momento. Los principios subyacentes que aseguran la eficiente conservación del tejido bajo estas condiciones son, la deshidratación determinada por el efecto higroscópico del CINA, y el incremento de la fuerza iónica. Estos efectos disminuyen la actividad de enzimas nucleolíticas (que degradan ADN) y también limitan la actividad microbiana. Además, este tipo de preservación evita los característicos olores del material cadavérico proveniente de los productos de degradación proteica y lipídica. Se facilita también el transporte y conservación de este tipo de muestras.

Cubos de aproximadamente 1 cm de lado, deben ser colocados en tubos de propileno de 50 ml conteniendo aproximadamente 25 gr de sal. Una vez colocado el contenido debe agitarse vigorosamente, con el objeto de poner en contacto la muestra con la sal y promover su deshidratación. El tejido debe estar totalmente cubierto.

Para el traslado, el cuerpo forense deberá garantizar la cadena de frío para no alterar la muestra.

La muestra sólo podrá ser retirada de la institución mediante una orden judicial. En ese caso deben registrarse los datos de quien lo retira en la HC y/o en los sistemas de registro establecidos en cada institución.

ANEXO 7

Formulario único de cadena de custodia

El presente formulario único de cadena de custodia se halla en el "Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4ª edición, 2021." Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

FORMULARIO ÚNICO DE CADENA DE CUSTODIA ¹

(Acompaña a la evidencia en todo momento)

RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA

Nº Legajo o preventivo (si corresponde): _____

DELITO (si corresponde): _____

FECHA: Día _____ mes _____ año _____ hora _____

Lugar exacto del levantamiento u obtención: _____

Descripción de la especie:

1. _____

2. _____

3. _____

LEVANTADA por: _____

Cargo: _____

Observaciones: _____

Firma

1. Cada provincia deberá adaptar este formulario acorde a las normativas vigentes.

CADENA DE CUSTODIA

ENTREGA Y NÚMERO DE LA ESPECIE

Apellido y Nombre: _____

Grado de/la funcionario/a: _____ Seccional: _____

Día _____ mes _____ año _____ hora _____

Número de la especie: _____

MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA

Custodia (Oficina de resguardo) _____

Peritaje _____ Traslado _____

FIRMA

RECEPCIÓN DE LA ESPECIE

Apellido y Nombre: _____

(en caso de ser funcionario policial indicar primero jerarquía que reviste)

Ministerio Fiscal _____ Seccional N° _____ Oficina de resguardo _____

Día _____ mes _____ año _____ hora _____

FIRMA

Día _____ mes _____ año _____ hora _____

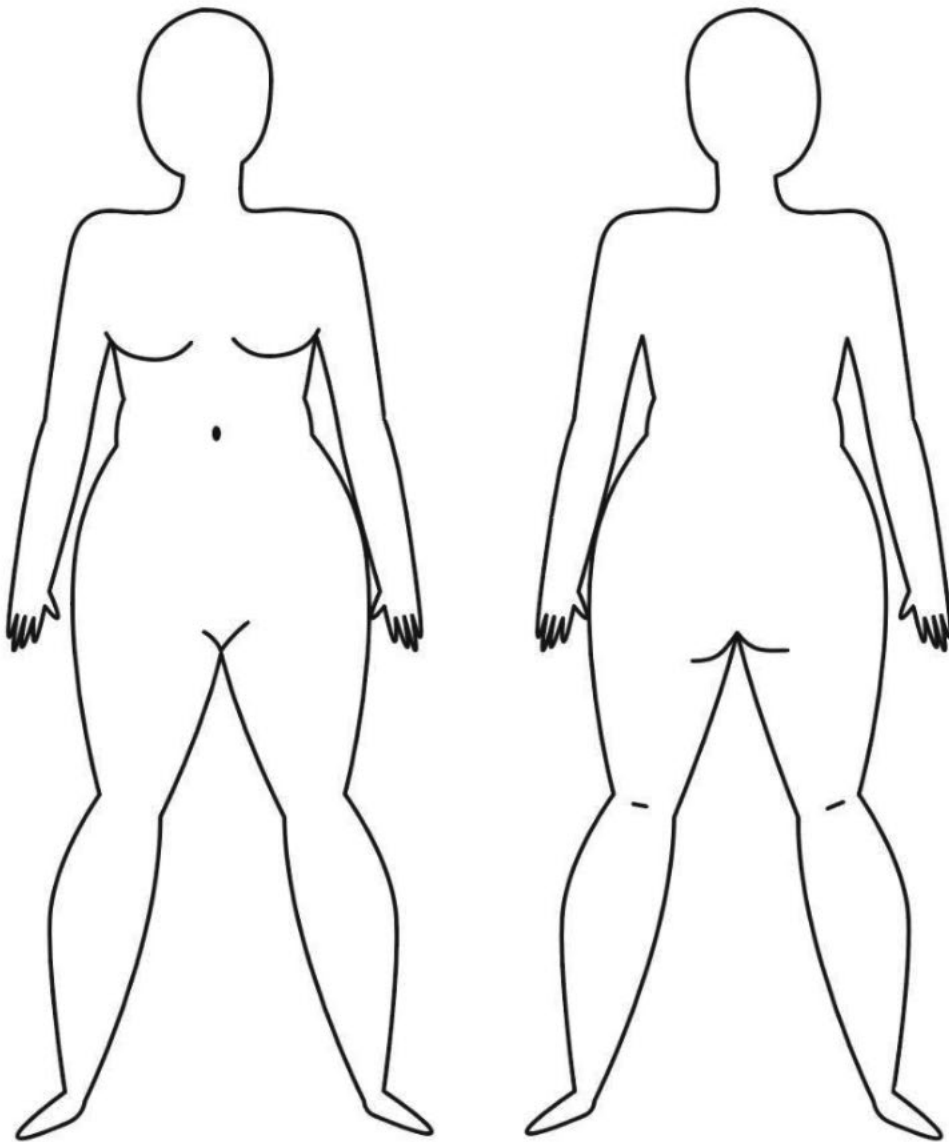
FIRMA

RECUERDE

- La cadena de custodia acompaña siempre la evidencia.
- La persona que recolecta la evidencia debe ser la misma que firma la primera entrega.
- Siempre deberá firmarse la entrega y recepción de la evidencia.
- Deberá discriminarse 1 (una) evidencia por cada ítem.
- Deberá coincidir el número de la especie al momento de la entrega, con lo indicado en la descripción.
- Deberá indicarse la fecha en la que se hace la entrega de la evidencia.
- Deberá indicarse la fecha en la que se hace la recepción de la evidencia.

ANEXO 8

Ilustraciones para localizar lesiones



ANEXO 9

Modelo de consentimiento informado para IVE/ILE y modelo de declaración jurada

El presente modelo de consentimiento informado para IVE/ILE y el modelo de declaración jurada se hallan en el "Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4ª edición, 2021." Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO LEY 27.610

DATOS DE LA NIÑA, ADOLESCENTE, MUJER O PERSONA CON CAPACIDAD DE GESTAR

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N°): _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Fecha de la primera consulta en este servicio de salud: / / _____ N° de historia clínica: _____

Confirmo que:

- ✓ Recibi información clara, precisa y adecuada de una manera comprensible para mí, sobre:
 - los diferentes métodos para interrumpir un embarazo según las semanas de gestación, sobre cómo funcionan, y sobre sus efectos y características, incluyendo sus beneficios, desventajas y riesgos;
 - mi derecho a un trato digno, a la privacidad y confidencialidad, a la autonomía de mi voluntad, así como también mi derecho a acceder a información y a recibir atención de calidad (artículo 5, Ley 27.610).
- ✓ Entendí la información recibida.
- ✓ Tuve la oportunidad de realizar preguntas que fueron aclaradas, y entiendo que puedo realizar todas las preguntas adicionales que me surjan después de firmar este consentimiento.
- ✓ Sé que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento antes de iniciar el procedimiento aún cuando haya firmado este consentimiento.

De este modo, de acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, consiento libremente a:

(señalar lo que corresponda)

- Interrumpir voluntariamente este embarazo sin manifestar motivo porque me encuentro dentro de las 14 semanas inclusive de gestación, o
- Interrumpir legalmente este embarazo por los siguientes motivos: está en peligro mi salud o mi vida, o por ser un embarazo resultado de violación.

Firma de la persona gestante

Aclaración

Día Mes Año

Firma del/a profesional interviniente

Aclaración

Día Mes Año

Matrícula N°

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.

DECLARACIÓN JURADA

Datos de la persona declarante*

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N°): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N° de historia clínica: _____

DIGO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos y

MANIFIESTO que el embarazo que curso es producto de una violación.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en la ciudad

de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 4 Ley 27.610 y 86.a. del Código Penal)

Firma de la persona declarante

** Las personas con discapacidad, al igual que todas las personas, pueden realizar la declaración jurada por sí mismas.*

El presente documento se extiende por duplicado, cuya copia se entrega a la persona solicitante. Debe dejarse constancia o adjuntarse este consentimiento en la historia clínica.

ANEXO 10

Calendario de vacunación por edades

➔ Información sobre vacunas y el calendario de vacunación. Link: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

EMBARAZADA
 TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (a partir de la semana 20 de gestación)
 GRIPE (en cualquier trimestre de gestación)

RECIÉN NACIDOS
 BCG (antes de egresar de la maternidad)
 HEPATITIS B (aplicar en las primeras 12 horas de vida)

HASTA EL AÑO DE VIDA
 ROTAVIRUS (2 y 4 meses)
 QUÍNTUPLE (2, 4 y 6 meses)
 IPV INACTIVADA (2, 4 y 6 meses)
 NEUMOCOCO CONJUGADA (2, 4 y 12 meses)
 MENINGOCOCO (3 y 5 meses)
 GRIPE (a partir de los 6 meses)
 TRIPLE VIRAL (12 meses)
 HEPATITIS A (12 meses)

HASTA LOS 2 AÑOS
 QUÍNTUPLE (15 - 18 meses)
 VARICELA (15 meses)
 MENINGOCOCO (15 meses)
 GRIPE (hasta los 24 meses)
 FIEBRE AMARILLA (18 meses, residentes en zonas de riesgo)

5 AÑOS
 IPV INACTIVADA
 TRIPLE VIRAL
 TRIPLE BACTERIANA ACELULAR

11 AÑOS
 TRIPLE BACTERIANA ACELULAR
 MENINGOCOCO
 VPH (dos dosis para niñas y niños)
 FIEBRE AMARILLA (zonas de riesgo - refuerzo)
 TRIPLE VIRAL (iniciar o completar esquema)
 HEPATITIS B (iniciar o completar esquema de 3 dosis)

JÓVENES Y ADULTOS
 DOBLE VIRAL o TRIPLE VIRAL (iniciar o completar esquema)
 DOBLE BACTERIANA (refuerzo cada 10 años)
 HEPATITIS B (iniciar o completar esquema de 3 dosis)
 FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA (zonas de riesgo)

ADULTOS MAYORES
 NEUMOCOCO
 DOBLE BACTERIANA (refuerzo cada 10 años)
 GRIPE (anual)
 HEPATITIS B (iniciar o completar esquema de 3 dosis)

PLAN DE VACUNACIÓN POR EDADES Ministerio de Salud Argentina

Las vacunas SON GRATUITAS en centros de salud y hospitales públicos de todo el país. Son OBLIGATORIAS y no requieren una orden médica.

Guardá tu carnet de vacunas en un lugar seguro y llévalo siempre cuando concurras al vacunatorio.

Vacuna contra VHA (Virus Hepatitis A)

La vacunación es esencial para:

- Personas en situación de calle
- Personas con VIH
- Personas que practican sexo anal y oral-anal
- Personas privadas de la libertad
- Personas adultas mayores en geriátricos
- Personas internadas por motivos de salud mental
- Personas con enfermedad hepática crónica

Una dosis de la vacuna genera una alta tasa de protección (85%) después de los 14 días de ser aplicada.

Virus Hepatitis B

Iniciar el esquema de vacunación en quien no lo tenga o completarlo si fuera el caso.

GUÍAS PRÁCTICAS



GUÍA PRÁCTICA 1

Cómo preguntar si se sospecha una situación de VMG

Introducción al tema de las VMG

A continuación, se proponen algunas frases útiles para introducir el tema de las VMG antes de pasar a hacer preguntas directas al respecto:

“En muchas ocasiones mujeres y LGBTI+ tienen problemas con su pareja, ex pareja, o con alguien más de su entorno, ya sea alguien del grupo familiar o del barrio.”

“Hay otras personas que también atraviesan situaciones similares a la que me contás.”

Punto de partida

Las siguientes son algunas preguntas sencillas y directas que se pueden usar como punto de partida y que demuestran interés del equipo de salud en escuchar acerca de los problemas de la mujer y LGBTI+. Según lo que la persona responda, es recomendable seguir indagando y escuchando su relato. Se presentan a modo de sugerencia para guiar el intercambio y poder evaluar la situación.

No es necesario hacerlas todas y las mismas deben adecuarse a la persona y el contexto.

Asimismo las preguntas refieren a la pareja de la mujer o LGBTI+, pero pueden modificarse en tanto se trate de otro tipo de vínculo con el agresor. **Si a partir de estas preguntas se detecta que la persona está atravesando una situación de VMG, se le debe ofrecer apoyo de primera línea ANIMA.**

- 1 ¿Cómo describirías tu **relación de pareja**?
- 2 ¿Te resulta difícil **resolver** las discusiones dentro de la pareja?
- 3 ¿Te has **distanciado** de amistades o de tu familia para no discutir con tu pareja?
- 4 ¿Tu pareja u otra persona **controla** el dinero que usas?
- 5 ¿Tu pareja u otra persona te **revisa** el celular o las redes sociales?
- 6 ¿Le tenés miedo a tu pareja o a alguna persona cercana?
- 7 ¿Alguna vez tu pareja u otra persona te ha **amenazado con lastimarte o hacerte daño físico**? En ese caso ¿Cuándo sucedió eso?
- 8 ¿Tu pareja u otra persona cercana te **insulta** o **intimida**?
- 9 ¿Tu pareja u otra persona cercana trata de **controlarte**, por ejemplo, no te permite tener dinero o salir de tu casa?

10 ¿Tu pareja u otra persona cercana ha tenido un **accionar intimidante para mantener relaciones sexuales o realizar actos sexuales sin que vos lo desees?**

11 ¿Tu pareja u otra persona alguna vez te **empujó, te pegó o amenazó con lastimarte?**

12 ¿Tu pareja, ex pareja u otra persona te ha **amenazado de muerte?**

13 ¿Podés recordar **hace cuanto** tiempo aproximadamente empezaron a ocurrir estas situaciones de violencia?

Si se sospecha que la persona está atravesando una situación de VMG, se debe ofrecer apoyo de primera línea “ANIMA”

GUÍA PRÁCTICA 2

Cómo ayudar a las personas en situación de VMG con las siguientes manifestaciones emocionales

MANIFESTACIONES EMOCIONALES

POSIBLES RESPUESTAS

Desesperanza

“Muchas personas logran mejorar su situación.”

Angustia, tristeza

Validar los sentimientos manifestados, aclarar que son transitorios.

Desesperación

Enfocarse en las **fortalezas** de la persona y en su **red socio-afectiva**. Resaltar cómo la persona ha sido capaz de resolver una situación de riesgo o dificultad en el pasado.

Recuerdos involuntarios de vivencias traumáticas

Explicar que los recuerdos son **habituales**, pero que suelen hacerse menos frecuentes o desaparecer con el paso del tiempo.

MANIFESTACIONES EMOCIONALES

POSIBLES RESPUESTAS

Impotencia, pérdida
de control

“Vos tenés derechos.”

Mencionar que puede pedir ayuda a organismos del Estado, organizaciones sociales y otros espacios de la red de articulación institucional de su jurisdicción.

Negación

“Tomé con mucha seriedad lo que me dijiste. **Voy a estar acá** si necesitas ayuda mas adelante.”

Culpa y autoreproche

“No tenés la culpa de lo que sucedió. No sos responsable del comportamiento de quien te agredió.”

Apatía (disminución de la intensidad de la expresividad emocional)

“Esta es una reacción habitual ante las situaciones difíciles. Sin embargo, **volverás a tener sentimientos y emociones** con el paso del tiempo.”

**MANIFESTACIONES
EMOCIONALES**

**POSIBLES
RESPUESTAS**

Vergüenza

“Es común sentir vergüenza; sin embargo, recordá que **nada de lo que ha pasado es tu culpa.**”

Cambios del estado de ánimo

Explicar que son habituales y que **es posible que mejoren** si merman las situaciones de violencia.

Enojo, ira contra el agresor

Reconocer que son **sentimientos válidos.**

Ansiedad

“Es común sentirse así, sin embargo podemos hablar de **cómo disminuir** la ansiedad.”

Sentimientos de impotencia o desamparo

“Estamos acá para acompañarte.”

Recordar que si se detecta alguna o varias de estas manifestaciones emocionales es conveniente ofrecer a la persona apoyo psicosocial (véase el Capítulo 4).

GUÍA PRÁCTICA 3

Indicadores para la valoración del riesgo en situaciones de VMG*

Esta guía brinda preguntas que se pueden formular al momento de la entrevista para conocer el contexto y la situación de la persona que atraviesa VMG. Ofrece una serie de puntos que no responden a un orden fijo o establecido, sino que pueden completarse en la medida que la persona brinde información acerca de su situación, pudiendo profundizar en aquellos que se considere necesario.

* Herramienta propuesta en la "Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género" del Ministerio de la Mujer, Géneros y Diversidad: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_herramientas_para_la_deteccion_de_senales_tempranas_de_las_violencias_por_motivos_de_genero.pdf

Argentina **unida**

111

Datos de la persona/ en situación de violencia

Apellido y Nombre de pila / Apodos

¿cómo quiere ser llamadx?

¿Qué pronombres usa?

.....
.....
.....

Género autopercebido

- Mujer
- Mujer trans
- Varón trans
- Travesti
- Transgénero
- Queer
- Intersexual
- No binarix
- Prefiere no decirlo
- Otro

Edad

.....

Nacionalidad

.....

Idioma en el que se expresa

.....

¿Tiene documento de identidad?

Sí No

¿La persona agresora sustrajo/retuvo su documento?

Sí No

¿La persona está en situación de refugio?¹

Sí No

¿La persona está en conflicto con la ley penal?²

Sí No

Domicilio/ barrio/ lugar de residencia

.....
.....
.....

Teléfono de contacto

Consultar si la línea es propia y horarios preferenciales de contacto

.....
.....

1. Releva si la persona está en situación de refugio: personas que se encuentran fuera de su país de origen por temor a la persecución, al conflicto, la violencia generalizada, u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público y, en consecuencia, requieren protección internacional. Según lo definido por en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951.

2. Persona en conflicto con la ley penal: persona cuya responsabilidad en la comisión de un delito es o fue investigada en el marco de una causa penal. Puede estar o no detenida, y en el caso de estarlo, puede cumplir su arresto en su domicilio.

Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género

Situación laboral, ingresos económicos

¿Trabaja actualmente? ¿Cómo es la contratación en su trabajo?

Sí No

.....

¿Percibe algún programa, prestación o asignación?

- Asignación Universal por Hijxs
- Potenciar Trabajo
- Programa Acompañar
- Otros

.....

Si no accede, ¿quisiera acceder?

Sí No

¿Cobra jubilación o pensión?

Sí No

¿Tiene hijxs? ¿De qué edades?

Sí No

.....

¿Tiene personas a cargo?

Sí No

.....

¿Sus ingresos son suficientes para cubrir sus gastos?

Sí No

Situación salud

Enfermedad crónica o diagnóstico de salud mental

Sí No

Embarazo

Sí No

Estados anímicos como:

- Agitación
- Angustia
- Ansiedad
- Culpa y/o vergüenza
- Desborde anímico
- Desgano
- Dificultad para expresarse
- Inseguridad
- Miedo
- Reticencia a dar información
- Retraimiento
- Sensación de persecución
- Otros

.....

Argentina **unida**

11

Intento de suicidio:

Tuvo intentos de quitarse la vida deliberadamente

Sí No

Consumos problemáticos:

- Drogas
- Alcohol
- Medicamentos psiquiátricos
- Otros

.....
.....
.....

¿La persona tiene alguna discapacidad? ¿Cuál?

Sí No

.....
.....

Situación habitacional

Identificar o indagar si tiene vivienda propia, alquilada o es prestada, si la vivienda es propiedad del agresor o está en situación de calle.

.....
.....
.....

¿Cómo es la seguridad del lugar donde vive?
Por ejemplo: ¿tiene puerta, cerradura, rejas, alarmas?

.....
.....

Redes, grupo familiar y vínculos afectivos

¿Cómo está compuesta la red de confianza? ¿Cuenta con ayuda (afectiva y/o económica) por parte de familia, amigxs, compañerxs de trabajo, vecinxs u otrxs allegadxs?

.....
.....
.....
.....

Por urgencias o ayuda ¿tiene a dónde recurrir?

En caso de necesitar ayuda inmediata relevar si hay algún vínculo de confianza que pueda asistirlo.

.....
.....
.....

¿Participa de alguna organización?

Social, barrial, política, religiosa, comedor, club social o deportivo, centro cultural, de salud, cooperativa, otras.

Sí No

.....
.....
.....
.....

Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género

Datos de la persona agresora

Consignar el vínculo entre la persona agresora y quien está en situación de violencia

.....

Tiempo de relación con la persona agresora:
Identificar el tiempo total de duración de la relación

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y menos de un año
- Entre 1 año y menos de 6 años
- 6 años y más

Convivencia con persona agresora:
si comparte la vivienda o el lugar de residencia con la persona agresora.

Sí No

¿Hay hijx en común con la persona agresora?

Sí No

Ingresos y situación laboral:

¿Percibe programas, prestación, asignación Estatal? ¿Cobra jubilación o pensión?

Sí No

.....

¿Es o fue funcionarix público?

Por ejemplo, personal de las fuerzas de seguridad, personal de las fuerzas armadas, funcionarix del poder ejecutivo o judicial nacional, provincial o municipal.

Sí No

.....

.....

Antecedentes penales:

Refiere a si quien agrede tiene antecedentes penales por delitos contra la vida, la integridad sexual u otros delitos.

Sí No

.....

.....

Acceso a armas de fuego:

Relevar si quien agrede tiene tenencia, portación legal o ilegal de arma de fuego o algún tipo de acceso a armas de fuego, registrada o no.

.....

.....

Argentina **unida**



Antecedentes de violación de medidas de restricción:

Refiere a si la personas agresora ha incumplido medidas de restricción dispuestas por autoridades competentes por casos de violencia por motivos de género.

Sí No

.....
.....

Consumos problemáticos:

- Drogas
- Alcohol
- Medicamentos psiquiátricos
- Otros

.....
.....
.....

Datos de la situación de violencia

Se sugiere estar atentxs a los temas y datos que hayan aparecido durante el relato para no obligar a la persona a repetir información que ha brindado.

.....
.....
.....

Frecuencia de las violencias:

Indagar sobre la frecuencia con la cual se produjeron los hechos de violencia.

Una vez: el hecho de violencia ocurrió una sola vez y no se volvió a repetir en el tiempo.

Varias veces: los hechos de violencia ocurren/ocurrieron de vez en cuando.

Muchas veces: la ocurrencia de los hechos de violencia se manifiesta en repetidas ocasiones.

Periodo de ocurrencia vigencia de las violencias:

- Actual
- Hace más de seis meses
- Hace más de un año

En los casos donde ya no hay violencia

Identificar por cuánto tiempo ocurrieron los hechos de violencia.

.....
.....

Ataques previos con armas blancas, fuego, ahorcamiento o asfixia contra la víctima por el mismo agresor.

Sí No

.....
.....

Relevar si aumentó la intensidad de la violencia en el último mes.

Sí No

Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género

Verificar la percepción de peligro de muerte:
 Peligro de que el agresor atente contra la integridad física.

Sí No

.....

Violencia contra niños y/o personas con discapacidad que no constituye violencia por motivos de género:

Se busca dejar registro de la presencia de actos violentos contra niños y/o personas con discapacidad por parte de quien ejerce la violencia por motivos de género.

.....

Efectos sobre la salud y la integridad física:

Remite a que la persona en situación de violencia presenta efectos físicos sobre la salud y secuelas tanto físicas como emocionales graves, tales como:

- Discapacidad
- Heridas graves
- Pérdida de órganos
- Quemaduras graves
- Fracturas
- Desgarros
- Lesiones
- Cicatrices
- Hematomas
- Aborto provocado por el agresor

- Golpes estando embarazada
- Malformación fetal
- Embarazo no deseado
- Infertilidad
- VIH
- Enfermedades de transmisión sexual
- Depresión
- Otros.

.....

Expulsión del hogar por parte de la persona agresora:

En los casos de violencia doméstica, relevar si la persona en situación de violencia ha sido expulsada de la vivienda que comparte o ha compartido con las personas agresoras. Relevar si hubo separación reciente de la pareja.

Sí No

.....

Verificar si hubo contacto con agencias estatales:

Si hubo denuncias o pedidos de intervención estatales.

Sí No

.....

GUÍA PRÁCTICA 4

Cómo detectar una situación de alto riesgo*

Esta guía puede ser de utilidad al equipo de salud cuando se encuentre ante **situaciones que indican alto riesgo** de violencia hacia mujeres y LGBTI+, y que requieren acciones inmediatas y articuladas entre diferentes componentes de la **red de servicios socio-sanitaria**.

Algunos ejemplos de este tipo de situaciones son:

- Violencia Sexual.
- Violencia Física que requiera asistencia de salud.
- Ideas y/o intentos de suicidio y/u homicidio.
- Incumplimiento por parte de la persona agresora de medidas cautelares impuestas por la justicia competente.

Para la valoración del riesgo de violencia hacia una persona y su grupo familiar, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La presencia de indicadores de riesgo.
- El análisis de los antecedentes que han caracterizado el vínculo entre la persona agresora y la persona en situación de violencia.
- La valoración de riesgo subjetiva de las mujeres y LGBTI+.

* La presente guía práctica se basa en la "Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género" del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.

Para evaluar cómo intervenir y articular con otros servicios e instituciones es necesario distinguir si la situación de VMG que la persona se encuentra atravesando puede identificarse como una emergencia o una urgencia.

Emergencia (requiere acciones no planificadas):

- Es toda aquella circunstancia que compromete la vida, la integridad física o la libertad tanto de mujeres, LGBTI+ y NyA.
- Requiere intervención policial y judicial inmediata. Llamar al 911.
- Implica coordinar acciones entre organismos estatales necesarios para brindar un acompañamiento correcto.

Urgencia (requiere acciones planificadas):

- Es aquella situación que se presenta sin riesgo de vida y requiere acciones y asistencia a corto plazo.
- Permite pensar estrategias y acciones para intervenir en el corto y mediano plazo.
- Implica coordinar acciones entre los recursos y políticas públicas locales, provinciales y/o nacionales.

Los indicadores de riesgo permiten caracterizar y contextualizar las situaciones de VMG. Constituyen parámetros que posibilitan analizar el nivel de riesgo que corre una persona en términos de integridad física y psicológica y la premura o urgencia en la intervención, acompañamiento y/o derivación a instituciones estatales para evitar una situación de gravedad o violencia extrema.

Si bien existen indicadores de riesgo que podrían concebirse como objetivos, deben ser considerados de acuerdo con el **territorio y contexto** en que la situación esté ocurriendo, así como la singularidad de las personas.

Si regresar a la casa conlleva un riesgo para la mujer y LGBTI+, así como para NyA u otras personas significativas, resulta fundamental hablar respecto a la importancia de definir un **sitio cuidado** al que acudir. Este sitio puede ser la casa de alguna persona de su entorno que identifique como referente vincular.

Es imprescindible articular con el servicio social y las áreas de género y diversidad y/o con la red de servicios socio-sanitarios para brindar apoyos y cuidados apropiados, así como un alojamiento cuidado en caso de ser necesario.

En el caso de mujeres y LGBTI+ con NyA a cargo, ofrecer la articulación con los organismos de protección de derechos de NyA, para fortalecer la red de cuidados y considerar intervenciones posibles (medidas de abrigo y protección, gestión de recursos, etc.).

Es importante establecer articulación para la intervención policial y judicial inmediata.

Seguimiento

Es muy importante asegurarse de poder establecer algún contacto (número de teléfono de la persona, de referente vincular, dirección o lugar de vivienda, entre otros) para continuar la comunicación. Sostener las mismas reglas de **confidencialidad que enmarcan todo trabajo en el ámbito de la salud**. Mantener precauciones respecto a las comunicaciones a realizar con la persona y/o su entorno con posterioridad a la consulta, a fin de evitar su exposición a situaciones de peligro.

GUÍA PRÁCTICA 5

Cómo elaborar un plan de cuidados

La elaboración de un **Plan de Cuidados** puede resultar útil no sólo para las personas que se encuentran en una situación de alto riesgo, sino también para aquellas mujeres y LGBTI+ que no corren un riesgo tan elevado e inmediato de violencia. Contar con un plan contribuye a encontrarse en **mejores condiciones** de manejar la situación en el caso de que las violencias se agudicen repentinamente.

Cómo hacer un Plan de Cuidados

Lugar cuidado a donde ir	→	Si tenés que salir de tu casa rápidamente, ¿a dónde podrías ir?
Qué hacer si tiene NyA a cargo	→	¿Te irías sola o te llevarías a tus NyA?
Transporte	→	¿Cómo llegarías hasta allí?

<p>Qué llevarse</p>	<p>→ ¿Tendrías que llevarte algún documento, llaves, dinero, ropa u otras cosas? ¿Cuáles serían las cosas esenciales que necesitarías llevarte?</p>
	<p>→ ¿Podés guardar todas esas cosas juntas en un lugar seguro o dejarlas con alguien, por si acaso?</p>
<p>Aspectos económicos</p>	<p>→ ¿Contás con dinero si tenés que irte? ¿Lo tenés guardado en un lugar seguro? ¿Podés disponer de él en caso de emergencia?</p>
<p>Referente vincular en el barrio</p>	<p>→ ¿Podés hablarle a alguna persona de confianza para que llame a la policía o acuda en tu ayuda si escucha que hay violencia en tu casa?</p>

¿Cómo llevar adelante el Plan de Cuidados si la persona en situación de VMG considera que debe irse de la casa?

Si la persona en situación de VMG considera que deberá **abandonar la casa**, es necesario planificar los pasos a seguir.

Si es posible se le recomienda elegir el **momento más conveniente** para concretar la salida. Es crucial enfatizar que sólo debe conversar sobre el plan con aquellas **personas** que resulten de su **máxima confianza**, preferentemente quienes cumplan alguna tarea en el marco del mismo (alojarla, brindarle apoyo y contención, etc.).

Esto es importante para **fortalecer los cuidados** y disminuir las posibilidades de que su agresor tome conocimiento de lo planificado y se agudicen las violencias.

Es fundamental sugerir a la persona que guarde sus elementos personales en una bolsa y la lleve a alguna persona de su confianza, o la esconda en algún lugar de la casa que el agresor no suela revisar.

A continuación, se propone un posible **Kit de Elementos de Cuidado**.

Kit de elementos de cuidados

- Duplicado de las llaves de la casa
- Documentos personales de la persona y de sus NyA a cargo (partidas de nacimiento, DNI, libreta de matrimonio –si está casada–, libretas de vacunas, etc.)
- Documentos legales (de denuncias anteriores, de la propiedad, etc.)
- Dinero
- Tarjeta Bancaria
- Celular
- Medicinas que tomen de manera habitual la persona y/o sus NyA a cargo (si tienen alguna enfermedad)
- Mudras de ropa de la persona y de sus NyA a cargo

¿Cómo evitar poner en mayor riesgo a la mujer o LGBTI+ en situación de Violencias por Motivos de Género?

Es importante que al momento de realizar la entrevista, se genere un **ambiente de confianza** para que la persona pueda expresar lo vivido y junto al equipo de salud valorar el riesgo tanto para sí como hacia sus vínculos significativos, y elaborar el plan de cuidados. Ofrecer un **espacio de privacidad y confidencialidad**, considerando que no es un requerimiento que la persona se encuentre sola, sino que, por el contrario, puede solicitar la presencia de alguien en calidad de acompañante.

Si la persona en situación de VMG se presenta a la consulta junto a **NyA a cargo**, se puede pedir a alguien del equipo de salud que les cuide mientras conversan.

Mantener siempre la **confidencialidad de la historia clínica**. Dicho documento debe conservarse en un lugar seguro y no debe estar sobre un escritorio ni a la vista de cualquier persona.

Hablar con la persona en situación de violencia respecto a la posibilidad de llevar consigo los documentos pertinentes (para la policía, por ejemplo). Conversar sobre qué hacer con ellos y cómo guardarlos apropiadamente.

GUÍA PRÁCTICA 6

La denuncia como estrategia*

Es importante entender la **denuncia como parte de una estrategia integral** que se construye junto a la mujer y LGBTI+ en situación de VMG. Esa construcción puede conllevar un tiempo, el necesario para fortalecer su autonomía e iniciar y sostener un proceso judicial.

Si bien es usual escuchar que las mujeres y LGBTI+ deberían realizar la denuncia policial y/o judicial siempre, es importante recordar que **la denuncia es un derecho, no una obligación**. Llevar adelante un proceso judicial es una opción y una decisión personal de las personas adultas que atravesaron situaciones de VMG.

En muchas ocasiones puede ocurrir que las personas en situación de VMG no quieran interponer una denuncia.

Esto puede deberse a distintos factores:

- **Temen** que se agraven las violencias si denuncian.
- Tienen **NyA a cargo** y les preocupa el impacto que pueda tener realizar esa acción.
- **Dependen económicamente** del agresor.
- **No cuentan con información** respecto a los recursos disponibles, las medidas de protección y/o las características de los procesos judiciales.

* Esta guía práctica se basa en la "Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género"

- **Desconfían** que denunciando puedan efectivamente salir de la situación de VMG en la que se encuentran.
- Se encuentran **amenazadas** por el agresor y/o personas de su entorno.
- Pueden tener previamente experiencias personales o de otras personas conocidas que resultaron "negativas".
- La personas migrantes pueden **no conocer todos sus derechos** y temer que la denuncia perjudique su regularidad migratoria, que como consecuencia las exponga a ser expulsadas del país o a perder la tenencia de NyA a su cargo.

En otras oportunidades, puede ocurrir que las personas consultantes se muestren decididas a hacer la denuncia, y demanden información orientadora para vehicular su decisión.

En ambas situaciones, es importante **respetar la voluntad de las personas**, y brindar una atención que apunte a fortalecer su autonomía:

- Explicar que tienen derecho a acceder a la justicia y que hacerlo o no es su decisión personal. Hacer hincapié en la importancia de contar con la información necesaria para ello, indicándoles los recursos de asesoramiento existentes.
- Destacar también la diferencia entre una consulta de asesoramiento y una consulta para presentar una denuncia, señalando que es una alternativa acudir a aquellos lugares donde puedan orientarlas, facilitarles información y despejar posibles inquietudes, para que puedan tomar una decisión basada en la información disponible.
- En el caso de personas que manifiesten no querer realizar una denuncia por el momento, resaltar que asesorarse también puede serles útil para conocer qué alternativas existen si eventualmente consideran necesario avanzar en una denuncia.

- Expresar la disponibilidad del equipo de salud para realizar las articulaciones necesarias en caso de que las personas se muestren interesadas en acceder a un espacio de asesoramiento.
- Proponer a la persona una nueva consulta si desea seguir conversando respecto al tema.
- Siempre destacar que la denuncia debe ser pensada en el marco de una estrategia integral. Elaborar un plan de cuidado, fortalecer sus redes de apoyo, contar con otros recursos (económicos, de abordaje psicosocial, comunitarios, etc.) constituyen también elementos de gran relevancia en la estrategia a desarrollar.

En la consulta

Es fundamental contar con un recursoro actualizado, con información respecto a las redes e instituciones locales de referencia para las acciones de orientación, asesoramiento, contención, patrocinio jurídico y denuncia. El mismo resultará de gran ayuda al momento de brindar respuesta a una persona en situación de VMG (véase la Guía Práctica 7).











GUÍA PRÁCTICA 7

Recursero local para el abordaje y acompañamiento ante situaciones de VMG






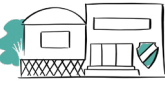




El recursero local es una herramienta imprescindible para brindar respuestas situadas en el marco de un abordaje integral de las situaciones de VMG. Se trata de un instrumento que centraliza toda la información relativa a los recursos disponibles en su jurisdicción, resultando de gran utilidad a la hora de diseñar una estrategia para la atención y acompañamiento en red.

En la siguiente página se propone un modelo de **Recursero para el abordaje y acompañamiento ante situaciones de VMG**, que puede completar junto al equipo de su centro de salud. Es importante actualizar esta herramienta de manera periódica.

RECURSOS LOCAL PARA EL ABORDAJE Y ACOMPAÑAMIENTO ANTE SITUACIONES DE VMG

TIPO DE SERVICIO	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	PERSONA A QUIEN ACUDIR Y DATOS DE CONTACTO	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
	CENTRO DE SALUD (APS)		
	AREA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD		
	REFUGIO PARA MUJERES Y LGBTI+		
	GRUPOS DE AYUDA MUTUA		
	HOSPITAL		
	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
	SERVICIO DE SALUD MENTAL		
	SERVICIOS AMIGABLES PARA LA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE		
	JARDÍN DE INFANTES Y/O INSTITUCIONES INFANTILES		
	CENTRO COMUNITARIO		

RECURSOS LOCAL PARA EL ABORDAJE Y ACOMPAÑAMIENTO ANTE SITUACIONES DE VMG

TIPO DE SERVICIO	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	PERSONA A QUIEN ACUDIR Y DATOS DE CONTACTO	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
	INSTITUCIONES RELIGIOSAS		
	INSTITUCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
	HOGARES PARA NYA		
	COMISARÍA		
	CENTRO CULTURAL		
	CLUB DEPORTIVO		
	COLECTIVO LGBTI+		
	ÁREA DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE DERECHOS DE NYA		
	INSTITUCIONES EDUCATIVAS		
	ORGANIZACIONES SOCIALES Y/O FUNDACIONES		

GUÍA PRÁCTICA 8

Atención de la salud ante situaciones de Violencias por Motivos de Género

Las Violencias por Motivo de Género (VMG) afectan a Mujeres y LGTBI+.

Ante la presencia o sospecha de VMG

Herramienta de APOYO de primera línea ANIMA

A

Atención al escuchar

Escuchar activamente a la persona para la **detección** de las violencias.

N

No juzgar y validar

Creerle a la persona y no juzgarla **evita la revictimización**.

I

Informarse sobre las demandas y preocupaciones

Valorar su **situación particular**, sus demandas, preocupaciones, opciones y recursos.

M

Mejorar las estrategias de cuidados

Evaluar riesgos y elaborar un **plan de cuidados** de la salud.

A

Abordaje en red

Elaborar **recursero** socio-sanitario. Identificar y fortalecer las redes vinculares y afectivas de la persona.

IMPORTANTE

- Respetar la **autonomía** de las personas.
- Si se requiera **atención** de urgencia: brindar el tratamiento adecuado y/o derivar al Servicio de Emergencia y gestionar ingreso hospitalario. Atender las **demandas** por las cuales la persona acude a la consulta.
- Ofrecer consultas de **seguimiento**.
- Informar las **redes** e instituciones locales de referencia para las acciones de orientación, asesoramiento, contención, patrocinio jurídico y denuncia.
- La **denuncia** es un derecho, no una obligación y no condiciona ninguna práctica de salud.

GUÍA PRÁCTICA 9

Lista de verificación para el examen físico

PRESTAR ATENCIÓN A

BUSCAR Y REGISTRAR

EXAMEN GENERAL

- Aspecto general
- Manos y muñecas, antebrazos, superficies internas de los brazos y las axilas
- Rostro, incluida la cavidad bucal
- Oídos y orejas, incluida la parte posterior de las orejas
- Cabeza
- Cuello y nuca
- Tórax, incluidos los senos
- Abdomen
- Nalgas, muslos, incluido el lado interno, piernas y pies

- Hemorragias activas
- Hematomas
- Eritemas o edemas
- Cortes o abrasiones
- Indicios de que le han arrancado pelo o de pérdida reciente de dientes
- Lesiones como marcas de mordeduras o heridas por arma de fuego
- Indicios de lesiones abdominales internas
- Rotura del tímpano
- Marcas y lesiones preexistentes

EXAMEN GENITAL Y ANAL

- Genitales externos
- Genitales internos (inspección con espéculo)
- Zona anal (externa)

- Hemorragias activas
- Hematomas
- Eritemas o edemas
- Cortes o abrasiones
- Presencia de objetos extraños

EXAMEN DE LABORATORIO BASAL

- Hepatograma
 - Función renal
 - Subunidad beta HCG
 - Test de hepatitis A
 - Test de hepatitis B
 - Test de hepatitis C
 - Test de sífilis
 - Screening de VIH
 - Evaluar necesidad de hemograma completo
-

GUÍA PRÁCTICA 10

Seguimiento después de una agresión sexual

SEGUIMIENTO A LAS 2 SEMANAS

- Continuar con el apoyo de primera línea “ANIMA”.

Lesiones

- Hemorragias activas.
- Comprobar que las lesiones estén sanando apropiadamente.

PEP para prevenir VIH y otras ITS

- Realizar la evaluación clínica y el monitoreo de eventos adversos.
- Comprobar que la persona haya completado el tratamiento contra las ITS.
- Si está tomando la PEP, comprobar el cumplimiento en la toma de los medicamentos.
- En personas en riesgo sustancial de infección por VIH, articular derivación protegida a servicio de prevención combinada con capacidad de provisión de PrEP*.
- Hablar con la persona sobre los resultados de las pruebas de laboratorio.
- En caso de IgG negativa para hepatitis A indicar la vacunación en población susceptible.

* Uso de PrEP como parte de una estrategia de Prevención combinada. Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud. Actualización 2022. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001669cnt-directrices-clinicas-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf>

SEGUIMIENTO A LAS 2 SEMANAS

Embarazo forzado

- Realizar la prueba de embarazo si ha habido riesgo. Si resulta positiva, informar a la persona de las opciones disponibles de conformidad con la legislación vigente (Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo). Articular con servicios que garanticen IVE/ILE.

Salud mental

- Realizar evaluación psicosocial y del impacto en la salud mental de la persona. Si se detecta algún problema, programar apoyo psicosocial (más información en el Capítulo 4).

Seguimiento

- Recordar a la persona acudir nuevamente a las consultas de seguimiento al mes y a los seis meses para las siguientes dosis de la vacuna contra la hepatitis B, o a los tres y seis meses para la prueba del VIH, o bien acudir a consultas de seguimiento con los servicios de salud con los que ya se encuentre referenciada.
- Pedirle que regrese para seguimiento si se agrava el estado general de la salud, o bien si no hay mejoría alguna un mes después de la agresión.
- Programar la próxima consulta de seguimiento para un mes después de la agresión.

SEGUIMIENTO A LAS 6 SEMANAS

- Continuar con el apoyo de primera línea “ANIMA”.

PEP para prevenir VIH y otras ITS

- Realizar la evaluación clínica y el monitoreo de eventos adversos
- Realizar los siguientes estudios:
 - Test de hepatitis C, Test ELISA o similar (en caso de alteración de hepatograma).
 - Test de Sífilis (se prefiere el uso de test rápido o VDRL en caso de estar disponible).
 - Screening de VIH Se prefiere el uso de test rápido.
- Si es necesario, administrar la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Recordar a la persona la fecha de la dosis de los seis meses.

Embarazo forzado

- Repetir la prueba de embarazo si ha habido riesgo o ante ausencia de menstruación. Si resulta positiva, informar a la persona de las opciones disponibles de conformidad con la legislación vigente (Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo). Articular con servicios que garanticen IVE/ILE.

SEGUIMIENTO A LAS 6 SEMANAS

Salud mental

- Realizar evaluación psicosocial y del impacto en la salud mental de la persona. Preguntarle si se siente mejor. Si refiere algún padecimiento nuevo o persistente, gestionar apoyo psicosocial.
- En caso de ansiedad, pánico, angustia, rabia, deseos de venganza, autorreproches, pesadillas, temores, trastornos sexuales, flashbacks, asco, rechazo al cuerpo, véase el Capítulo 4, que explica cómo proceder.
- Si es posible, articular con el equipo de salud mental especializado en el abordaje de las VMG.

Seguimiento

- Programar la próxima consulta de seguimiento tres meses después de la agresión.

SEGUIMIENTO A LAS 12 SEMANAS

- Continuar con el apoyo de primera línea “ANIMA”.

PEP para prevenir VIH y otras ITS

- Realizar la evaluación clínica y el monitoreo de eventos adversos.
- Realizar los siguientes estudios:
 - Test de hepatitis C, Test ELISA o similar (en caso de alteración de hepatograma).
 - Test de Sífilis (se prefiere el uso de test rápido o VDRL en caso de estar disponible).
 - Screening de VIH Se prefiere el uso de test rápido.
- Ofrecer la orientación y la prueba del VIH. Para esto, articular con un servicio de prevención, tratamiento y atención del VIH y realizar una derivación asistida de la persona, asegurándose de que dicho servicio cuenta con una consejería previa y posterior a la prueba del VIH.

Salud mental

- Realizar evaluación psicosocial y del impacto en la salud mental de la persona. Preguntarle si se siente mejor. Si refiere algún padecimiento nuevo o persistente, articular apoyo psicosocial.
- En caso de ansiedad, pánico, angustia, rabia, deseos de venganza, autorreproches, pesadillas, temores, trastornos sexuales, flashbacks, asco, rechazo al cuerpo, véase el Capítulo 4, que explica cómo proceder. Si es posible, articular con el equipo de salud mental especializado en el abordaje de las VMG.

Seguimiento

- Programar la próxima consulta de seguimiento para seis meses después de la agresión. Además, si procede, recordar a la persona sobre la dosis de los seis meses de la vacuna contra la hepatitis B.

SEGUIMIENTO A LAS 24 SEMANAS

- Continuar con el apoyo de primera línea “ANIMA”.

PEP para prevenir VIH y otras ITS

- Si es necesario, administrar la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B.
- Recordar segunda dosis de vacuna contra el VHA si estuviera indicada.

Salud mental

- Evaluar el estado emocional y mental de la persona. Si refiere algún padecimiento nuevo o persistente, gestionar apoyo psicosocial.
- En caso de ansiedad, pánico, angustia, rabia, deseos de venganza, autorreproches, pesadillas, temores, trastornos sexuales, flashbacks, asco, rechazo al cuerpo, véase el Capítulo 4, que explica cómo proceder. Si es posible, articular con el equipo de salud mental especializado en el abordaje de las VMG.

Calendario de pruebas de laboratorio

Calendario de pruebas		
PRUEBA	PRUEBA INICIAL	REPETICIÓN
Embarazo	En la primera consulta	A las 2 y a las 6 semanas
Clamidia, gonorrea, tricomoniasis	En la primera consulta	No
Sífilis	En la primera consulta	A las 6 semanas
VIH	Ofrecer de forma sistemáticas en la primera consulta*	A las 6 y a las 12 semanas
Hepatitis A	En la primera consulta	No
Hepatitis B	En la primera consulta**	No

* La PEP debe ofrecerse en todos los casos en la primera consulta, excepto en personas con infección por VIH conocida previamente. Su inicio en ningún caso debe demorarse a la espera del resultado del test de VIH basal ni otros estudios.

** Realizar, si es posible, la prueba si la persona no está segura de haber recibido las tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Si la prueba tomada en la primera consulta indica que está inmunizada, no se requerirá una nueva vacuna.

GUÍA PRÁCTICA 11

Atención ante situaciones de violencia sexual*

Las personas que han vivido una situación de violencia sexual pueden acceder al sistema de salud a través de:

• Servicios de Emergencia • Consultorios Externos de los Hospitales • Centros de Salud

¿Está comprometida la integridad física / psíquica o la vida?

SI

- Brindar atención de inmediato y/o derivar al Servicio de Emergencia u hospital para su atención y estabilización.
- Evaluar la necesidad de protección legal de la persona.

NO

- Ofrecer apoyo de primera línea ANIMA.

Durante la atención integral, el equipo de salud debe:

- Describir cada práctica que se va a realizar.
- Obtener consentimiento informado.
- Realizar la historia clínica, incluida la historia de salud sexual y reproductiva.
- Efectuar el examen físico completo, incluido el examen genital y anal si fuera necesario.
- Evaluar impacto emocional y psicológico.

Tiempo transcurrido luego del evento

Acciones a realizar	- 72 hs	+ 72 hs
Considerar Profilaxis Post Exposición (PEP) contra el VIH	✓	✗
Ofrecer anticoncepción de emergencia	✓	hasta el 5º día
Ofrecer prevención/tratamiento para las ITS	✓	✓
Ofrecer articulación para recolección de evidencia médico-forense	✓	hasta el 5º día
Ofrecer vacunación contra la Hepatitis B	✓	✓
Considerar prueba de embarazo. Informar sobre acceso a Interrupción Legal del Embarazo - Interrupción Voluntaria del Embarazo (ILE - IVE)	✓	✓

IMPORTANTE

- Informar sobre el **derecho a denunciar** la agresión sexual y/o física.
- **Precauciones:** no prescribir rutinariamente benzodiazepinas ni antidepresivos.
- Programar **consultas de seguimiento** al cabo de 2, 6, 12 y 24 semanas.

* El acceso de las personas que han vivido una situación de violencia sexual puede producirse por el Servicio de Guardia o por los Consultorios Externos de distintos servicios. La persona debe ser recibida y acompañada inmediatamente hasta el equipo especializado, si lo hubiere, o a las personas profesionales identificadas como de referencia para estas situaciones.

GUÍA PRÁCTICA 12

Atención clínica en NyA ante violación u otro tipo de contacto genital*

En la presente guía práctica, se detalla el abordaje clínico médico propuesto frente a violaciones u otras formas de violencia sexual contra NyA en las que no se ha podido descartar el contacto genital.

Tanto la profilaxis post-exposición (PEP) como la anticoncepción hormonal de emergencia ofrecen una oportunidad de intervención: mientras antes se administren, mayor efectividad tienen.

La Profilaxis Post-Exposición (PEP) contra el VIH debe instaurarse lo antes posible, siempre **dentro de las primeras 72 horas (3 días) tras la agresión sexual**.

La anticoncepción de emergencia debe iniciarse también lo antes posible en NyA con capacidad de gestar y puede tomarse **dentro de las primeras 120 horas (5 días)** siguientes a la situación de violencia sexual. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, su eficacia es del 95% y disminuye progresivamente con los días.

Si ya es muy tarde para aplicar estos pasos, aún es posible:

- Realizar exámenes de laboratorio.
- Ofrecer tratamiento y prevención de las ITS.
- Ofrecer vacunas, por ej. contra la hepatitis B.

* La presente Guía Práctica se basa en el Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales (2021). Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

- Realizar las pruebas de embarazo y del VIH.
- Frente a confirmación de embarazo, realizar la consejería en derechos que informe sobre el derecho a la IVE/ILE, la posibilidad de continuar el embarazo, incluyendo los riesgos obstétricos y psicosociales, y las posibilidades de materner o dar en adopción.
- Brindar seguimiento clínico.

Exámenes de laboratorio (Ver detalle en tabla 1)

Cultivos

- Cultivo de *N. gonorrhoeae* (Gonococo).
- Cultivo para *Chlamidia trachomatis*.

Análisis de sangre

- Serologías para Sífilis.
- VIH: test ELISA o similar, previo consentimiento y asesoramiento.
- Hepatitis B (HBV): en personas vacunadas se recomienda dosaje cuantitativo de anticuerpos anti antígeno de superficie (HBsAc). En personas no vacunadas o en quienes el historial de inmunizaciones no esté disponible se dosará además antígeno de superficie (HBsAg) y anticuerpos contra la proteína del core (HBcAc), y se inicia esquema de vacunación para Hepatitis B.
- Hepatitis C (HCV).
- Hepatograma y función renal para expuestos a Tenofovir.
- Test de embarazo: para diagnóstico de embarazo previo en personas con capacidad de gestar. En caso de faltar este estudio, de todas formas, deben comenzarse las profilaxis y demás intervenciones recomendadas (profilaxis para VIH, anticoncepción de emergencia, etc.).
- Otros: de acuerdo al criterio clínico de cada caso en particular.

Período de ventana:

Es el tiempo que transcurre desde que el virus entra al cuerpo hasta que la prueba es capaz de detectarlo. Durante este lapso -que es de hasta 21 días- las pruebas van a dar negativas aunque la persona esté infectada. Por eso es importante poder analizar las posibilidades reales de haberse infectado durante el último mes.

TABLA 1
Evaluación inicial y seguimiento post exposición a VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Línea de base (LB)	Visita Inicial	4-6 semanas	3 meses	6 meses
HIV (4ta g) (a)	X	X	X	
HBsAg	X			X
Anti HBc	X			Si era negativo en la visita inicial.
Anti HBsAg	X			
PCR ARN HCV Ac HCV (b)	X			
Sífilis Idealmente pruebas treponémicas (PT), sino PNT (c)	X	X		X (c)
Cultivo para N. gonorrhoeae (d)	X	Por métodos moleculares		
C. trachomatis (e)	X	Por métodos moleculares		
Para los expuestos a TDF (tenofovir)				
Creatinina	X	X		
TGO/TGP	X	X		

a. Solicitar test de ELISA **VIH** de 4ta generación basal, si no estuviera disponible, test rápido para VIH. Si se realiza ELISA VIH de 4ta generación se realizará control en la visita inicial, entre las 4 a 6 semanas y a los 3 meses. Si se realizara otra metodología diagnóstica se solicitarán ELISA VIH al 6° mes.

b. Virus de Hepatitis C:

- Ac HCV y PCR ARN VHC negativo descarta la infección.
- Si Ac HCV fuera positivo, se debe solicitar PCR VHC y derivar al especialista.

c. Se utilizarán métodos treponémicos de diagnóstico rápido (PT) de estar disponibles, sino PNT. Si presentara una PT o PNT positiva para **sífilis**, debe recibir tratamiento con penicilina y luego confirmar con algoritmos diagnósticos vigentes.

d. Se recomienda cultivo de **N. gonorrhoeae** a partir de muestras recolectadas de la faringe y el ano en niños y niñas, la vagina en niñas, y la uretra en los niños. Las muestras cervicales no son recomendadas para las niñas prepúberes. Para niños es útil la muestra para cultivo de secreción uretral. Se realiza el aislamiento sólo por cultivo estándar. La coloración de Gram es insuficiente para evaluar a los niños prepúberes para gonorrea y no debe utilizarse para diagnosticarla o excluirla. Las muestras de la vagina, uretra, faringe o recto deben ser sembradas en medios selectivos para el aislamiento de *N. gonorrhoeae*.

e. Se recomienda cultivo para **C. trachomatis** a partir de muestras recolectadas de ano tanto en niños como en niñas y desde la vagina en niñas. También puede obtenerse una muestra de meato si hay secreción uretral. Las muestras faríngeas para *C. trachomatis* no son recomendadas para niños de ambos sexos porque la probabilidad de recuperación es baja, la infección adquirida perinatal puede persistir más allá de la infancia, y los equipos para hacer cultivo en algunos laboratorios no distinguen entre *C. trachomatis* y *C. pneumoniae*. Sólo

deben ser usados los equipos de cultivo estándar para el aislamiento de *C. trachomatis*. El aislamiento de *C. trachomatis* debe ser confirmado por identificación microscópica de inclusiones por Tinción con anticuerpos monoclonales conjugados con fluoresceína específico para *C. trachomatis*. El cultivo sigue siendo el método preferido para sitios extragenitales.

Anticoncepción de emergencia

Brindar anticoncepción de emergencia forma parte de la atención inmediata de las niñas y adolescentes con capacidad de gestar que hayan sido víctimas de una violación. Será adecuado contemplar también a aquellas niñas con estadio Tanner II, en adelante, de desarrollo puberal*.

Se debe brindar información sobre los tipos de anticonceptivos de emergencia existentes para que la persona pueda evaluar y elegir. Se deben considerar:

a. Métodos hormonales conocidos como Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE): debe ofrecerse inmediatamente y hasta 5 días después de la violación en personas con capacidad de gestar. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, su eficacia es del 95% y disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas. En personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² se recomienda usar doble dosis de AHE de levonorgestrel (AHE LNG).

Es importante tener a disposición AHE levonorgestrel 1,5 o 0,75 mg para NyA víctimas de violencia, ya que recurrir al Método Yuzpe puede ser dificultoso y traumático.

* Es aplicable la recomendación de OPS (2020) Como responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS.

Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822_spa.pdf

Dado que el uso de AE reduce, pero no elimina por completo la posibilidad de embarazo, el asesoramiento y seguimiento es clave: debe informarse sobre la importancia de la realización de un test de embarazo en caso de ausencia de menstruación en la fecha esperada y el derecho a la interrupción del mismo si se confirma el embarazo.

TABLA 2
Dosis recomendadas para la anticoncepción hormonal de emergencia

Droga	Dosis	Esquema de administración
Levonorgestrel 1,5 mg	1 solo comprimido de 1,5 mg	1 toma
Levonorgestrel 0,75 mg	2 comprimidos de 0,75 mg	Pueden tomarse los dos juntos o tomarse uno y a las 12 horas el siguiente

b. Si bien el DIU-Cu es un método eficaz de AE, se debe brindar información y contemplar que su colocación puede ser revictimizante o incluso en niñas no se contemple el uso de un método anticonceptivo. Si se coloca dentro de los 5 días posteriores al episodio, la tasa de embarazo es extremadamente baja; su efectividad es superior al 99%. Se recomienda colocarlo dentro de los 5 días posteriores al episodio, pero también puede insertarse después, si es dentro de los 5 días siguientes al día esperado para la ovulación.

Embarazo producto de una violación

En la Argentina, de acuerdo con la Ley 27.610, toda mujer, niña, adolescente y en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a decidir y acceder a una interrupción del embarazo hasta la semana 14 inclusive, del proceso gestacional sin explicitar los motivos de su decisión (Interrupción Voluntaria del Embarazo o IVE).

Además, tiene derecho a decidir y acceder a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en las dos causales contempladas en el artículo 86° del Código Penal: si el embarazo es resultado de una violación, o cuando existe peligro para su vida o su salud.

Es por eso que cuando, como producto de una violación, la persona queda embarazada siempre tiene derecho a interrumpir esa gestación. El equipo de salud debe informarle ese derecho y garantizarlo, si así lo solicita.

La interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin judicializar ni realizar intervenciones adicionales innecesarias, sean médicas, administrativas o policiales. Judicializar significa dar intervención de cualquier forma a organismos judiciales, violando, además, el secreto profesional y la confidencialidad.

No se requerirá ningún tipo de denuncia o autorización judicial; basta con el consentimiento informado de la persona que requiere la interrupción y, en el caso de que el acceso sea por causales (ILE), la declaración jurada de haber sido víctima de violación. Si se tratara de una niña embarazada menor de 13 años, requerirá la asistencia de quienes ejercen, formal o informalmente, roles de cuidado.

Al realizar la IVE o ILE, es importante recolectar y conservar adecuadamente muestras de material biológico con destino al proceso penal.

En los casos en que la niña o adolescente opte por realizar la IVE o la ILE, el equipo de salud deberá informar los métodos y valorar cuál es el procedimiento más apropiado.

Inmunizaciones

La vacunación involucra la profilaxis para la hepatitis B, la actualización del esquema de vacunación antitetánica y para VPH. Evaluar prudencialmente el momento más oportuno para completar otros esquemas de vacunación*.

Hepatitis B

En personas con esquema de vacunación contra hepatitis B completo no se indica refuerzo de la vacuna. En personas no vacunadas previamente, debe administrarse la primera dosis de vacuna anti HBV lo antes posible; y continuar con el esquema habitual (0- 1- 6 meses) de acuerdo al resultado de las serologías basales.

Tétanos

Si la persona no ha sido vacunada en los últimos 10 años (o no lo recuerda) indicar vacuna antitetánica o doble adulto. No se recomienda el uso de gammaglobulina antitetánica, salvo en presencia de heridas sucias (contaminadas con tierra o heces, que contienen tejidos desvitalizados o necróticos, por aplastamiento o explosión, etc.) en personas que no recibieron el esquema primario de 3 dosis de vacuna antitetánica.

VPH

En función de la oportunidad de atención, deberá tenerse en cuenta la vacunación para VPH a NyA de 9 a 14 años. Si la persona ha recibido dos o tres dosis, según la edad y el calendario nacional de vacunación, no se necesita ninguna vacuna más. Las niñas que reciben la primera dosis del VPH antes de los 15 años pueden usar un esquema de dos dosis. El intervalo entre las dosis debe ser de seis meses. Mientras no haya ningún intervalo máximo, se sugiere uno de 12 a 15 meses.

* Anexo 10 - Calendario de vacunación por edades. Pág. 214

Para las niñas y adolescentes de 15 años en adelante, debe recetarse un esquema de tres dosis (0, 1–2, 6 meses)*.

Prevención del VIH y otras ITS

Profilaxis post exposición (PEP) en NYA

Es importante comenzar tan pronto como sea posible, después de la exposición, idealmente dentro de las 2 hs y no más allá de las 72 hs. Se recomienda continuar con el tratamiento post-exposición durante 28 días.

La indicación de PEP corresponde siempre que el perpetrador sea una persona infectada por VIH con carga viral detectable o VIH desconocido.

En todos los casos se iniciará la profilaxis post exposición con TARV y se solicitará a la fuente de exposición (de ser posible):

1. ELISA VIH si el status al VIH es desconocido. Si el ELISA VIH de la fuente resultara negativa: se podrá suspender la profilaxis antirretroviral en los niños, niñas y adolescentes.

2. Carga viral (CV) para VIH si la fuente fuera VIH + conocida. No se recomienda indicar PEP en las exposiciones sexuales en que la persona fuente reciba TARV efectivo, tenga documentada la supresión virológica sostenida y sea adherente.

En los casos que no se pueda garantizar que se cumplen los criterios para definir que la persona se encuentra indetectable bajo TARV en forma sostenida, debe indicarse PEP, la cual puede suspenderse, si se cumplen los criterios de I=I.

* Organización Panamericana de la Salud (2020). Como responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS.

Conceptos para considerar I=I (indetectable = intransmisible):

- Tiempo para la supresión viral: La mayoría de los y las adolescentes con VIH logrará una carga viral indetectable dentro de las 24 semanas posteriores al inicio del tratamiento antirretroviral.
- Monitoreo regular de la carga viral. Es clave controlar la carga viral para garantizar que el virus se mantiene indetectable.
- Adherencia. Sostener el tratamiento antirretroviral de manera adecuada.

En los casos de duda se solicitará CV VIH de la persona fuente, si resultara CV VIH indetectable, se suspenderá la PEP.

TABLA 3
Regímenes de TARV para la PEP en NyA

Adolescentes > 13 años	Preferido
	Tenofovir + Emtricitabina ó
	Tenofovir + 3tc + Raltegravir o
	Dolutegravir
	Alternativo
	Tenofovir + Emtricitabina ó
Tenofovir + 3tc + darunavir/ritonavir	

Niñas y niños de 2 a 12 años

Preferido

Tenofovir + Emtricitabina ó
Tenofovir + 3tc + Raltegravir

Alternativo

- 1) Zidovudina/Lamivudina + Raltegravir o Lopinavir/Ritonavir
 - 2) Tenofovir + Emtricitabina ó Tenofovir + 3tc + Lopinavir/Ritonavir
 - 3) Tenofovir + Emtricitabina ó Tenofovir + 3tc
- + Darunavir/Ritonavir
en niñas/os que toman cápsulas

Niñas y niños de 1 mes a 2 años

Preferido

Zidovudina/3TC
+ Raltegravir o Lapinavir/Ritonavir

TABLA 4
Presentación, dosis e interacciones de antirretrovirales para PEP en NyA

Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

ZIDOVUDINA

Presentación	Dosis	Interacciones
- Jarabe: 10 mg./ml. - Cápsulas: 100 y 300 mg. - Comprimidos: 300 mg.	Según peso: 4-9 kg.: 12 mg./kg./dosis c/12 hs. 9-30 kg.: 9 mg./kg./dosis c/12 hs. >30 kg.: 300 mg. cada 12 hs.	No debe coadministrarse con: • Ganciclovir, valganciclovir, interferon alfa • Ribavirina
Combinados: ≥ 30 kg.: c/12 hs. AZT 300 mg. + 3TC 150 mg.		

TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO

Presentación	Dosis	Interacciones
Comprimidos: (245 mg. de TDF es equivalente a 300 mg. de Tenofivir)	Niñas/os 2 – 12 años: 8 mg./kg./dosis c/24 hs.	Disminuye las concentraciones plasmáticas
≥ 35 kg.: c/24 hs. TDF 245 mg. + FTC 200 mg.	Niñas/os > 12 años y >35 kg.: 245 mg. de TDF cada 24 hs.	• Lopinavir/r aumentan las concentraciones plasmáticas de tenofovir • Analgésicos

LAMIVUDINA

Presentación	Dosis	Interacciones
Solución oral: 10 mg./ml. Comprimidos: 150 y 300 mg.	Lactantes y niños y niñas (≥ 4 semanas): 4 mg./kg./dosis c/12 hs.	
Combos: 30 kg. c/12 hs. AZT 300 mg. + 3TC 150 mg.	Según peso (para ≥ 14 kg.): 14-20 kg.: 75 mg. c/12 hs. o 150 mg. c/24 hs. 20-25 kg.: 75 mg. – 150 mg. c/12 hs. o 225 mg. c/24 hs. ≥25 kg.: 150 mg. c/12 hs. o 300 mg. c/24 hs.	No se recomienda coadministrar con: • Emtricitabina

EMTRICITABINA

Presentación	Dosis	Interacciones
≥ 35 kg. c/24 hs. TDF 245 mg. + FTC 200 mg.	> 33 kg.: 200 mg. cada 24 hs.	No se recomienda administrar con: • Lamivudina

LOPINAVIR/RITONAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones
Solución oral 80 mg./20 mg./ml.	Niñas/os ≥ 12 meses hasta 18 años: Según superficie corporal. Dosis habitual: 300 mg./75 mg./m ² /dosis c/12 hs.	No coadministrar con:
Comprimidos: - 100 mg./25 mg. - 200 mg./50 mg.	Mayor a 18 años: 400/100 mg. c/12 hs. o 800/200 mg. c/24 hs.	<ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina • Dextropropoxifeno • Fluticasona • Budesonide • Hierbas/Vitaminas

DARUNAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones
	Niñas/os < 3 años o < 15 kg.: no aprobado	
	Niñas/os ≥ 3 años: En pacientes pediátricos y adolescentes se recomienda DRV potenciado con RTV	No recomendado coadministrar con:
Comprimidos: 150, 600 y 800 mg.	Peso (kg.) Dosis (2 veces al día) 30-40 kg. DRV 450 mg. + RTV 100 mg. ≥ 40 kg. DRV 600 mg. + RTV 100mg.	<ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina • Hierbas • Lopinavir/ritonavir
También aprobado para ≥ 18 años: cada 24 hs. - Comprimidos de DRV/r 800/100 mg.	Adolescentes (> 12 años) c/24 hs. 30-40 kg. DRV 675 mg. + RTV 100 mg. c/24 hs. ≥ 40 kg. DRV 800 mg. + RTV 100 mg. c/24 hs.	

DOLUTEGRAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones
	Niñas/os > 6 años -12 años:	
	Peso corporal (kg.)	Dosis
Comprimidos: 10, 25 y 50 mg.	15 a menos de 20 kg.	20 mg. una vez al día
	20 a menos de 30 kg.	25 mg. una vez al día
	30 a menos de 40 kg.	35 mg. una vez al día
	40 kg. o más	50 mg. una vez al día
	Adolescentes ≥ 12 años y ≥ 40 kg.:	• Antiácidos
	Dosis habitual 50 mg. c/24 hs.	

Prevención de otras ITS

La profilaxis en otras ITS busca reducir la posibilidad de transmisión de gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana*. Es necesario que se garantice un acompañamiento posterior cercano de la persona expuesta para asegurar la adherencia a los tratamientos que se consideren necesarios y para efectuar los controles posteriores recomendados para descartar cualquier tipo de infección.

Una revisión sistemática que incluyó 23 publicaciones con información acerca de la detección de las ITS en niños y adolescentes, de quienes se sospechaban que eran víctimas de abuso sexual, en países de ingresos bajos y medianos (la mayoría de estos estudios eran retrospectivos), dio como resultado tasas de detección más altas para *Neisseria gonorrhoeae* en las niñas, y sífilis en los niños**.

* El potencial de crear resistencia en los agentes patógenos podría reducirse al mínimo con una dosis única supervisada. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS.

** Organización Panamericana de la Salud. (2020). Como responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS

TABLA 5
Profilaxis para infecciones de transmisión sexual en niñas, niños y adolescentes (NyA)

Microorganismo	Régimen recomendado en adolescentes y jóvenes	Régimen recomendado en NyA
N. gonorrhoeae	Ceftriaxona 250 mg intramuscular (IM) o cefixima 400 mg vía oral (VO)	Ceftriaxona 125 mg IM
Trichomonas spp	Metronidazol oral 2 g única dosis (UD)	Metronidazol 15 mg/k día en 3 dosis/día VO x 7 días
Chlamydia trachomatis	Azitromicina 1 gr VO única dosis (UD) o Doxiciclina 100 mg, 2 veces por día por 7 días	Azitromicina 20 mg/ k UD VO
Virus Hepatitis B (HB)	Pacientes no vacunados previamente o con vacunación desconocida se debe comenzar el esquema de vacunación para hepatitis B Si la fuente está infectada por HB o es de alto riesgo, debe indicarse concomitantemente inmunoglobulina específica para HB	

Si se presentara intolerancia oral a la utilización simultánea del TARV y el Metronidazol, se priorizará la indicación del TARV pudiendo posponer el Metronidazol a la finalización del TARV.

Seguimiento

- Insistir en la importancia de mantener el vínculo con el sistema de salud para asegurar los controles posteriores y la atención de las prestaciones pendientes, que generalmente incluyen acceso a medicamentos, seguimiento por infectología y/o pediatría, salud mental y servicio social.
- Entregar por escrito la información sobre los turnos con el equipo profesional. Las derivaciones deben ser personalizadas, y si es posible brindar el nombre de cada profesional y día y horario de atención.
- Anotar en letra legible todas las indicaciones médicas. Informar sobre los efectos secundarios y especificar qué medicamentos los tienen, y la necesidad de consultar sobre posibilidad de cambios de medicación.

GUÍA PRÁCTICA 13

Prestar atención a indicadores de violencia sexual en NyA

SITUACIÓN: Disminución abrupta e inesperada en el rendimiento escolar.

ABORDAJE ADECUADO

- **Descartar** si está relacionada con **causas de estrés** escolar o con algún **padecimiento** orgánico o emocional. Pensar la posibilidad de violencia sexual.

ABORDAJE INADECUADO

- **Limitarse** a realizar una derivación a psicopedagogía, por ejemplo, y **desentenderse** sin profundizar en otras causas.

SITUACIÓN: Reiteración en la aparición de síntomas físicos sin causa orgánica que lo justifique (dolor abdominal, cefaleas, vómitos, etc.).

ABORDAJE ADECUADO

- Realizar un **abordaje integral** contemplando la posibilidad de padecimientos emocionales.
- **Pensar en violencia sexual** frente a estas manifestaciones.

ABORDAJE INADECUADO

- Seguir buscando insistentemente justificación orgánica.
- Tratar el síntoma **sin contemplar** otras causas.

SITUACIÓN: Inicio repentino de trastornos del sueño y/o alimentarios.

ABORDAJE ADECUADO

- **Descartar crisis vitales** (pérdidas afectivas, mudanzas, etc.).
- **Prestar atención** a otros indicadores de violencias.
- **Pensar** en violencia sexual frente a estas manifestaciones.

ABORDAJE INADECUADO

- **No considerar** la posibilidad de violencia sexual.

SITUACIÓN: Aparición de lesiones compatibles con ITS (ej., herpes y/o condilomas genitales, flujos patológicos, etc.).

ABORDAJE ADECUADO

- Pensar en **primer lugar** en violencia sexual.

ABORDAJE INADECUADO

- Pensar en **transmisión por fomites** como primera causa de ITS.

GUÍA PRÁCTICA 14

Realizar la valoración del riesgo de NyA

RIESGO BAJO



Se observa aceptación del riesgo y colaboración por parte de las personas adultas que acompañan para la protección de NyA.

Seguimiento interdisciplinario ambulatorio. Presentación al organismo de protección de derechos. Denuncia penal.

RIESGO MEDIO



Se observa relativa aceptación del riesgo por parte de las personas adultas que acompañan, con predisposición para la protección de poca confiabilidad.

Valoración interdisciplinaria en el momento. Trabajo en red. Presentación al organismo de protección de derechos. Denuncia penal.

RIESGO ALTO



Se observa negación del riesgo e imposibilidad de proteger por parte de las personas adultas que acompañan.

Resguardo inminente (internación u otra estrategia de protección efectiva). Abordaje interdisciplinario. Presentación al organismo de protección de derechos. Denuncia penal.

GUÍA PRÁCTICA 15

Ofrecer escucha activa y continente durante la entrevista y el examen físico

Escucha activa

ABORDAJE ADECUADO

- Prestar atención a la **comunicación verbal y no verbal** (dibujos, gestos, juegos).
- Respetar los **tiempos subjetivos**.
- **Acotar o interrumpir** la entrevista frente a manifestaciones de angustia o a solicitud de NyA.
- **Contener y acompañar**.
- Transmitir que no es responsable de que lo que le sucedió.

- Se debe cuidar la **autogestualidad**.

ABORDAJE INADECUADO

- **Interrogar**
- **Forzar/inducir la respuesta**
- **Insistir**
- **Cuestionar**
- **Culpabilizar**

- Hacer **gestos o expresiones** que den cuenta de prejuicios o sentimientos propios de quien interviene.

ABORDAJE ADECUADO

- Se debe propiciar **espacio de escucha** sin la persona adulta que acompaña a la NyA.

Tipo de preguntas:

- ¿Sabés **por qué** estás acá?
- ¿Hay algo que te **preocupa**?
- ¿**Querés contar** qué te pasó?
- ¿Alguien te hizo algo que te **hizo sentir mal**?
- ¿Creés que **podemos ayudarte**?
- ¿Querés que pensemos **cómo podríamos hacerlo**?

ABORDAJE INADECUADO

- Considerar que es incorrecto sostener un espacio de diálogo a solas con el NyA.

- ¿Te pasó algo?
- ¡Contame qué te pasó!
- ¿Alguien te tocó en tus partes íntimas?
- ¡Tenés que contarnos para poder ayudarte!

GUÍA PRÁCTICA 16

Trabajar de manera interdisciplinaria e integral

SITUACIÓN: Develamiento en el transcurso de un tratamiento psicoterapéutico.

ABORDAJE ADECUADO

- Incluir otras disciplinas para un **abordaje integral**.
- Articular con organismos de **protección de derechos**.
- Preparar la estrategia para la realización de la **denuncia penal**.

ABORDAJE INADECUADO

- Privilegiar el **secreto profesional** y/o la transferencia frente a intervenciones que garanticen el interés superior de NyA.

SITUACIÓN: Aparición de condilomas anales con dolor y laxitud de esfínter.

ABORDAJE ADECUADO

- **Priorizar la sospecha** de violencia sexual e incluir otras disciplinas para un **abordaje integral**.
- **Articular** con organismos de protección de derechos.
- Preparar la estrategia para la realización de la **denuncia penal**.

ABORDAJE INADECUADO

- **Tratar exclusivamente las lesiones** sin abrir a otras intervenciones por desconocimiento u omisión deliberada.

GUÍA PRÁCTICA 17

Establecer articulación con los organismos de protección de derechos

ABORDAJE ADECUADO

- Articular al inicio, en forma concomitante o inmediatamente posterior a la toma de conocimiento de la situación las primeras decisiones en la atención.
- Comunicar telefónicamente, para agilizar; luego en forma escrita de manera clara, precisa y detallada para documentar la evaluación realizada.
- Conocer con anterioridad los organismos de protección de derechos disponibles.

ABORDAJE INADECUADO

- Establecer una articulación desfasada, o retardada en períodos extensos de tiempo, a partir de la toma de conocimiento de la situación.
- Decidir no comunicar situaciones de violencia sexual al organismo de protección de derechos correspondiente.
- No formalizar la comunicación y/o comunicar de manera confusa, desordenada y sin detalles.
- Asumir que la información que se brinde de manera telefónica es complementaria a la escrita y no debe consignarse.
- Desconocer los organismos territoriales indispensables para la articulación inmediata.

ABORDAJE ADECUADO

- Realizar una presentación al organismo de protección de derechos con la siguiente información:
 - Datos de NyA
 - Datos sobre el grupo familiar (aclarar convivientes).
Consignar si hay más NyA con posibilidad de riesgo.
- Explicar los antecedentes relevantes, cómo y cuándo llega al efector de salud, y los motivos de la presentación. Recordar que el equipo que leerá el informe cuenta sólo con esos datos para conocer la situación.
- Dar cuenta de los elementos de la construcción de la sospecha.
- Cerrar el informe dejando en claro la posición del equipo de salud, la estrategia sugerida para la restitución de derechos, y qué pedido específico se le realiza al organismo de protección en relación a su intervención.

ABORDAJE INADECUADO

- Omitir datos sobre NyA convivientes.
- No discriminar en el texto aquello que ha sido dicho por el/la NyA del diagnóstico y/o hipótesis que realiza el equipo de salud.
- Omitir información acerca de la estrategia de restitución de derechos que se sugiere y/o haya comenzado a elaborar el equipo de salud.

GUÍA PRÁCTICA 18

Garantizar el interés superior de NyA

ABORDAJE ADECUADO

- **Oír y tener en cuenta lo que cada NyA expresa** de acuerdo a sus recursos comunicacionales, emocionales, sociales y creer siempre en lo que manifiestan.
- **Definir medidas** que respeten y prioricen el centro de vida de NyA siempre y cuando garanticen un resguardo efectivo.
- **Respetar la autonomía progresiva**, que implica intervenir teniendo en cuenta la edad, el grado de madurez, la capacidad de discernimiento y demás situaciones personales.

ABORDAJE INADECUADO

- **Priorizar las expresiones y discursos adultos**, empatizando con los mismos. Dejarse llevar por sus prejuicios considerando a NyA en un lugar de inferioridad y de incapacidad para expresar su vivencia de los hechos.
- **No contemplar** la posibilidad de resguardo con personas adultas de referencia.
- **Institucionalizar de manera inmediata** o como primera opción.
- **Considerar que no es necesario informar** y encuadrar las intervenciones.
- **Utilizar una comunicación complicada**, inaccesible o con términos no acordes a la edad.

GUÍA PRÁCTICA 19

Evaluar estrategias de resguardo

RIESGO BAJO

ESCENA:

Se presenta una niña acompañada de su madre quien refiere el reciente **develamiento de violencia sexual hacia la niña** por parte de un conviviente ocurrida una semana atrás.

La madre ya tomó medidas en pos de que la niña no vuelva a tener contacto con el presunto agresor y está dispuesta a hacer la denuncia penal. Consulta sobre el abordaje integral de salud.

ABORDAJE ADECUADO

- Es imprescindible el **abordaje interdisciplinario** pero puede realizarse en entrevistas sucesivas con las distintas disciplinas con citaciones programadas. Realizar **examen físico** en esa oportunidad, aunque puede postergarse si la niña está inhibida.
- Se planificará la **presentación** ante el organismo de protección de derechos.
- Se asesora a la madre para la realización de la **denuncia penal**.

ABORDAJE INADECUADO

- **Insistir** en la realización del examen físico en el momento de la demanda, ante la **negativa de la niña**.
- **No comunicar** a los organismos de protección de derechos **por suponer** que por haber resguardo ya no hay derechos vulnerados.
- **Desestimar** la realización de la denuncia penal **por creer** que estando a resguardo no es necesaria.

RIESGO MEDIO

ESCENA:

Se presenta una niña acompañada de su madre quien refiere el reciente **develamiento de violencia sexual hacia la niña** por parte de un conviviente ocurrida una semana atrás. **La madre tiene un trabajo nocturno y no cuenta con otros referentes que puedan cuidar a la niña.** Se encuentra muy angustiada y solicita ayuda.

ABORDAJE ADECUADO

- Es imprescindible una **intervención interdisciplinaria** en el momento para dar una respuesta integral.
- Si no se cuenta en el establecimiento, se acudirá a una **red interinstitucional armada previamente** para afrontar estas situaciones y no demorar la acción.
- Se buscarán **referentes familiares y/o comunitarios** para apoyar las estrategias.
- **Comunicar** al organismo de protección de derechos.
- Trabajar con la madre (referente de protección) **la realización de la denuncia penal.**

ABORDAJE INADECUADO

- Intentar dar respuestas **sin articular con otras disciplinas.**
- **Demorar las respuestas** intentando conformar el equipo.
- **Diferir la comunicación** al organismo de protección de derechos.
- **Apresurar la realización de la denuncia penal** por parte del equipo de salud, sin antes haber trabajado con referentes protectores para que se impliquen llevándola adelante.

RIESGO ALTO

ESCENA:

Se presenta una niña acompañada de su madre quien refiere el reciente **develamiento de violencia sexual hacia la niña** por parte de un conviviente ocurrida una semana atrás. **La madre se encuentra paralizada por la angustia, refiriendo imposibilidad de alejar a la niña del agresor.**

ABORDAJE ADECUADO

- Es imprescindible una **intervención interdisciplinaria inmediata** para dar una respuesta integral, priorizando encontrar el modo de resguardo efectivo e inminente.
- **Articular con organismo de protección de derechos** para elaborar estrategias en forma conjunta.
- **Explorar opciones** (familia ampliada, referentes cercanos confiables). De no encontrarse, indicar internación lo más breve posible, hasta consolidar medidas de protección efectivas (medidas cautelares: prohibición de acercamiento, exclusión del hogar)
- Trabajar con la madre (referente de protección) la **realización de la denuncia penal**. Ante la imposibilidad, deberá realizarla el equipo de salud o el organismo de protección de derechos.

ABORDAJE INADECUADO

- **Insistir** en delegar sólo en la madre la tarea de protección.
- **Demorar en el armado de la estrategia**, de tal modo que no pueda garantizarse el cese del daño (la niña vuelve a su domicilio y sigue expuesta).
- **Diferir la comunicación** al organismo de protección de derechos.
- **Minimizar la importancia de la denuncia penal**.

GUÍA PRÁCTICA 20

Realizar la denuncia penal ante situaciones de violencia sexual contra NyA

QUÉ HACER

- **Garantizar que la denuncia penal sea realizada.**
- **Realizar la denuncia** en caso de la renuencia del entorno.
- **Conocer los protocolos,** circuitos de atención locales y disponibilidad de los equipos médicos forenses.

QUÉ NO HACER

- **Omitirla o postergarla indefinidamente.**
- **Considerar que no es responsabilidad del equipo de salud realizarla,** o atenerse a la negativa del entorno del NyA y por ello desestimar la realización de la denuncia.
- **Desconocer los protocolos** y circuitos locales de recolección y preservación de muestras.

QUÉ HACER

- **Realizar la denuncia penal en forma inmediata** en casos de violación y otras situaciones de violencia sexual con contacto genital ocurridas dentro de las 72hs., para que sea el cuerpo médico forense quien obtenga y preserve las pruebas con un único examen físico.

QUÉ NO HACER

- **Postergar la denuncia penal** en caso de violación y otras situaciones de violencia sexual, desestimando la participación del cuerpo médico forense.
- **Realizar la recolección de muestras sin capacitación específica** ni acuerdos institucionales previos.

GUÍA PRÁCTICA 21

Atención integral ante situaciones de violencia sexual contra niñas, niños, niñas y adolescentes

Escucha activa: todo contacto de niñas, niños, niñas y adolescentes (NyA) con el sistema de salud es una oportunidad para detectar situaciones de vulneración de derechos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

Adam y Muram (1988). Classification in genital finding in prepubertal girl who are victims of sexual abuse, *Adolec Pediatr Ginecol*: 1_151.

CEDES, PNUD y Embajada de los Países Bajos (2021). Protocolo modelo para el resguardo de la evidencia genética en casos de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4661/3/Protocolo%20Abuso.pdf>

CLADEM (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzados en América Latina y el Caribe.* Balance Regional. CLADEM Paraguay. <https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>

FALGBT y Defensoría LGBT de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020). Observatorio de Crímenes de Odio LGBT. Informe 2020. <https://falgbt.org/ultimo-informe>

FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer) (2016). *Abuso sexual en la infancia: Guía para orientación y recursos disponibles en CABA y Provincia de Buenos Aires.* <http://feim.org.ar/2016/08/11/guiaaasi2016/>

* El manual original se basa en Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas (2013), así como en los siguientes documentos: Clinical management of rape survivors (OMS, UNFPAy ACNUR, 2004); Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (OMS, 2003); Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection (2007); Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo (OMS, War Trauma Foundationy World Vision International, 2011); Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2010); Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias (OPS, OMS, ACNUR, 2015).

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021). Violencias por razones de género. Lineamientos para el abordaje integral en el sistema sanitario de la Provincia de Buenos Aires. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinviolencias/files/2021/04/violencias_herramientas.pdf

Gobierno de la Provincia de Santa Fe (2019). Protocolo para la Atención De Personas Víctimas de Violencia de Género en Instituciones de Salud. <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/256866/1353742/>

Honorable Cámara de Diputados de la Nación (2015). Guía para el uso de un lenguaje inclusivo en la HCDN. https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dprensa/guia_lenguaje_igualitario.pdf

INADI (2020). Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia de Género. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1583768632214_protocolo.pdf

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Presidencia de la Nación (2019). Guía de Información Violencia de Género. Conocé y ejercé tus derechos. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/09/violenciagenerodigi_nov2019.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD) (2021a). Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad (2021-2023). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/plan_nacional_de_igualdad_en_la_diversidad_2021-2023.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2021b). Guía de herramientas para la detección de señales tempranas de las violencias por motivos de género. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_herramientas_para_la_deteccion_de_senales_tempranas_de_las_violencias_por_motivos_de_genero.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD) (2020a). Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género (PNA) (2020-2022). Para la prevención, asistencia y erradicación de todas las formas de violencia por motivos de género. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_de_accion_2020_2022.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD) (2020b). Programa interministerial de abordaje integral de las violencias extremas por motivos de género (2020-2022). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resolucion_programa_interministerial_de_abordaje_integral_de_las_violencias_extremas_por_motivos_de_genero.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD) (2020c). (Re)Nombrar: Guía para una comunicación con perspectiva de género. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_una_comunicacion_con_perspectiva_de_genero_-_mmgyd_y_presidencia_de_la_nacion.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2022). ¿Ahora cómo se dice? Pensando el lenguaje y la comunicación no sexista e inclusiva en el Ministerio de Salud de la Nación (2022). https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-04/Y_ahora_como_se_dice-lenguaje_No_Sexista.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2021a). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2021b). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2021c). Embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años. DIAJU. 3.^a edición. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Atencion_Menores_de_15_embarazadas_6-2021.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2021d). Recomendaciones para la atención integral de la salud de niñas y adolescencias trans, travestis y no binarias. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-ninicas-adolescencias-ttnb.pdf>

Ministerio de Salud (MSAL) (2021e). Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia.pdf>

Ministerio de Salud (MSAL) (2021f). Atención a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Hoja de Ruta. Resolución Ministerial 1841/20. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/atencion-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-embarazadas-hoja-de-ruta>

Ministerio de Salud (MSAL) (2020a). Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Ministerio de Salud (MSAL) (2020b). Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública (Resol. 1886/2020). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237325/20201116>

Ministerio de Salud (MSAL) (2019). Profilaxis Post-Exposición (PEP) para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2019). Métodos anticonceptivos. Guía para profesionales de la salud https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-09/Guia_MAC_con_errata_2021.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2018). Abusos sexuales y embarazo infantil forzado en la niñez y adolescencia. Plan ENIA. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado_lineamientos_anexo.pdf

Ministerio de Salud (MSAL) (2017). Violencia sobre las Mujeres. Educación Permanente en Servicio para el Primer Nivel de Atención. Programa Equipos Comunitarios. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001066cnt-eps-violencia-sobre-mujeres-2017.pdf>

Ministerio Público Fiscal (2021). Herramientas para la formación de promotoras y promotores territoriales en género. <https://www.mpf.gob.ar/direccion-general-de-politicas-de-genero/files/2021/05/Herramientas-para-la-formacion-de-promotras-y-promotores-territoriales-en-genero-2021.pdf>

OMS (2012). Guía de Intervención mhGAP. Para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.?sequence=1

OMS-OPS (2020). Como responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas. <https://www.paho.org/es/documentos/como-responder-ninos-ninas-adolescentes-que-han-sufrido-abuso-sexual-directrices>

OPS (2018). Directrices para el tratamiento de la infección avanzada por el VIH y el inicio rápido del tratamiento antirretroviral. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50470>

Plan ENIA (2022). Serie Audiovisual para la formación en detección y abordaje del abuso sexual y embarazo en la niñez y adolescencia. <https://www.argentina.gob.ar/planenia/audiovisuales-enia/abuso-sexual-y-embarazo-forzado>

Plan ENIA (2021). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. UNICEF. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/AbusoSexual_lineamientos2021.pdf y <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/hoja-de-ruta-ante-situaciones-de-abuso-sexual-hacia-ninas-ninos-y-adolescentes-organismos>

Plan ENIA (2019). Acceso a la justicia en caso de embarazos forzados en NyA menores de 15 años. Documento técnico N° 6. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acceso_a_la_justicia_abusos_sexuales_y_embarazos_forzados_en_menores_de_15_documento_tecnico_nde_6_-_noviembre_2019.pdf

Presidencia de la Nación (2020). Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>

Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2017). Hablar de diversidad sexual y derechos humanos. Guía informativa y práctica. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/hablemos_sobre_diversidad_sexual.pdf

Silvia Chejter y Valeria Isla (2018). Abusos sexuales y embarazos forzados en NNyA. Argentina, América Latina y El Caribe: Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado_hacia_ninas_ninos_y_adolescentes.pdf

UNICEF (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. <https://www.unicef.org/argentina/media/1811/file/Abuso%20Sexual.pdf>

UNICEF (2021). Serie Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes. Un Análisis de los Datos del Programa Las Víctimas contra las Violencias. Series 7, 8 y 9. <https://www.unicef.org/argentina/informes/serie-violencia-contra-ninas-ninos-y-adolescentes>

argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002

www.paho.org



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Ministerio de Salud
Argentina



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Anexo I “MANUAL CLÍNICO ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO. HERRAMIENTAS PARA EQUIPOS DE SALUD” (MSAL,OPS)

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 292 pagina/s.