CORRIENTES

LEY 6021
PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL (P.L.P.)

Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia contra la Mujer en la Consulta Médica.
Sanción: 21/10/2010; Boletín Oficial: 13/12/2010

EL HONORABLE SENADO Y LA HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

Artículo 1º.- Establécese en el territorio de la Provincia de Corrientes el "Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia contra la Mujer en la Consulta Médica", para su implementación por parte de las instituciones públicas y privadas de la Salud en consultas o entrevistas profesionales, el que como Anexo I forma parte integrante de la presente Ley.-
Art. 2º.- Para todos los fines de esta norma se entenderá por Violencia contra la Mujer, lo definido en el Artículo 4º de la Ley Nacional 26.485 - Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.-
Art. 3º.- La presente Ley tiene por finalidad la intervención activa del Estado en la disminución de los casos de violencia contra la mujer. Los objetivos de la implementación del Protocolo aprobado como Anexo I, complementariamente con los procedimientos clínicos específicos de cada campo profesional y de los distintos niveles de complejidad, son la detección precoz e intervención temprana ante casos de violencia que afecten a la población femenina, y la recolección y tratamiento de información estadística vinculada a la violencia contra la mujer en todas sus formas.
Art. 4º.- Delégase en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes la ejecución del Protocolo aprobado como Anexo I, y la utilización de la información obtenida por este medio para fines estadísticos y/o de cooperación interinstitucional, debiéndose respetar lo previsto en los artículos 8 y 10 de la Ley Nacional 25.326. Toda vez que esta información será de carácter anónimo a los fines antes citados, con las solas excepciones previstas en la normativa vigente, también se tendrá en cuenta lo establecido por el Artículo 7, inciso f) de la Ley 26.485.
Art. 5º.- A efectos de su implementación se considera destinatarias prioritarias del Protocolo aprobado como Anexo I, a todas las mujeres que reciban atención en consultas o entrevistas por parte de profesionales de la salud en el territorio de la Provincia de Corrientes, independientemente del campo profesional o los niveles de complejidad en los que se desempeñen, siendo éstos los únicos autorizados a recabar la información que será adosada a la Historia Clínica de la paciente y posteriormente cursada, por vía administrativa, al área que el Ministerio de Salud Pública de la Provincia disponga para su recolección y tratamiento.
Art. 6º.- El Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes determinará la modalidad de elaboración de cuadros estadísticos y la creación de un área o servicio de registro único de datos para su aplicación, en coordinación con el Consejo Provincial de la Mujer, con el objeto de diseñar e implementar políticas públicas específicas en la materia.-
Art. 7º.- COMUNIQUESE al Poder Ejecutivo.-

ANEXO I

PROTOCOLO DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

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

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

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

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

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

I.- SIGNOS Y SEÑALES DE ALERTA DE MALTRATO

FÍSICOS

• Cefalea.
• Dolor torácico y/o palpitaciones.
• Dolor osteoarticular de diferentes localizaciones.
• Trastornos digestivos.
• Parestesias, mareos inespecíficos.
• Astenia.
• Traumatismos de diversa intensidad, fracturas.
• Hematomas en diferentes fases evolutivas.
• Quemaduras, erosiones.
• Epistaxis frecuentes.
• Fracturas de tabique nasal de repetición.
• Pérdida de piezas dentales.
• Enfermedades de transmisión sexual.

PSICOLÓGICOS

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

SOCIALES

• Aislamiento social.
• Bajas laborales de repetición.
• Retraso en la solicitud de asistencia prenatal.
• Desnutrición.
• Depresión.
• Abuso de sustancias.
• Abortos “espontáneos” frecuentes.
• Partos prematuros.
• Recién nacido de bajo peso al nacer.
• Lesiones fetales.
• Angustiada, más triste.
• Temerosa, asustadiza.

• Tendencia a la infravaloración, baja autoestima.
• Actitud vergonzosa, sumisa.
• Comportamiento evasivo para proporcionar información.
• Relato discordante con las lesiones.
• Solicitud tardía de asistencia a las lesiones.
• Agotamiento físico y psíquico.
• Incumplimiento terapéutico reiterado.
• Anulación de las citas concertadas o ausencia reiterada a las mismas.
• Excesiva preocupación por su pareja o, por el contrario, comportamiento despectivo.
• Intenta controlar la entrevista.
• Responde a las preguntas de forma continuada sin dejar intervenir a la mujer.

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

II.- LA ENTREVISTA

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

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

III.- EXPLORACION FÍSICA Y PSÍQUICA

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

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

• naturaleza (contusión, hematoma, erosión, herida, excoriación, mordedura, quemadura), forma y longitud.
• disposición: es frecuente que existan lesiones frontales en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales. Se prestará atención a la posible existencia de lesiones indicativas de defensa, como hematomas en la cara interna de antebrazos y lesiones en zonas no visibles.
• data de las lesiones. Esta información es prioritaria para precisar la evolución, así como para la valoración pericial del forense en caso de iniciarse un proceso judicial. Conviene tener en cuenta el siguiente cuadro, para evaluar este ítem:
Coloración de las lesiones en función del tiempo de evolución
Coloración Tiempo de evolución
Negro - azul oscuro Inmediato (< 1 día)
Rojo, violáceo 1 - 5 días
Rojo púrpura 5 - 7 días
Verdoso 7 - 10 días
Amarillento > 2 semanas
Realización de diagnóstico diferencial con lesiones accidentales: es infrecuente que un traumatismo casual ocasione lesiones bilaterales o en regiones parietales, si el golpe fue craneal. Ante una caída fortuita, los hematomas suelen aparecer en la parte externa de las extremidades y no en las zonas internas.
IV.- PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL
Valoración de daño psíquico: debe explorarse la respuesta psíquica inmediata o tardía, según el momento en el que se evalúe a la paciente, teniendo en cuenta:
• Las circunstancias que lo originaron.
• La existencia de factores agravantes de la vivencia, como pueden ser la utilización de armas o el ensañamiento.
• La valoración subjetiva que hace la paciente.
Shock emocional.
Síntomas psicosomáticos
Negación de lo sucedido.
Molestias inespecíficas
Confusión.
Trastornos del sueño
Abatimiento. Depresión-ansiedad
Temor a una nueva agresión.
Baja autoestima
Sensación de culpabilidad y vergüenza.
Trastorno por estrés postraumático
• Valoración emocional
Pueden usarse entrevistas libres o estructuradas, y los criterios diagnósticos del DSM- IV.
• Estimación del riesgo de suicidio: la entrevista clínica proporcionará la clave diagnóstica. Los antecedentes familiares y personales en relación con este acto (suicidios consumados o intentos), enfermedades previas, malos tratos en la infancia, impulsividad... orientarán en la valoración del riesgo. Durante la entrevista se abordará directamente la existencia de ideas de suicidio y de planes concretos, así como si se encuentra en posesión de armas de algún tipo. En el cuadro siguiente se exponen los signos de alarma de riesgo suicida.
Signos de alarma de riesgo suicida.
Euforia tras un período de desesperanza.
Audacia temerosa o accidentes múltiples.
Existencia de remordimientos.
Autocrítica exagerada.
Desesperanza.
Discurso con contenidos suicidas.
Elaboración de testamento o regalo de pertenencias.
Valoración del riesgo vital: es imprescindible estimar el riesgo que corre la paciente en caso de que no desee abandonar el hogar. Se preguntará a la mujer:

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

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

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

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

V.- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

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

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

La terapia familiar no está indicada mientras persista la violencia.

VI.- OTRAS MEDIDAS A ADOPTAR

Se facilitará la información necesaria para que la víctima comprenda la situación que está viviendo, proporcionándole una visión sin distorsiones de la realidad e intentando romper su aislamiento. Así mismo, se informará sobre los recursos sociales y los teléfonos de emergencia disponibles.

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

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

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

Pautas de actuación en función del riesgo:

Situación de riesgo inmediato:

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

Situación de riesgo no inmediato:

Cumplimentar informe médico y parte de lesiones.
Establecer un plan de seguridad con la mujer.
Informar de los recursos sociales disponibles (Comisaría de la mujer, Consejo Provincial de la Mujer, reparticiones provinciales o municipales que brinden atención específica, líneas telefónicas gratuitas, ONG locales, etc.)

Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes.
Comunicar el caso a Servicio Social de la institución.
Derivación al Servicio de Salud Mental.
Si la mujer tiene hijos pequeños, informar al pediatra.
Indicar visitas de seguimiento periódicas.
La comunicación con el pediatra, cuando la mujer tiene hijos pequeños, es necesaria puesto que los niños pueden ser víctimas directas del maltrato o por las secuelas psicológicas que les puede ocasionar el hecho de ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.
Un aspecto importante y que no debe ser olvidado es que, con frecuencia, el agresor y la agredida tienen asignado el mismo médico. No se debe comentar la situación con el presunto maltratador sin el permiso explícito de la víctima. Si ella instara al profesional a realizar este contacto, deberá ser advertida de las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de este hecho.

VII.- DERIVACIONES

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

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

VIII.- SEGUIMIENTO

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

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

En los controles de seguimiento se continuará trabajando con la paciente, reforzando ideas clave como que nadie merece ser maltratado y que los malos tratos no deben ser lo habitual en la relación de pareja. No emitir juicios ni tomar decisiones por ella.
En caso que la paciente no concurra a una cita posterior para el control del problema de salud por el cual consultó, el Servicio Social del centro de salud deberá efectuar una visita domiciliaria, o derivar el caso al Consejo Provincial de la Mujer u organismo municipal competente, proporcionado todos los datos pertinentes.

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos