

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES

Actualización 2021

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES

Actualización 2021

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4ª edición, 2021.

Elaboración: Silvia Chejter

Revisión médica: Analía Messina

Colaboración: Noelia A. Massari y Susana Bequer Urbano.

Por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva participaron: Valeria Isla, Celeste Leonardi y Analía Messina.

Se agradecen los aportes realizados por Agustina Ramón Michel y Sonia Ariza Navarrete.

Por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis participaron: José Barletta, Sergio Martini, Ezequiel Mauro, Julia Recchi, Fabio Núñez, Gabriela Franco, Soledad Sequeira, Alejandra Gaiano, Analía Dorigo y Nicolás Linares.

Se agradecen los aportes realizados por Candela Cabrera, Directora de Géneros y Diversidad del Ministerio de Salud, y de Carolina Varsky, Subsecretaría de Programas Especiales contra la Violencia por Razones de Género de la Secretaría de Políticas contra la Violencia por Razones de Género del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

Se agradece el apoyo brindado por Mariana Isasi, Oficial de Enlace, Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA Argentina.

Edición y corrección: Luciana Azcárate, María Sol Wasyluk Fedyszak y Ofelia Musacchio.

Diseño: Walter Oxley.

3ª edición (no publicada) - noviembre, 2019.

Por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva participaron: Rubi Fagioli, Silvia Oizerovich, Gabriela Perrotta, Stella Sappa, María Sol Wasyluk Fedyszak. Colaboraron: Romina Castellani, Marina Lini Chein, Ofelia Musacchio, Inés Paez de la Torre.

Por la Dirección Nacional de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y TBC participaron: José Barletta, Analía Dorigo, Gabriel Denisa Franco, Alejandra Gaiano, Nicolás Linares, Sergio Martini, Fabio Nuñez, Julia Recchi, Soledad Sequeira, Romelia Sotelo.

Revisión: Analía Messina

Edición de contenidos: Maria Sol Wasyluk Fedyszak (DSSyR), Tali Miculitzki (DSSyR), Constanza Leone (DSSyR), Luciana Azcárate (DSSyR).

Coordinación general: Maria Sol Wasyluk Fedyszak (DSSyR).

Diseño: Walter Oxley.

Agradecimientos:

Oficina de Violencia Doméstica (OVD), Unidad Fiscal Especializada de Violencia contra las Mujeres (UFEM), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Instituto Nacional de Mujeres (INAM), Belén Provenzano, Sofía Minieri, Mariel Tocci.

También participaron en la revisión de este material las y los integrantes del Consejo Asesor de la DSSyR: Marta Alanis (Católicas por el derecho a Decidir), Susana Armichiardi (INS-GENAR), María Victoria Bertolino (OPS- OMS), Carolina Buceta (Psicóloga-REDI), Guillermo

Carroli (Centro Rosarino de Estudios Perinatales), Susana Chiarotti (INSGENAR), Estela Díaz (CTA), Virginia Franganillo (Socióloga- Nueva Ciudadanía), Diana Galimberti, Natalia Gherardi (ELA), Mariana Isasi (UNFPA), Gabriela Kosoy (AMADA), Alicia Lapidus (SOGIBA), Nelly Minyersky, Analía Tablado (SAGIJ), Eugenia Trumper (FASGO) y Sandra Vázquez (FUSA).

2ª edición revisada y actualizada: noviembre, 2014

Elaboración: Silvia Chejter

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

Actualización legal y bioética: Soledad Deza y Julieta Arosteguy.

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

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

Edición y corrección: Eva Amorín y Silvina García Guevara.

Producción fotográfica: Noelia López y Nicolás Linares.

Fotos: Santiago Corsetti.

Diseño: Alejandro Jobad.

1ª edición: agosto, 2011.

Elaboración: Silvia Chejter.

Abordaje médico: María Laura Díaz y Viviana Beguiristain.

Revisión médica: Carlos Falistocco y Belén Provenzano.

Revisión legal: Lourdes Bascary y Tomás Ojea Quintana.

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

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

También participó: Micaela Bazzano.

Edición: Eva Amorín.

Colaboración: Noelia López y Gabriela Trunzo.

Diseño: Alejandro Jobad.

Sus lineamientos fueron dictados por el Comité de e Expertos conformado por: Dra. Eugenia Trumper (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción- Consejo Asesor PNSSyPR); Dra. Diana Galimberti (Coordinadora del Programa de Asistencia a Víctimas de Violencia Sexual de CABA- Consejo Asesor PNSSyPR); Dra. Silvia Oizerovich (Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil); Myriam Salvo (Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil); Lic. Eva Giberti y equipo técnico (Víctimas contra las Violencias).

Chejter, Silvia

Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales : actualización 2021 / Silvia Chejter ; contribuciones de Analía Messina ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-38-0292-2

1. Atención a la Salud. 2. Violencia Sexual. 3. Políticas Públicas. I. Messina, Analía, colab. II. Título.
CDD 362.883

Este material fue elaborado con el financiamiento del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA Argentina y de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.



[Este obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International\(CC BY 4.0\)](#)

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Av. Rivadavia 875, piso 7, CABA

Teléfonos: (011) 4343 3470/3484/3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar

Web: www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual

Línea Salud Sexual: 0800 222 3444

ÍNDICE

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES	2
VIOLACIONES SEXUALES	11
EL ROL DEL SISTEMA DE SALUD EN UN ABORDAJE INTEGRAL	11
1. MARCO CONCEPTUAL	12
2. EL ROL DEL SISTEMA DE SALUD	13
3. DAÑOS Y CONSECUENCIAS DE LAS VIOLACIONES	13
4. DIMENSIÓN SOCIO CULTURAL EN LA VIVENCIA DE LAS VÍCTIMAS	14
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LOS EQUIPOS DE SALUD	16
1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	17
2. FLUJO DE ATENCIÓN	18
3. MEDIDAS DE URGENCIA	19
4. ABORDAJE MÉDICO	21
4.1. RECEPCIÓN	21
4.2. EXÁMENES DE LABORATORIO	22
4.2.1. Estudio citobacteriológico	22
4.2.2. Análisis de sangre basales	23
4.3. TRATAMIENTOS	23
4.3.1. Tratamiento de lesiones corporales y genitales	24
4.3.2. Anticoncepción de Emergencia	24
4.4. EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN	26
4.5.1. Hepatitis B	27
4.5.2. Tétanos	27
4.6. PREVENCIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS	27
4.6.1. Profilaxis Post Exposición (PEP) para personas adultas	27
4.6.2. Profilaxis post exposición (PEP) en niños, niñas y adolescentes	29
4.6.3. Profilaxis de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	31
4.7. SEGUIMIENTO	32
5. ABORDAJE PSICOLÓGICO Y SOCIAL	33
5.1. MODALIDADES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	34
5.2. LA ORIENTACIÓN A FAMILIARES Y PERSONAS ALLEGADAS	35

6. LA DENUNCIA. RESPONSABILIDADES LEGALES DE LAS/OS PROFESIONALES DE SALUD	36
7. MARCO NORMATIVO	38
OBTENCIÓN Y CONSERVACIÓN DE EVIDENCIA	40
1. TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA ESTUDIOS GENÉTICOS	41
1.1. MUESTRAS PARA ANÁLISIS DE ADN	42
1.2. CONSIDERACIONES GENERALES	42
1.3. PRESERVACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS HISOPOS	43
1.4. TOMA DE MUESTRAS	44
1.4.1. Hisopados de cavidad oral	44
1.4.2. Hisopados genitales	44
1.4.3. Otras muestras de interés	44
1.4.4. Muestras indubitadas	46
1.5. TIEMPOS PARA LA TOMA DE MUESTRAS Y PRESERVACIÓN	47
ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA	48
ANEXO 2: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IVE/ILE - MODELO DE DECLARACIÓN JURADA	64
ANEXO 3: MODELO DE FORMULARIO ÚNICO DE CADENA DE CUSTODIA	68
ANEXO 4: PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PARA VIH Y OTRAS ITS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	71
BIBLIOGRAFÍA	77

CUADROS Y TABLAS

GRÁFICO 1: FLUJOGRAMA DE MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES	20
TABLA 1 : DOSIS RECOMENDADAS PARA LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA	25
TABLA 2 : TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO DE ACUERDO A SU CAPACIDAD DE TRANSMITIR EL VIH	28
TABLA 3 : TIPO DE EXPOSICIÓN DE ACUERDO A SU CAPACIDAD DE TRANSMITIR EL VIH	28
TABLA 4 : ESQUEMA Y DOSIS RECOMENDADAS PARA PEP EN PERSONAS ADULTAS	29
TABLA 5 : REGÍMENES DE TARV PARA LA PEP EN NNA	30
TABLA 6 : PROFILAXIS PARA OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PERSONAS ADULTAS	31
TABLA 7 : PROFILAXIS PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (NNA)	31
TABLA 8 : MONITOREO Y SEGUIMIENTO RECOMENDADO EN PERSONAS USUARIAS DE PEP	32
TABLA 9: INTERVALOS DE TIEMPO RECOMENDADOS PARA LA TOMA DE MUESTRA	47

- Este Protocolo está dirigido a integrantes de equipos de salud de distintas especialidades que tienen que actuar en caso de atención a personas víctimas de violaciones sexuales. Dada la necesidad de intervenciones interdisciplinarias las pautas que se describen se adecúan a efectores de salud que disponen de los recursos para una intervención integral, tanto del sector público, como privado y de seguridad social.
- El Protocolo está diseñado para la atención de personas adultas víctimas de violaciones ocurridas recientemente y hasta seis meses después del episodio. Contiene pautas específicas para los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. En cuanto a otros riesgos, como por ejemplo transmisión de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o el abordaje psicosocial, puede aplicarse a todas las personas. Puede ser aplicado a niñas, niños y adolescentes en lo concerniente a las medidas de urgencia, aunque para esta población hay protocolos específicos y deben ser derivadas/os para su adecuada atención¹.

1. Dado que este Protocolo no se ocupa específicamente de niñas, niños y adolescentes (NNA) se incluye en las referencias guías y protocolos específicos para la atención de esta población.

PARTE 1:

VIOLACIONES SEXUALES. EL ROL DEL SISTEMA DE SALUD EN UN ABORDAJE INTEGRAL

1. MARCO CONCEPTUAL

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

Incluir a las violaciones como un tema de salud pública exige romper con conceptos e ideas que todavía tienen mucha fuerza, como por ejemplo la percepción de una división infranqueable entre lo público y lo privado, o pensarlas solo en tanto delitos y, por lo tanto, una problemática reservada exclusivamente al ámbito de la Justicia.

Las violaciones son una de las formas de la violencia sexual, que incluye entre otras figuras, la explotación sexual, el acoso sexual, las violaciones incestuosas. A su vez todos estos conceptos deben ser incluidos dentro del concepto más amplio de violencia de género, que remite a actos de fuerza o coerción, con una intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género².

En los últimos años, a partir de los cambios en la situación de las mujeres y personas con otras identidades sexuales y de género, el mayor grado de percepción social acerca de la injusticia de la violencia sexual y de género, se ha ido generando una dinámica compleja entre respuestas institucionales y demandas; demandas cada vez más claramente formuladas y ofertas cada vez más específicas o especializadas.

Hoy son justamente las demandas crecientes de la comunidad, las que imponen a las violaciones y a otras modalidades de violencia sexual como un tema de las políticas de salud.

Queda aún mucho por hacer para dar respuestas a la real magnitud de la problemática, respuestas que sean acordes con las experiencias, necesidades y perspectivas de las víctimas, que muchas veces desafían las prácticas y saberes disciplinarios e institucionales.

Las violaciones se producen en distintas circunstancias y contextos. Abarcan una multiplicidad de modalidades. Son prácticas sexuales impuestas a través de la fuerza física o del uso de armas u otras formas de intimidación –amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza– o el aprovechamiento de situaciones, en las cuales la víctima no ha podido consentir libremente. Pueden ocurrir en el ámbito doméstico o en el ámbito público. Los agresores pueden ser familiares, parejas, allegados o extraños. A veces se trata de episodios aislados y otras, de situaciones reiteradas.

2. Las violaciones y otras modalidades de la violencia sexual se encuentran definidas en el Código Penal Argentino (Art. 119 al 133).

2. EL ROL DEL SISTEMA DE SALUD

Si bien las violaciones pueden afectar distintas esferas vitales la responsabilidad de las instituciones de salud en estos casos deriva de la constatación de que algunas de las consecuencias de las violaciones son los daños a la integridad física, a la salud sexual y reproductiva y a la salud psíquica.

El sistema de salud tiene un papel fundamental en la atención de víctimas de violaciones en varios sentidos:

- Es el ámbito adecuado para atender consecuencias de las violaciones en lo referente a la integridad y salud psicofísica de las víctimas, tanto inmediatas como prolongadas.
- Dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violaciones, sobre todo el riesgo de embarazo y de transmisión de VIH y otras ITS.
- Puede activar la intervención de otros ámbitos institucionales que deben responder a otras necesidades de las víctimas.
- Es un ámbito privilegiado para lograr la detección temprana, en especial de violencias sexuales reiteradas, así como también de las violencias reproductivas.

La garantía de atención a las víctimas de violaciones en los servicios de salud representa, sin duda, una pieza esencial de la atención integral. Sin embargo, por sí sola no resulta suficiente. El abordaje integral requiere articulaciones con distintos sectores, tales como el Servicio de Administración de Justicia, Seguridad y Desarrollo Social, Oficinas de Atención a las Víctimas y organizaciones de la sociedad civil.

3. DAÑOS Y CONSECUENCIAS DE LAS VIOLACIONES

Las consecuencias de las violaciones dependen de varios factores, entre otros de la gravedad del hecho en sí mismo, la edad y las características y experiencias previas de las víctimas. También son importantes las respuestas del entorno, la posibilidad de encontrar ayuda adecuada y los factores de autoafirmación y resistencia que se hayan podido ejercer en el momento de la agresión y en los días siguientes. A esto se suman, en muchos casos, factores de vulnerabilidad de clase, etnia, o la pertenencia a sectores estigmatizados, por ejemplo, las personas trans, prostituidas, migrantes u otras. La discapacidad también puede convertirse en un factor de vulnerabilidad social en algunas situaciones como aquellas que implican una mayor dependencia de otras personas, la necesidad de asistencia en la higiene personal o la falta de educación sexual.

No existe un único patrón para evaluar las posibles consecuencias inmediatas y a mediano plazo de las violaciones. Se puede afirmar, sin embargo, que más allá de las diferencias, las violaciones son experiencias de impacto en la vida de una persona.

Cualquiera sea su gravedad, los daños y consecuencias que puedan tener, implican necesidades que no siempre se traducen en demandas claramente formuladas, tanto por desinformación, por las tensiones generadas por la situación, como el peso de la dimensión socio cultural en las vivencias de las víctimas. La formulación de las demandas depende en gran medida de la claridad y oportunidad de las respuestas institucionales. En consecuencia, es fundamental implementar enfoques suficientemente receptivos y abiertos como para dar cabida a la multiplicidad de demandas, tanto explícitas como implícitas.

La respuesta del entorno es de fundamental importancia. Puede agravar seriamente los efectos de las violaciones si se trata de acciones culpabilizadoras, evasivas, prejuiciosas, negligentes. Puede en cambio ser de gran ayuda si se trata de comportamientos que respetan, comprenden, contienen, disipan dudas, temores y aportan informaciones.

4. DIMENSIÓN SOCIO CULTURAL EN LA VIVENCIA DE LAS VÍCTIMAS

Muchas veces surge la pregunta acerca de la especificidad de los efectos psíquicos de las violaciones. Tal especificidad deriva en gran medida de que se trata de un ataque sexual vivido en una cultura que naturaliza los nexos entre sexualidad, violencia y poder de género y que estigmatiza a las víctimas. Las personas que sufren una violación construyen el significado de esta experiencia traumática inmersas en valores y creencias predominantes en su contexto cultural y los efectos mismos del trauma están connotados por esta dimensión social. Es más, vivencias frecuentes en algunas víctimas como los autorreproches y los sentimientos de culpa sólo pueden ser cabalmente comprendidos y elaborados si se tienen en cuenta los estereotipos culturales.

Para comprender ciertas particularidades de los daños que provocan las violaciones es ineludible tener en cuenta que se trata de un trauma ocasionado por una agresión intencional, de carácter sexual y de género. Las víctimas experimentan el dolor y el desamparo de una violencia interpersonal con voluntad de daño, durante la cual se han sentido a expensas de la discrecionalidad del agresor, llegando, en muchos casos, a temer por su integridad corporal e incluso su vida.

El carácter sexual del ataque no por obvio es menos decisivo. Los estudios y la práctica clínica psicoanalítica han subrayado la importancia crucial de la sexualidad y de la identidad sexual en la estructuración psíquica y en la consolidación de la autoestima; es decir, el conjunto de componentes que permite que los seres humanos se valoren en tanto sujetos sexuales. Por otra parte, los estudios feministas han mostrado la influencia que tiene sobre estos procesos la construcción social de la sexualidad.

Los daños son mucho más severos cuando la violación se produce en la niñez. Son varios los factores que contribuyen a que la gravedad de los daños sea mayor. A la inmadurez propia de la edad, que es un primer factor de vulnerabilidad, se suele agregar, muchas veces, la dependencia emocional en relación al victimario, la reiteración de los episodios abusivos –algunas veces por etapas prolongadas– y el silenciamiento, que suele rodear estas situaciones.

En la pubertad o la adolescencia –y más aún si la víctima no ha tenido experiencia sexual previa– también las consecuencias pueden ser severas, porque se trata de una etapa evolutiva y de una vivencia –la del inicio sexual– que son cruciales para el desarrollo futuro de una vida sexual placentera y saludable.

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

PARTE 2:

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

El presente Protocolo debe ser aplicado, para su mejor implementación, por profesionales de las distintas especialidades.

Es recomendable, cuando sea posible:

- **Consolidar un equipo interdisciplinario**, o **designar referentes** en las distintas especialidades involucradas.
- **Garantizar atención las 24 horas**. La experiencia indica que el servicio o los consultorios de tocoginecología son los más indicados para esto³.
- **Disponer del kit** que contenga anticoncepción de emergencia, test de detección de embarazo, profilaxis de VIH e ITS y vacunas.
- **Crear las condiciones para que la persona pueda relatar lo sucedido una sola vez** a la/el profesional capacitada/o para la intervención.
- **Contar con la medicación y articulaciones necesarias** para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo cuando corresponda.
- **Derivación personalizada / referenciada**, si fuera necesaria.
- **Informar a todo el personal de la institución de salud** (médicas/os, técnica/os, administrativas/os y de seguridad) los circuitos de atención y derivación definidos, a fin de que las personas que llegan por haber sido víctimas de una violación, a cualquier hora que sea, reciban la orientación precisa y la información necesaria de adonde deben dirigirse.
- **Informar a la comunidad sobre la necesidad de la consulta inmediata**.
- **Crear un registro de casos con fichas especialmente diseñadas**, ya que los datos pueden ser requeridos por el poder judicial en casos de denuncia y tienen valor legal, al igual que la Historia Clínica (HC).
- **Facilitar que la atención sea realizada por profesionales del mismo género**, si la víctima así lo requiere y fuera posible.
- **Ofrecer y facilitar medidas de apoyo⁴ e implementar los ajustes razonables⁵** necesarios para mejorar la accesibilidad, la toma de decisiones y la calidad de atención de las personas con discapacidad.

3. Si son niñas o niños, deberían ser atendidos en guardia de pediatría, si la hubiera, guardia general o consultorios de pediatría.

4. Son dispositivos, tecnologías y personas que brindan apoyo y asistencia a la persona con discapacidad. "Las medidas de apoyo tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos." (Resolución 65/2015 Ministerio de Salud de la Nación). Contar con la presencia de personas de apoyo es un derecho de las personas no un requisito para la atención.

5. Modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar a la persona con discapacidad que consulta el acceso y/o desarrollo de la atención.

2. FLUJO DE ATENCIÓN

Es conveniente que cada efector diseñe un flujograma de acuerdo con su estructura. En esta organización debe tenerse en cuenta que un porcentaje significativo de víctimas de violaciones acuden a los servicios de salud en horario nocturno o de madrugada y también los fines de semana.

El acceso de las víctimas a un servicio de salud, público o privado, puede producirse por distintas vías: en los hospitales, clínicas, centros de salud. Acorde a los niveles de complejidad, por ejemplo, en hospitales o clínicas, pueden ingresar por los servicios de Guardia General, Pediatría o Gineco-obstétrica, Salud Mental, Servicio Social, Consultorios Externos de distintas especialidades dado que junto con la violación las víctimas pueden haber sufrido lesiones, fracturas, etc. La persona debe ser recibida y acompañada inmediatamente para su atención por parte del equipo especializado si lo hubiere, o de los/as profesionales de referencia para estas situaciones (ver Gráfico 1).

En los casos de violaciones o abusos a menores de 18 años, el equipo de salud deberá realizar un abordaje inicial –las intervenciones de emergencia– derivar a servicios especializados, comunicar el hecho a los organismos de protección de derechos correspondientes a esa jurisdicción y denunciar ante la Justicia en el momento y forma acordado, tomando en consideración la autonomía progresiva de la niña, niño o adolescente, su interés superior, su red de contención y el riesgo al que está expuesta en cada caso.

Cuando la recepción de la consulta se reciba en efectores de salud que no dispongan de los recursos para una atención integral, debe llevarse a cabo la atención de las necesidades urgentes y garantizarse la derivación asistida a una institución que sí cuente con ellos con la premura que exigen algunos de los procedimientos médicos que son parte de una intervención integral.

Objetivos de la intervención

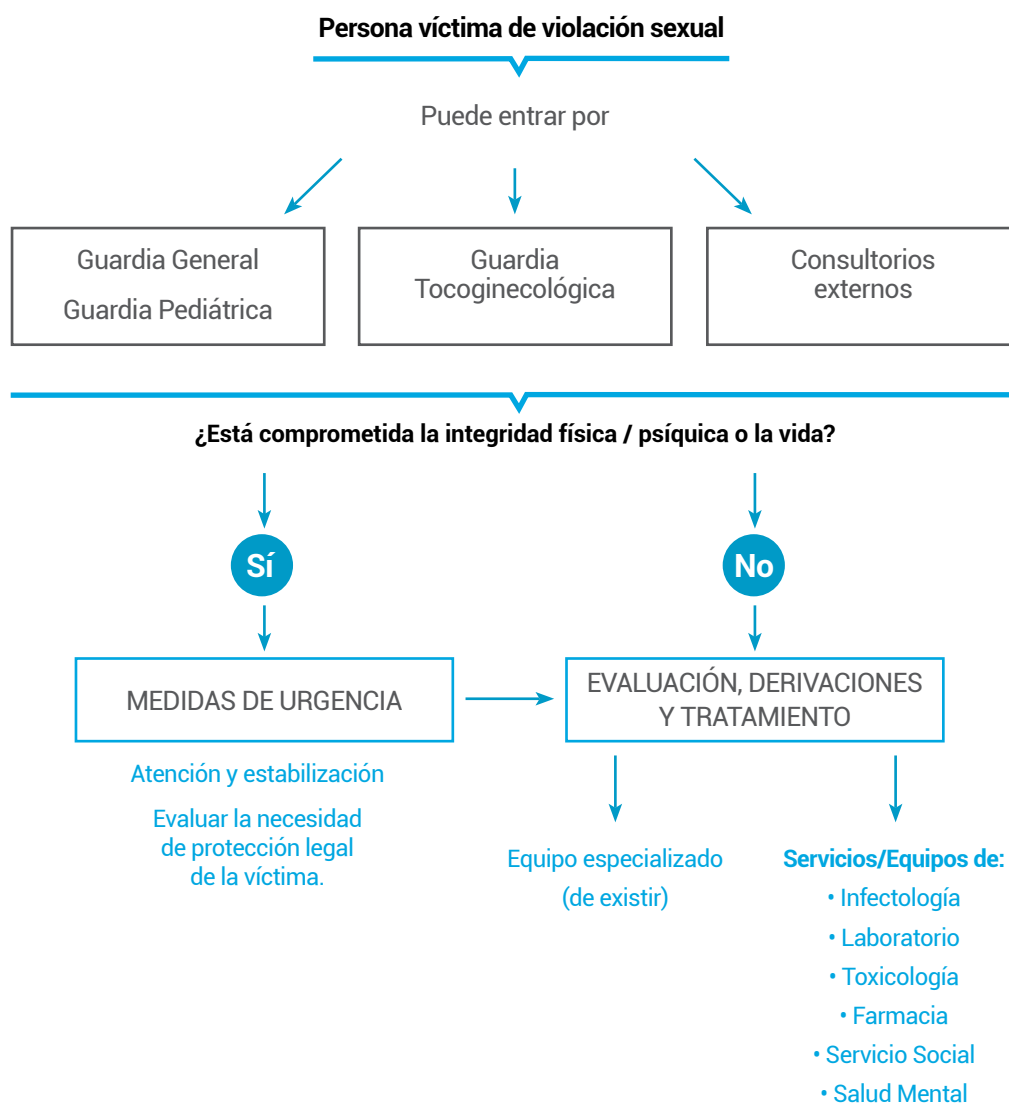
- **Recuperación:** Es el conjunto de medidas y cuidados preventivos o terapéuticos relacionados con los daños físicos y psicológicos. Corresponde mayoritariamente a la tarea de los equipos interdisciplinarios de salud.
 - **Protección:** es el conjunto de medidas que tienen por objetivo el resguardo de la víctima. Está a cargo de los ámbitos policial y judicial, aunque también puede ser muy importante el papel del entorno familiar y las redes afectivas de sostén de cada persona. En los casos de niñas, niños y adolescentes intervienen a su vez los organismos de protección de la niñez.
 - **Reparación:** es el conjunto de medidas destinadas a resarcir a la persona por los daños a la integridad, libertad, dignidad y sentido de justicia. Desde una perspectiva institucional, la reparación está en manos del sistema judicial, aunque existen alternativas de reparación fuera de ese ámbito que pueden resultar muy útiles para los procesos subjetivos.
-

3. MEDIDAS DE URGENCIA

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

- Efectuar hospitalización inmediata, si se evalúa necesaria para el tratamiento de las lesiones o compensación psicológica.
- Describir minuciosamente en la HC el estado de la víctima. En el caso de niños, niñas o adolescentes es fundamental transcribir el relato minucioso del hecho, porque en varias situaciones es la única oportunidad en que lo relatan.
- Eventualmente, solicitar la protección legal de la víctima.

Gráfico 1: Flujograma de modelo de atención a personas víctimas de violaciones sexuales



- Garantizar Anticoncepción de Emergencia y Profilaxis para ITS.
- Asegurar privacidad y confidencialidad.
- Informar el derecho a la denuncia.
- El tratamiento debe brindarse sin ningún tipo de denuncia.

4. ABORDAJE MÉDICO

4.1. RECEPCIÓN

La recepción puede ser un momento de mucha tensión para los equipos de salud. Por ello, es recomendable utilizar la historia clínica (HC) diseñada con este fin como guía de la entrevista y de los pasos a seguir (ver modelo de HC en Anexo 1). Por otro lado, la HC debe confeccionarse en el efector donde se realice la primera atención y en caso de derivación debe remitirse la misma para que la persona no deba pasar por el mismo interrogatorio y revisión y evitar así la revictimización.

En ningún caso debe solicitarse como requisito para la atención y aplicación del presente protocolo la realización de la denuncia.

Recomendaciones para el momento de la recepción de una víctima de violencia sexual

- Favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, sin revictimizar ni influenciar sus decisiones.
- Asegurar la confidencialidad del relato.
- Garantizar un ambiente de privacidad y tener en cuenta el estado emocional de la persona.
- Respetar su voluntad si no quiere compartir lo que le sucedió con otras personas, incluidos sus familiares.
- Permitir la presencia de un/a acompañante, si la persona lo desea.
- Respetar la identidad de género en la conversación y en los registros.
- Dar a elegir el género de quienes la atiendan, si esto es posible.
- Evitar que tenga que repetir el relato de lo ocurrido: unificar el registro de datos en la HC.
- Realizar un abordaje interdisciplinario o bien derivar en forma asistida a los servicios de salud mental y servicio social.
- Solicitar su consentimiento para la realización de las prácticas médicas y procedimientos elegidos.
- Informar de manera clara y sencilla las prácticas médicas y procedimientos que se pueden realizar; si existieran alternativas terapéuticas, detallar las ventajas y desventajas de cada una para garantizarle su libre elección.

- Ofrecer anticoncepción de emergencia tan pronto como sea posible, y el tratamiento para la prevención de VIH, teniendo en cuenta que son más eficaces cuanto más precozmente se provean.
 - Generar un ambiente de empatía, en especial si se trata de NNA, en el que puedan expresar sus necesidades y temores. Utilizar un lenguaje sencillo, formular preguntas simples, repetir las preguntas si fuera necesario -hacerlo con cuidado y consideración-.
 - Informar a la persona sobre su derecho a interrumpir el embarazo si se detecta que producto de la violación ha quedado embarazada.
 - Explicar que es su derecho acceder a la justicia, que este derecho incluye la posibilidad de denunciar el hecho, para que la justicia investigue y sancione al agresor y la víctima reciba una reparación por el daño sufrido.
 - Realizar los procedimientos de toma de muestras de tal forma que cumplan con los recaudos procesales exigidos en cada jurisdicción ya que pueden servir como pruebas en un eventual proceso judicial.
 - Si la violencia sexual se ejerció contra una persona menor de 18 años, el equipo de salud deberá comunicarlo a los organismos de protección de derechos de la jurisdicción y hacer la denuncia respetando las condiciones personales de la niña, niño o adolescente, valorando su madurez y autonomía progresiva.
 - Si las víctimas son personas con discapacidad deberá tenerse en cuenta el tipo de discapacidad, las preferencias y decisiones de las víctimas y cómo desean manejarse con quienes las acompañan si es que necesitan apoyo.
 - Tener en consideración la presencia de intérpretes para personas que no hablen el idioma o tengan dificultades para hacerlo.
 - En caso de derivación, ésta debe ser referenciada.
-

4.2. EXÁMENES DE LABORATORIO

4.2.1. 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 los centros en los que estuvieran disponibles, se recomienda la realización de pruebas moleculares sobre el cultivo tradicional dada su mayor sensibilidad y especificidad.

4.2.2. Análisis de sangre basales

- Sífilis: screening con pruebas no treponémicas (VDRL o similar) para descartar infección previa y confirmación con pruebas treponémicas de acuerdo a algoritmos vigentes. En caso de estar disponibles, pueden emplearse test rápidos.
- 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 2 a 4 semanas luego de la infección versus 4 a 6 semanas para pruebas de tercera generación). 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 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: 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 al especialista.
- Hepatograma.
- 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.

4.3. TRATAMIENTOS

Incluyen el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, el tratamiento antirretroviral para prevención de VIH y la medicación para otras ITS, vacunas y anticoncepción de emergencia (AE).

La atención integral de personas víctimas de violencia sexual (las prácticas y tratamientos que de ella surjan), como cualquier acto sanitario requiere que la persona brinde su consentimiento informado, conforme la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. El consentimiento informado es, por lo general, un proceso que se realiza de manera verbal. Sólo en casos específicos debe consignarse por escrito.

Por otra parte, brindar información completa, adecuada, basada en evidencia científica y en formato accesible no solo es un derecho de las personas usuarias del sistema de salud, sino que en muchos casos favorece la adherencia a prácticas o tratamientos. Así, por

ejemplo, para la realización del tratamiento antirretroviral no es obligatoria la firma de un consentimiento informado, pero sí es imprescindible que la persona acceda a la información sobre los efectos del tratamiento y sus efectos adversos.

4.3.1. Tratamiento de lesiones corporales y genitales

El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales y signos clínicos, y evaluar la necesidad eventual de derivación asistida para valoración por otros/as integrantes del equipo de salud. Dado que puede haber lesiones que la persona no recuerde haber sufrido durante el ataque, un examen físico minucioso resulta fundamental. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones. Si se considera necesario, se puede convocar en consulta a un cirujano/a o proctólogo/a.

Se debe solicitar la autorización previa de la persona para el examen físico y brindarle un trato amable y cuidadoso.

Todas las lesiones que presente en cualquier parte del cuerpo, como erosiones, escoriaciones, contusiones, lesiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, deben ser consignadas en la HC y en el Libro de Guardia junto a las impresiones del equipo de salud, independientemente de la intervención o no de un/a médico/a legista.

4.3.2. Anticoncepción de Emergencia⁶

Brindar anticoncepción de emergencia forma parte de la atención inmediata de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que hayan sido víctimas de una violación.

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. Respecto del DIU-Cu como AE es una opción para las personas que además deseen un método anticonceptivo de larga duración. Es importante tener especialmente en cuenta conversar con la persona sobre el procedimiento de colocación para que evalúe si quiere y puede transitarlo, considerando su situación psico emocional luego de la violación sexual.

Dado que el uso de AE reduce, pero no elimina por completo la posibilidad de embarazo, el asesoramiento y seguimiento de las personas con capacidad de gestar que sufren una violación 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.

6. Para más información ver Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud (DSSR, 2019).

A) La **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) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ se recomienda usar doble dosis de AHE de levonorgestrel (AHE LNG).

En la Tabla 1 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 frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Tabla 1 : Dosis recomendadas para la anticoncepción hormonal de emergencia

Droga	Dosis	Esquema de administración	
Levonorgestrel 1,5mg	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	
Levonorgestrel 0,03 mg (minipíldora)	Anticonceptivo oral de progestágeno solo (AOPS): 50 comprimidos	25 comprimidos cada 12 horas (2 tomas)	
Método de Yuzpe: Anticonceptivos 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 (0,02mg) 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

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

B) El **DIU-Cu** es el método más eficaz de AE. 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.

4.4. 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 (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: i) si el embarazo es resultado de una violación, y ii) cuando existe peligro para su vida y/o su salud.

Es por eso que, cuando 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 el **consentimiento informado** de la persona que requiere la interrupción, y en el caso que el acceso sea por causales (ILE), la declaración jurada de haber sido víctima de violación (ver Anexo 2). Si se tratara de una niña embarazada menor de 13 años, la declaración jurada no será necesaria. Es importante recolectar material genético⁸ cuando se ha hecho la denuncia o esté la posibilidad de que se la realice más tarde (ver Anexo 3).

Si la persona embarazada producto de una violación es una niña o adolescente menor de 15 años, existe evidencia científica sobre los riesgos aumentados biopsicosociales de continuar con la gestación⁹. Por lo tanto, además de su derecho a acceder una IVE hasta la semana 14 inclusive, también tiene derecho a acceder a la interrupción del embarazo por causal salud y causal violación (ILE).

La Ley 27.610 establece que debe garantizarse la interrupción del embarazo en un plazo de 10 días desde la solicitud y que la atención sanitaria debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información (actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles) y calidad.

8. Ver Parte 3- 1.Toma de muestras biológicas para estudios genéticos.

9. Resolución 1841/2020 del Ministerio de Salud de la Nación.

Los procedimientos establecidos en detalle se encuentran en el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (MSAL, 2021 o posteriores actualizaciones).

4.5. INMUNIZACIONES

La vacunación involucra la profilaxis para la hepatitis B y la actualización del esquema de vacunación antitetánica.

4.5.1. 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.

4.5.2. 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.

4.6. PREVENCIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS

4.6.1. Profilaxis Post Exposición (PEP) para personas adultas

Dado que circunstancias particulares que pueden ocurrir durante una agresión sexual tales como traumatismos genitales y anales pueden aumentar los riesgos de transmisión del VIH y que el tratamiento antirretroviral reduce significativamente la transmisión, se recomienda fuertemente ofrecer profilaxis post exposición contra el VIH (PEP, por sus siglas en inglés) a todas las personas que cumplan con los requisitos indicados a continuación.

En términos generales, la PEP debe administrarse lo antes posible luego del evento (como máximo dentro de las 72 horas) y por 28 días.

La PEP está indicada si:

- a) El material biológico tiene capacidad de transmitir el VIH (Tabla 2).
- b) El tipo de exposición tiene riesgo de transmitir el VIH (Tabla 3).
- c) El tiempo transcurrido desde la exposición es menor a 72 horas.
- d) La persona expuesta es VIH negativa. Sin embargo, no se debe demorar el inicio del tratamiento antirretroviral (TARV) al resultado del ELISA VIH.

Tabla 2 : Tipo de material biológico de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH

Material CON capacidad de transmitir el VIH	Material SIN capacidad de transmitir el 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 3 : 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

Tabla 4 : Esquema y dosis recomendadas para PEP en personas adultas

Drogas y presentación ^{10 11}	Dosis y esquema de administración
<p>Recomendado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenofivir DF 300 mg +Emtricitabina 200 mg coformulado <p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenofivir DF 300 mg +Lamivudina 300 mg coformulado <p>Alternativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina 300mg + Lamivudina 150 mg coformulado 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 comprimido por día • 1 comprimido por día • 1 comprimido cada 12 horas
Más uno de los siguientes	
<p>Recomendado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolutegravir 50 mg¹² <p>Alternativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darunavir 800 mg + Ritonavir 100 mg coformulado <p>En quienes no puedan recibir Dolutegravir ni Darunavir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raltegravir 400 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 comprimido por día • 1 comprimido por día • 1 comprimido cada 12 horas

4.6.2. Profilaxis post exposición (PEP) en niños, niñas y adolescentes

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 abusador/violador sea una persona infectada por VIH con carga viral detectable o VIH desconocido.

En términos generales, la PEP debe administrarse lo antes posible luego del evento (como máximo dentro de las 72 horas) y por 28 días. En todos los casos de abuso sexual, se iniciará la profilaxis post exposición con TARV y se solicitará a la **fuentes de exposición** (de ser posible):

10. Se recomienda consultar si existen actualizaciones posteriores a la edición de este Protocolo.

11. Para obtener información de Métodos Anticonceptivos y PEP ver "Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud". Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2019.

12. 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).

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.

o

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 y
- 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.¹³

En los casos de duda se solicitará CV VIH de la persona fuente, si resultara CV VIH indetectable, se suspenderá la PEP.

Tabla 5 : Regímenes de TARV para la PEP en NNA*

Adolescentes > 13 años	<p>Preferido Tenofovir + Emtricitabina ó Tenofovir + 3tc +Raltegravir o Dolutegravir</p> <p>Alternativo Tenofovir + Emtricitabina ó Tenofovir + 3tc + darunavir/ritonavir</p>
Niños y niñas de 2 a 12 años	<p>Preferido Tenofovir + Emtricitabina ó Tenofovir + 3tc + Raltegravir</p> <p>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 niños que toman cápsulas</p>
Niños y niñas de 1 mes a 2 años	<p>Preferido Zidovudina/3TC + Raltegravir o Lopinavir/Ritonavir</p>

*Ver indicaciones dosis, forma, esquema de administración e interacciones en Anexo 4.

13. Conceptos para considerar I=I (indetectable = intrasmisible):

- 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.

4.6.3. Profilaxis de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La profilaxis en otras ITS busca reducir la posibilidad de transmisión de gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. La dosis es diferente para adultas/os y niñas/os (se detallan ambos casos en las Tablas 6 y 7).

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 (ver Tabla 8 Monitoreo y seguimiento recomendado en usuarios de PEP).

Tabla 6 : Profilaxis para otras infecciones de transmisión sexual 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 12 hs. por 7 días. No administrar doxiciclina en caso de embarazo

Tabla 7 : Profilaxis para infecciones de transmisión sexual en niñas, niños y adolescentes (NNA)

Microorganismo	Régimen recomendado en adolescentes y jóvenes	Régimen recomendado en NNA
Neisseria 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	

4.7. SEGUIMIENTO

Es fundamental:

- 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 salud sexual y reproductiva, salud mental y servicio social.
- Entregar por escrito la información sobre los turnos con las/os distintos profesionales. Las derivaciones deben ser personalizadas, y si es posible brindar el nombre de cada profesional y día y horario de atención.
- Entregar anotadas en letra legible todas las indicaciones médicas e informar sobre los efectos secundarios y especificar qué medicamentos los tienen y la necesidad de consultar sobre posibilidad de cambios de medicación.

Tabla 8 : Monitoreo y seguimiento recomendado en personas usuarias de PEP

	Basal	2 semanas	6 semanas	12 semanas
Evaluación clínica	X	X	X	X
Monitoreo de eventos adversos	X	X	X	X
Función renal: creatinina plasmática, clearance de creatinina estimado. Se recomienda uso de fórmula MDR-4	X	X		
Subunidad beta HCG en personas con capacidad de gestar	X			
Test de hepatitis B	X			
Test de hepatitis C Test ELISA o similar	X		X (en caso de alteración de hepatograma)	X (en caso de alteración de hepatograma)
Test de hepatitis A Serología IgG (solo en no vacunados)	X			

Test de Sífilis Se prefiere el uso de test rápido o VDRL en caso de estar disponible.	X		X	X
Screening de VIH Se prefiere el uso de test rápido	X		X	X

5. ABORDAJE PSICOLÓGICO Y SOCIAL

Si bien el abordaje psicológico de una víctima de violación es tarea de las/os profesionales del campo de la salud mental, la contención y acompañamiento es tarea de todo el equipo de salud que recibe y atiende a una persona que sufrió violencia sexual. Se trata siempre de no revictimizar a la persona, no juzgarla y tener una escucha activa y contenedora. Los siguientes apartados son puntos claves a tener en cuenta como perspectiva integral de todo el equipo de salud.

El abordaje psicológico de una víctima de violación incluye la contención inicial y la evaluación de riesgos, incluido el riesgo psicológico asociado al hecho sufrido. Se debe ofrecer un espacio de escucha, contención y acompañamiento, donde trabajar de acuerdo a las necesidades de la persona, teniendo en cuenta los posibles efectos traumáticos del hecho ocurrido. El abordaje que se describe está pensado para violaciones recientes y sugiere un período que cubre hasta aproximadamente los seis meses posteriores al hecho. En caso de que el tratamiento deba continuar se podrá realizar una derivación intra o extra hospitalaria, para la continuidad de dicho tratamiento. Se debe tener en cuenta la posibilidad de hacer lugar también a la atención de familiares y allegadas/os de las víctimas. A su vez, es necesario que el acompañamiento psicológico pueda estar articulado con el seguimiento del tratamiento médico, estimulando que la persona pueda realizar todo el proceso necesario para su recuperación.

En las primeras entrevistas se recomienda indagar acerca de las redes de apoyo con las que cuenta la persona, para analizar las posibles estrategias de contención que pueden ayudar a fortalecer y acompañar el proceso de su recuperación.

En relación con los objetivos de la intervención psicológica, los saberes teórico-clínicos y la perspectiva de género se articulan en las siguientes propuestas que deberían ser priorizadas y seleccionadas según la situación. Entre otras :

- **Identificar y atender** los puntos más urgentes.
- **Evaluar los riesgos** y asegurar los contactos con las redes de protección y apoyo.
- **Dar espacio a la expresión del sufrimiento**, y a que se abran nuevas significaciones para que el hecho, aunque doloroso y traumático, pueda ser narrado, simbolizado e incorporado a la historia personal.

- **Disipar inquietudes y temores**, así fueran reales o producto de la fantasía, con información clara, sencilla y precisa.
- **Analizar las posibles dudas y dificultades de la persona** acerca de con quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido. En el caso de que ya lo haya relatado, dialogar sobre las respuestas que recibió, en particular de su red de vínculos significativa.
- **Aportar elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamiento o historia personal.** Estos argumentos pueden contribuir de manera significativa a aliviar los autorreproches.
- **Fortalecer su posición de sujeto.** Valorar las estrategias de supervivencia y resistencia que puso en juego durante o después del ataque.
- **Escuchar y viabilizar su reclamo** de justicia y de reparación.
- **Propiciar el fortalecimiento personal.**
- **Abrir alternativas para que pueda ir reorganizando las facetas de su vida que se vieron afectadas.**
- **Propiciar la recuperación de su cuerpo y del placer sexual.**
- **Dar cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazantes** como el deseo de venganza, ya que la puesta en palabra atenúa los riesgos de un pasaje al acto. Los efectos perniciosos de ese mismo deseo destructivo pueden volverse contra la víctima, y en ocasiones pueden provocar graves síntomas, como anorexia, automutilaciones o intentos de suicidio.
- **Esclarecer y reafirmar el carácter imprevisible del hecho** y aportarle a la víctima elementos que le permitan comprender que es doloroso, pero superable.

5.1. MODALIDADES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En cuanto a las modalidades del abordaje psicológico, una de las más usuales es **la que se focaliza en los puntos de urgencia** y es, por lo general, de duración breve (de 3-4 a 8-10 entrevistas).

Una vez cumplida esta primera etapa, según evolución del malestar psicológico y/o los deseos de la persona consultante, **puede formularse un nuevo acuerdo de mayor duración** (generalmente algunos meses). Aun cuando esta modalidad sea más prolongada, sigue respondiendo a objetivos acotados que pueden relacionarse, por ejemplo, con trastornos que no han sido atenuados, o con problemas o decisiones que tiene que asumir la persona afectada: mudanzas, cambios de trabajo, dificultades en las relaciones sexuales y/o de pareja, entre otros. Resulta muy beneficioso, además, que funcione como acompañamiento en los casos en que se está desarrollando el proceso judicial.

Sea breve o prolongada, es importante que al culminar los encuentros se realicen las devoluciones pertinentes y se deje abierta la posibilidad de que la persona pueda reanudar el contacto, para volver sobre efectos aún no resueltos del hecho o para plantear una intervención psicológica de objetivos más amplios.

5.2. LA ORIENTACIÓN A FAMILIARES Y PERSONAS ALLEGADAS

Las puntualizaciones generales que siguen dependen de quién sea el agresor, si es ajeno al entorno familiar o si es parte del mismo; y de si las víctimas son adultas o niñas, niños o adolescentes. Las reacciones del entorno cercano son siempre importantes, pero en el caso de NNA es fundamental determinar si existe una persona adulta protectora o no, a fin de tomar las medidas pertinentes.

Muchas veces familiares o personas del entorno cercano pueden sentirse afectadas, por un lado, y por el otro, constituyen apoyos muy valiosos para la contención y el acompañamiento afectivo de las víctimas.

No es infrecuente que alguna de las personas significativas para la víctima – por ejemplo, la pareja, la madre, el padre– la culpabilicen. Puede darse que ni siquiera se muestren accesibles al diálogo. Cuando – pese a las tensiones – el acercamiento se logra, es conveniente contextualizar el hecho con argumentos sociales y culturales y explicitar que su apoyo y comprensión son indispensables para la recuperación de las víctimas.

Algunas víctimas experimentan – como un nudo específico de la situación – ambivalencias y resistencias para contar lo que les ha pasado. Esto puede responder a motivaciones muy variadas: son frecuentes las intenciones de “cuidar” a las personas queridas, es decir, evitarles un dolor; o bien, para protegerse ellas mismas de situaciones de mayor violencia que pueden derivarse de los deseos de venganza de sus familiares o personas cercanas.

Una vez que la víctima decide a quién comunicarlo, es necesario abrir un diálogo acerca de cómo lo va a relatar. A veces puede querer hacerlo ella misma; en otros casos puede solicitar que lo haga el/ la psicoterapeuta, o bien llevarlo a cabo conjuntamente. En cualquiera de estas circunstancias lo crucial es el fortalecimiento de la víctima y la elaboración de expectativas lo más realistas posibles.

Sea que las personas allegadas conozcan el hecho desde el principio o hayan sido informadas después, la orientación psicológica puede resultar beneficiosa.

6. LA DENUNCIA. RESPONSABILIDADES LEGALES DE LAS/OS PROFESIONALES DE SALUD

Para las personas adultas en nuestro país la violación es un delito de instancia privada. Esto significa que a partir de los 18 años la decisión de instar la acción penal es de la víctima. En estos casos no corresponde que las /os profesionales de salud denuncien.

Esto es diferente cuando se trata de niñas, niños o adolescentes (menores de 18 años), ya que al ser delitos de instancia pública (art.72 del Código Penal), una vez realizada la comunicación correspondiente a los organismos de protección de derechos¹⁵, la intervención tendiente a la protección del/la niño/a o adolescente deberá contemplar también la denuncia penal por la situación de abuso para que se sancione al victimario, preferentemente en fiscalías u otros organismos especializados en la temática. Debe priorizarse la atención de la salud integral de las NNA víctimas de violaciones sexuales, incluyendo el acceso a la interrupción del embarazo, sin que la realización de la denuncia, la obtención de material probatorio o la intervención judicial pueda retrasar o interferir de modo alguno con dicha atención.

La evaluación para la realización de la denuncia debe contemplar, en caso de que no exista riesgo inminente de que la agresión se repita, el momento en que la niña o adolescente esté preparada para enfrentar el proceso penal. En todos los casos deberá ser prioritaria la protección del interés superior de la NNA involucrada/o y en especial la aplicación del principio de autonomía progresiva. Se debe garantizar su participación significativa en todos los procesos de toma de decisiones que las/os involucren, reconociendo y respetando su derecho a ser oídas/os. Para ello, los equipos tomarán las medidas necesarias de adaptación de los procesos, la información y las prácticas para ajustarse a su desarrollo madurativo y necesidades particulares, de forma que estén en condiciones de decidir y participar en todo momento. De este modo, deberá acordarse con la niña, niño o adolescente cómo se presentará la información y qué resguardos se pueden dar desde el sistema de salud para que la denuncia y el proceso penal se lleven adelante en virtud de su derecho al acceso a la justicia y respetando los principios de protección de sus derechos humanos.

Revictimización

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 condicionada a prejuicios, falta de sensibilidad, e incluso desconocimiento.

15. El organismo de protección de derechos es el órgano de aplicación de la Ley Nacional 26.061 y de las leyes provinciales de protección integral de los derechos de NNA. Se trata de un organismo provincial, pero también los hay municipales.

La denuncia debe ser parte de una estrategia de protección de los derechos que deberá considerar la opinión de la NNA, una evaluación del riesgo en el que se encuentra y una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la realización de la denuncia. La denuncia policial o judicial no tiene que realizarse inmediatamente. Antes de realizarla se debe evaluar cada situación en particular para encontrar, en conjunto -el/la niño, niña o adolescente, el equipo de salud y, de estar presente, el organismo de protección de derechos-, el mejor camino posible para llegar a dicha denuncia y para que el proceso judicial resulte una garantía del acceso a la justicia y no una instancia de revictimización.

Dónde denunciar:

- Fiscalías especializadas.
- Fiscalías.
- Comisarías de la mujer o de la familia.
- Comisarías.

Deber de recibir denuncias:


- Los organismos receptores de denuncias se encuentran obligados a recibir y tramitar tales denuncias en forma gratuita, a fin de garantizar el respeto, la prevención y la reparación del daño sufrido.
- En caso de no hacerlo las personas que lo integran quedan sujetas a apercibimientos por "incumplimiento de deberes de funcionario público".

7. MARCO NORMATIVO

<p>Ley 26.485 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</p>	<p>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".</p>
<p>Código Penal Argentino Artículo 119 del Capítulo Delitos contra la Integridad Sexual.</p>	<p>La actual definición de violación acorde a la legislación vigente, –producto de sucesivas reformas del artículo 119 (Ley 25.087/1999, Ley 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.</p>
<p>Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo</p>	<p>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 violación 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 violación.</p>

<p>Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado</p>	<p>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.</p>
<p>Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>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.</p>
<p>Ley 26.743 de Identidad de Género</p>	<p>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.</p>
<p>Ley 26.378 que incorpora la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Ley 26.557 de Salud Mental</p>	<p>Establecen que las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto de las personas. Por tanto, tienen derecho a consentir de manera autónoma sobre las prácticas y asistencia a su salud, en igualdad de condiciones con las demás personas.</p>

PARTE 3:
OBTENCIÓN Y CONSERVACIÓN
DE EVIDENCIA



1. TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA ESTUDIOS GENÉTICOS¹⁶

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 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 víctimas, y se traduce en una forma de revictimización.
- Muchas personas adultas no denuncian de forma inmediata y lo hacen tardíamente y en estos casos se pierden todas las evidencias.

Igualmente se debe 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. Ésta es un documento público y válido para uso judicial siempre que se complete acorde a los requisitos establecidos en la Ley 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 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 las/os profesionales legistas o del cuerpo médico forense.

Cuando la víctima 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 las/os profesionales de la salud, al mismo tiempo que hacen la revisión médica, guarden muestras para una posible posterior denuncia.

16. Este apartado ha sido elaborado por la Dra. Bioquímica Noelia A. Massari con la colaboración de Susana Bequer Urbano.

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 3).

Antes de la recolección de elementos probatorios, los profesionales de la salud deben considerar varios factores para la recolección y tratamiento de las muestras.

Es recomendable que antes de iniciar todo procedimiento de recolección de pruebas, las/os profesionales de salud expliquen los procedimientos que realizarán utilizando un lenguaje simple y claro, acorde la capacidad de comprensión de las víctimas. 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 víctimas no puedan 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.

Las/os 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 víctima, hisopados de zonas específicas del cuerpo de la víctima (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 víctima 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, especialmente si se trata de una niña o niño, pero jamás deberá forzarse la realización del muestreo.

1.3. PRESERVACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS HISOPOS

Para todos los casos 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 MUESTRAS¹⁷

1.4.1. Hisopados de cavidad oral

Cuando la víctima 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 víctima.
 - 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 víctima 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 prepucial, glande y cuerpo de pene**, evitando frotar el meato uretral. Además, según el caso, 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 víctimas constituye una urgencia médico-legal y de salud.

17. Para más información sobre toma de muestras a NNA, ver "Evaluación inicial y seguimiento" en el Anexo 4: Profilaxis post exposición para VIH y otras ITS en niñas, niños y adolescentes.

En la ropa de la víctima:

- 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 víctima 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 ensobrarse 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 víctima 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 víctima, es necesario para individualizar un perfil de ADN más informativo del/de los sospechoso/s. 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 celular, 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 menores como de adultos 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 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.

La recopilación eficaz de las muestras y su correcta conservación son esenciales para alcanzar los objetivos de este proceso.

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 9 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 9: 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 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 solo 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 1:

Historia clínica

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 No

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 contundente:

¿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:

(adicciones, 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: _____

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: Vestíbulo

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

Hepatitis B

HBs Ag

Anti core

Anti HBs

Hepatitis C - anti HVC (ELISA)

HIV – ELISA

Sífilis - VDRL cuantificada

Hemograma

Grupo sanguíneo

Hepatograma

Uremia

Creatininemia

Test de Embarazo (Subunidad b HCG)

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 profesional asistencial

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: 1º dosis 2º dosis 3º 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 2:

Modelo de consentimiento
informado para IVE/ILE

Modelo de Declaración Jurada



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:

- ✓ Recibí 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.**



CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DEL/A REFERENTE AFECTIVO O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo al artículo 8 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia de su progenitor/a, representante legal, referente afectivo, o de una persona que ejerza formal o informalmente roles de cuidado o una persona allegada, debido a que la persona gestante es:

(señalar lo que corresponda)

- Menor de 13 años de edad.
- Adolescente entre 13 y 16 años de edad y el procedimiento pone en riesgo grave su salud o su vida.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Documento (tipo y N°)

.....
Relación con la persona gestante

.....
Día Mes Año

CONSTANCIA DE LA ASISTENCIA DE LA PERSONA DE APOYO

De acuerdo al artículo 9 de la Ley 27.610, en este caso se requiere la asistencia del apoyo designado judicialmente, representante legal o de una persona allegada, debido a que la persona gestante:

(señalar lo que corresponda)

- Tiene sentencia judicial firme vigente de restricción a la capacidad para tomar decisiones vinculadas a la interrupción del embarazo.
- Ha sido declarada incapaz en los términos del artículo 32 del Código Civil y Comercial de la Nación.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Documento (tipo y N°)

.....
Relación con la persona gestante

.....
Día Mes Año

**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 3:

Modelo de formulario único
de cadena de custodia

FORMULARIO ÚNICO DE CADENA DE CUSTODIA¹

(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 4:

Profilaxis post exposición para
VIH y otras ITS en niños, niñas
y adolescentes

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PARA VIH Y OTRAS ITS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El presente anexo completa la información desarrollada en el cuerpo de este protocolo sobre profilaxis post exposición para VIH y otras ITS en NNA víctimas de abuso o violaciones sexuales en dos aspectos:

A) Evaluación inicial y seguimiento post exposición a VIH y otras ITS en NNA y

B) Presentación, dosis e interacciones de antirretrovirales para PEP en NNA

A) Evaluación inicial y seguimiento:

Línea de base (LB)	Visita Inicial	4-6 semanas	3 meses	6 meses
HIV (4ta g) (a)	X	X	X	
HBsAg Anti HBc Anti HBsAg	X			X si era negativo en la visita inicial
PCR ARN HCV Ac HCV (b)	X			
Sífilis. Idealmente Pruebas Treponémicos (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 recomendados 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.

B) Presentación, dosis e interacciones de antirretrovirales para PEP en NNA

Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

ZIDOVUDINA

Presentación	Dosis	Interacciones
- Jarabe: 10mg/ml - Cápsulas: 100 y 300 mg - Comprimidos: 300mg Combinados: ≥30 kg: c/12 hs. AZT 300 mg+ 3TC 150mg.	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, interferón alfa • Ribavirina

TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO

Presentación	Dosis	Interacciones
<p>Comprimidos: (245 mg de TDF es equi-valente a 300 mg de Te-nofovir) ≥35 kg: c/24 hs. TDF 245 mg + FTC 200 mg.</p>	<p>Niños/as 2 - 12 años: 8 mg/kg/dosis c/24 hs.</p> <p>Niños/as >12 años y >35 kg: 245 mg de TDF cada 24 horas.</p>	<p>-Disminuye las concentraciones plasmáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lopinavir/r aumentan las con-centraciones plasmáticas de te-nofovir • Analgésicos

LAMIVUDINA

Presentación	Dosis	Interacciones
<p>Solución oral: 10mg/ml. Comprimidos: 150 y 300mg.</p> <p>Combos: ≥30 kg.c/12 hs. AZT 300 mg + 3TC 150 mg.</p>	<p>Lactantes y niños y niñas (≥4 semanas): 4 mg/kg/dosis c/12 hs.</p> <p>Según peso (para ≥14kg): 14-20 kg: 75 mg c/12 hs. o 150 mg c/24hs. 20-25 kg: 75 mg-150 mg c/12 hs. o 225 mg c/24hs. ≥25 kg: 150 mg c/12hs o 300 mg c/24hs.</p>	<p>No se recomienda coadministrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emtricitabina

EMTRICITABINA

Presentación	Dosis	Interacciones
<p>≥35 kg: c/24 hs. TDF 245 mg + FTC 200 mg.</p>	<p>> 33 kg: 200 mg cada 24hs.</p>	<p>No se recomienda coadministrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lamivudina

LOPINAVIR/RITONAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones
<p>- Solución oral: 80mg/20 mg/ml. - Comprimidos: - 100 mg/25 mg - 200 mg/50mg.</p>	<p>Niños/as ≥12 meses hasta 18 años: Según superficie corporal: Dosis habitual: 300 mg/75 mg/m²/dosis c/12 hs</p> <p>Mayor a 18 años: 400/100 mg c/12 hs. ó 800/200 mg c/24 hs.</p>	<p>No coadministrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina • Dextropropoxifeno • Fluticasona • Budesonide • Hierbas/Vitaminas

DARUNAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones								
<p>Comprimidos: 150, 600 y 800 mg. También aprobado para ≥ 18 años: cada 24 hs. - Comprimidos de DRV/r 800/100 mg</p>	<p>Niños/as < 3 años o < 15 kg: no aprobado</p> <p>Niños/as ≥ 3 años: En pacientes pediátricos y adolescentes se recomienda DRV potenciado con RTV</p> <p>Peso(kg) Dosis (2 veces al día)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">30-40</td> <td>DRV 450 mg + RTV 100mg</td> </tr> <tr> <td>≥ 40</td> <td>DRV 600 mg + RTV100mg</td> </tr> </table> <p>Adolescentes (> 12 años) c/24 hs.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">30-40 kg:</td> <td>DRV 675 mg + RTV 100 mg c/24hs.</td> </tr> <tr> <td>≥ 40 kg:</td> <td>DRV 800 mg + RTV 100 mg c/24hs.</td> </tr> </table>	30-40	DRV 450 mg + RTV 100mg	≥ 40	DRV 600 mg + RTV100mg	30-40 kg:	DRV 675 mg + RTV 100 mg c/24hs.	≥ 40 kg:	DRV 800 mg + RTV 100 mg c/24hs.	<p>No recomendado coadministrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina • Hierbas • Lopinavir/ritonavir
30-40	DRV 450 mg + RTV 100mg									
≥ 40	DRV 600 mg + RTV100mg									
30-40 kg:	DRV 675 mg + RTV 100 mg c/24hs.									
≥ 40 kg:	DRV 800 mg + RTV 100 mg c/24hs.									

DOLUTEGRAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones										
<p>- Comprimidos: 10, 25 y 50 mg.</p>	<p>Niños > 6 años - 12 años:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Peso corporal (kg)</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 a menos de 20</td> <td>20 mg una vez al día</td> </tr> <tr> <td>20 a menos de 30</td> <td>25 mg una vez al día</td> </tr> <tr> <td>30 a menos de 40</td> <td>35 mg una vez al día</td> </tr> <tr> <td>40 o más</td> <td>50 mg una vez al día</td> </tr> </tbody> </table> <p>Adolescentes ≥ 12 años y ≥ 40 kg: Dosis habitual: 50 mg c/24hs.</p>	Peso corporal (kg)	Dosis	15 a menos de 20	20 mg una vez al día	20 a menos de 30	25 mg una vez al día	30 a menos de 40	35 mg una vez al día	40 o más	50 mg una vez al día	<p>No debe coadministrarse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiácidos
Peso corporal (kg)	Dosis											
15 a menos de 20	20 mg una vez al día											
20 a menos de 30	25 mg una vez al día											
30 a menos de 40	35 mg una vez al día											
40 o más	50 mg una vez al día											

Inhibidores de la transferencia de cadena mediada por integrasa

RALTEGRAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones																		
<p>- Comprimidos masticables: 25 y 100mg.</p> <p>- Comprimidos: 400mg.</p> <p>- Suspensión oral granulada: sobres de 100 mg de RAL en 10 ml de agua, concentración final 10 mg/ml.</p> <p>Combo: ≥6 años y ≥30 kg: RAL 300 mg + 3TC 150 mg.</p>	<p>Lactantes ≥ 4 semanas (≥3 kg) y niños/as hasta 2 años: 5 a <6 semanas: 3 ml (30 mg) dos veces al día 6 a <8 semanas: 4 ml (40 mg) dos veces al día 8 a <11 semanas: 6 ml (60 mg) dos veces al día 11 a <14 semanas: 8 ml (80 mg) dos veces al día 14 a <20 semanas: 10 ml (100 mg) dos veces al día</p> <p>Niños/as entre 2-12 años:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Peso(kg)</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> <th style="text-align: left;">Número comp.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11-14</td> <td>75 mg/dosis c/12hs.</td> <td>3 x 25mg</td> </tr> <tr> <td>14-20</td> <td>100 mg/dosis c/12hs.</td> <td>1 x 100mg</td> </tr> <tr> <td>20-28</td> <td>150 mg/dosis c/12hs.</td> <td>1,5 x 100mg</td> </tr> <tr> <td>28-40</td> <td>200 mg/dosis c/12hs.</td> <td>2 x 100mg</td> </tr> <tr> <td>≥40</td> <td>300mg/dosis c/12hs.</td> <td>3 x 100mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>≥6 años y ≥40 kg 1 comp 400 mg c/ 12 hs.</p> <p>Adolescentes ≥ 12años: Comprimidos: 400 mg/dosis cada 12 horas.</p>	Peso(kg)	Dosis	Número comp.	11-14	75 mg/dosis c/12hs.	3 x 25mg	14-20	100 mg/dosis c/12hs.	1 x 100mg	20-28	150 mg/dosis c/12hs.	1,5 x 100mg	28-40	200 mg/dosis c/12hs.	2 x 100mg	≥40	300mg/dosis c/12hs.	3 x 100mg	<p>No recomendado coadministrar con:</p> <p>- Antiácidos: reducen los niveles de RAL (hidróxido de magnesio, hidróxido de aluminio, carbonato cálcico).</p>
Peso(kg)	Dosis	Número comp.																		
11-14	75 mg/dosis c/12hs.	3 x 25mg																		
14-20	100 mg/dosis c/12hs.	1 x 100mg																		
20-28	150 mg/dosis c/12hs.	1,5 x 100mg																		
28-40	200 mg/dosis c/12hs.	2 x 100mg																		
≥40	300mg/dosis c/12hs.	3 x 100mg																		

RITONAVIR

Presentación	Dosis	Interacciones
<p>- Comprimidos: 100 mg.</p> <p>- La única formulación que contiene RTV integrado es lopinavir/ritonavir.</p> <p>- En el resto de las formulaciones debe administrarse separado.</p>	<p>Dosis: 100 mg</p>	<p>No recomendado coadministrar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rifampicina • Etravirina

BIBLIOGRAFÍA

Protocolos

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2021.

Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Galimberti, D.; Guz, M.; Larcamón, S., y Centro de Encuentros Cultura y Mujer Buenos Aires, 2003.

Guías y Protocolos para NNA

Abuso sexual contra NNA. Una guía para tomar acciones y proteger derechos. UNICEF. 2016. Disponible en: <https://uni.cf/31tCEcg> (Último acceso: 30/03/2021).

Abuso Sexual en la Infancia. Guía para la orientación y recursos disponibles en CABA y Provincia de Buenos Aires. FEIM, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/1j9re4q> (Último acceso: 30/03/2021).

Abuso Sexual. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. UNICEF. 2013.

Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y la adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. 2018.

Disponible en: <https://bit.ly/3b1ADZ4> (Publicación) <https://bit.ly/376smC6> (Hojas de Ruta) (Último acceso: 30/03/2021).

Acceso a la justicia de niños/niñas víctimas en la Argentina. Experiencia de elaboración de protección de protocolos unificados. Formosa, Jujuy y Tucumán. ADS, Asociación de Derechos Civiles, UNICEF. 2015.

Disponible en: <https://bit.ly/2w98yeb> (Último acceso: 30/03/2021).

Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación Argentina. UNICEF. 2018.

Disponible en: <https://bit.ly/3dRLZQL> (Último acceso: 30/03/2021).

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación- UNICEF. 2019. Resolución 1841/2020 Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en: <https://bit.ly/3qilYy4> (Resolución); <https://bit.ly/3jHXEnN> (Publicación); <https://bit.ly/3qhKH6L> (Hoja de Ruta) (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de abordaje integral ante situaciones de Violencia Sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes. Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género Área políticas de género. Provincia de Buenos Aires. 2015.

Disponible en: <https://bit.ly/2wbZSDN> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. JUFEJUS; ADC, Asociación de Derechos Civiles; UNICEF. 2013.

Disponible en: <https://bit.ly/2ib6kXq> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de orientación para la intervención en situaciones conflictivas en el escenario escolar. Dirección de Cultura y Educación, Subsecretaría de Educación, Provincia de Buenos Aires. 2012.

Disponible en: <https://bit.ly/2PUmO3f> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de recursos locales para la promoción y protección de los Derechos de NNYA, Provincia de Formosa, 2013. Estudios y Proyectos Asociación Civil, Ministerio de la Comunidad Provincia de Formosa-UNICEF. 2013.

Disponible en: <https://bit.ly/2wtjzqy> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de Recursos para el abordaje y la protección integral de niños, niñas víctimas de delitos o violencia. Provincia de Jujuy. ADC, Asociación por los Derechos Civiles. UNICEF. 2015.

Disponible en: <https://bit.ly/2NEmGnj> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de recursos para el abordaje y la protección integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos o violencia. Provincia de Tucumán. ADC, Asociación por los Derechos Civiles. UNICEF. 2015.

Disponible en: <https://bit.ly/2wxSymR> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar. 1 y 2. Ministerio de Educación de la Nación. 2014.

Disponible en: <https://bit.ly/2zNYKa9> (Último acceso: 30/03/2021).

Disponible en: <https://bit.ly/2LwIMX4> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía para la acción desde el ámbito educativo ante situaciones de vulneración de derechos de niñez y adolescencia. Resolución 3404/2014. Ministerio de Educación de la Provincia de Corrientes. 2014.

Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2018.

Disponible en: <https://bit.ly/2O7bRzx> (Último acceso: 30/03/2021).

Maltrato Infantil, orientaciones para actuar desde la escuela. Programa Nacional por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Ministerio de Educación de la Nación, 2010.

Disponible en: <https://bit.ly/2wzBYCd> (Último acceso: 30/03/2021).

Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Resumen Ejecutivo. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2018.

Disponible en: <https://bit.ly/39shP5p> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo Interinstitucional de Actuación en Casos de Abuso Sexual Infantil (ASI), aprobado por Decreto 2405/10. Consejo Federal de Educación (Resolución N° 3571). Provincia de Entre Ríos. 2010.

Disponible en: <https://bit.ly/2xUIFQ3> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo de abordaje integral en casos de abuso sexual infantil. Resolución MPA N° 532/2017. Ministerio Público de la Acusación, Fiscalía General. Provincia de Jujuy. 2017.

Disponible en: <https://bit.ly/2ltJaFq> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo de Asistencia ante Víctimas de Delitos contra la Integridad Sexual. Ministerio de salud Pública de la Provincia de Misiones. 2012.

Protocolo interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual infantil o violencia. Ley provincial N° 8922. Provincia de Tucumán. 2016.

Disponible en: <https://bit.ly/2Qk3fRj> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo interinstitucional de abordaje de niños, niñas y adolescentes víctimas y testigos de abuso sexual y otros delitos para Santiago del Estero. 2017.

Disponible en: <https://bit.ly/2NbEftC> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo interinstitucional para el acceso a la justicia de niños/as y adolescentes víctimas o testigos de violencia, abuso sexual y otros delitos. Provincia de Formosa. 2012.

Disponible en: <https://bit.ly/3cCjx6l> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo de intervención frente a situaciones de vulnerabilidad de los derechos NNA. Ámbito educativo. Provincia de Formosa. S/F. Antecedente Resolución 2536/11. Ministerio de Cultura y Educación, Servicio Técnico Interdisciplinario Central Se.T.I.C. Provincia de Formosa.

Disponible en: <https://bit.ly/2BOGN0r> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo interinstitucional para la atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas o Testigos de Maltrato, Abuso Sexual Infantil y otros delitos de la Provincia. Ley provincial N° 9718. Provincia de La Rioja. 2015.

Disponible en: <https://bit.ly/3wc0KXb> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo de organización y actuación para casos de violencia familiar y de género. Acordada Res. Nº 12704/18. Poder Judicial. Provincia de Salta. 2018.

Disponible en: <https://bit.ly/3rDEYrl> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo para la actuación policial en procedimientos con personas menores de edad (niñas, niños y adolescentes). Subsecretaría de Seguridad del Ministerio de Gobierno y Justicia. Provincia de Catamarca. 2012.

Disponible en: <https://bit.ly/2P0JM7Y> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo para la atención del embarazo en adolescentes menores de 15 años de edad. Provincia de Jujuy. UNICEF. 2017.

Disponible en: <https://uni.cf/3u5prTh> (Último acceso: 30/03/2021).

Protocolo único de examen por delitos contra la integridad sexual. Resolución 1004/2014. Provincia del Chaco. 2015

Disponible en: <https://bit.ly/2Pd5bAu> (Último acceso: 30/03/2021).

Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines. WHO. 2017.

Disponible en: <https://bit.ly/2MokRxU> (Último acceso: 30/03/2021).

Rutas de acción ante situaciones de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Valles Calchaquíes, Salta, Tucumán, Catamarca. UNICEF. 2017.

Disponible en: <https://uni.cf/2wcAlov> (Último acceso: 30/03/2021).

Bibliografía legal

Código Penal Argentino, Libro segundo, Título Tercero: Delitos contra la Integridad Sexual.

Disponible en: <https://bit.ly/3cxYIOz> (Último acceso: 30/03/2021).

Código Penal Argentino, Libro Segundo, Título 1, Capítulo 1: delitos contra la Vida: Art. 86.

Disponible en: <https://bit.ly/31DgK6h> (Último acceso: 30/03/2021).

Fallo "F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva", 13/03/2012. CSJN. Fallo "F., A. L. s/Medida autosatisfactiva". 2012. Considerando 30.

Disponible en: <https://bit.ly/3czqh4M> (Último acceso: 30/03/2021).

Ley 26.529. "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud".

Disponible en: <https://bit.ly/3u64CXJ> (Último acceso: 30/03/2021).

Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2020).

Disponible en: <https://bit.ly/3aaC9ZS> (Último acceso: 30/03/2021).

Recolección y preservación de pruebas

A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations, Adults/Adolescent. Second Edition, U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women. April 2013.

Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf> (Último acceso: 30/03/2021).

Guía de consulta abreviada para el Examen Sexológico Forense, Informe Pericial y Manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, D.C. Agosto de 2006.

Disponible en: <https://bit.ly/3cyJONH> (Último acceso: 30/03/2021).

Neurobiology of Sexual Assault: Implications for First Responders in Law Enforcement, Prosecution, and Victim Advocacy. Rebecca Campbell. 2012.

Peritaje Médico Legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización. Dr. David Montoya S., Ricardo Díaz S., Fernando Reyes O., Carlos Abusleme A., Jaime Garrido C. RevChilObstetGinecol 2004, 69 (1); 55-59.

Recolección de muestras biológicas en casos de abuso sexual. Ministerio Público de la provincia de Santa Fe.

Disponible en: <https://bit.ly/3mcljgw> (Último acceso: 30/03/2021).

Reglamento General del Laboratorio Regional de Investigación Forense del Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Chubut (actualizado 2014).

Disponible en: <https://bit.ly/31xthZa> (Último acceso: 30/03/2021).

SWGDM Recommendations for the Efficient DNA Processing of Sexual Assault Evidence Kits in a Laboratory (12/05/16).

Disponible en: <https://bit.ly/3sDDbnT> (Último acceso: 30/03/2021).

Documentos

Burgues, Ann Wolbert y Linda LytleHolmstron. Reacción de las mujeres víctimas de violación, Artículo publicado en The rape crisis intervention handbook. A guide of victim care. Sharon McCombie, Beth Israel Hospital, Boston, London 1976.

Chejter, Silvia y Rodríguez, Marcela, Ley 25087. Reforma del Código Penal en lo relativo a los hoy llamados Delitos contra la Integridad Sexual de las Personas. Boletín de CECYM y Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, Buenos Aires, 1999.

Chejter, Silvia, Beatriz Ruffa, y Susana Larcamón, editoras, *Violaciones. Aportes para la intervención desde del sistema público de salud*. Ediciones CECYM. Buenos Aires, 2005

Chejter, S. y B. Ruffa, *Violencia sexual. Dimensiones político culturales de la violencia hacia las mujeres*. En *Delitos contra la Integridad Sexual, Documento N° 3*. Secretaría de Desarrollo Social. Gob. CABA, Buenos Aires, 2005.

Chejter, S. y B. Ruffa, *Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar, reparar*, Ediciones CECYM. Buenos Aires, 2002.

Otros documentos:

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019*.

Disponible en: <https://bit.ly/3cA0Rns> (Último acceso: 30/03/2021).

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). *Emergency Contraception, 2017*.

Disponible en: <https://bit.ly/2PngW7c> (Último acceso: 30/03/2021).

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). *Nuevas realidades, nuevas demandas. Desafíos para la medición de la identidad de género en el Censo de Población. Documentos de Trabajo INDEC N° 25*. Abril de 2019.

Disponible en: <https://bit.ly/3m4jRO2> (Último acceso: 30/03/2021).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estados Unidos, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Washington, D.C.: CCP, OPS; 2019.

Disponible en: <https://bit.ly/3weOuF8> (Último acceso: 30/03/2021).

0800 222 3444

<http://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>
saludsexual@msal.gov.ar

