

REFERENCIAS

1. Cook RJ, Arango Olaya M, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *Gynecol Obstet.* 2009;104:249-252.
2. Dickens B. Conscientious commitment. *Lancet.* 2008;371(9620):1240-1241.
3. Amnistía Internacional. Historia de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/inf-resumen.html>.
4. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0015>.
5. World Health Organization. 1994. Reproductive Health Activities in WHO. HRP/PCC(7)/1994/6a.
6. Sai FT, Nassim J. 1989. The need for a reproductive health approach. *Suppl Int J Gynecol Obstet.* 1989;3:103-113.
7. United Nations, 1995. Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September, ST/ESA/SER.A/149, New York.
8. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, Ethical guidelines on conscientious objection. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 Mar;92(3):333-334.
9. Federation of Latin American Societies of Obstetricians and Gynecologists (FLASOG). Report on the Pre-Congress Work- shop on Sexual and Reproductive Rights. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. October 2002. Disponible en: <http://www.flasog.org/informat.html>.316
10. Távara Orozco L. II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos San José, Costa Rica 28-30 Noviembre 2011. Taller Sobre "Objecion de Conciencia". Punto 4 Comunicación SAC. Lima, Perú, 2011. <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/tallerobjeciondeconciencia.pdf>

Taller sobre "Estandares Medicos, Forenses y Legales Para la Atención Integral de las Víctimas de Violencia Sexual" Parte II

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Coordinador para los Países Andinos del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG

Como continuación a la introducción publicada en *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;72(1):69, presentamos a continuación la discusión y conclusiones de este interesante Taller.

Nuevamente recomendamos revisar el documento completo se encuentra en la página web de la SOGV (www.sogvzla.org).

DISCUSIÓN

Luego de las presentaciones se suscitó una intensa discusión con preguntas, respuestas, comentarios y sugerencias.

- Al estar presente la policía y el fiscal durante la atención de la víctima ¿no se puede tratar de una falta de consentimiento informado y de ser así, si es que esto no está violando acaso el secreto profesional?
- El médico forense obedece a la ética del proceso judicial y por tanto no viola el secreto profesional.
- Cuando se hace la evaluación psicológica se puede afectar a la víctima?
- La evaluación psicotraumatológica debe hacerla una persona entrenada y la entrevista a la víctima

es una forma de psicoterapia.

- Quisiéramos conocer más de la legislación de Nicaragua. Coincido con la Dra. Rosales sobre la falta de una pata, que es la educación, no solo a nivel de la secundaria sino a nivel de la educación superior.
- En Guatemala no disponemos de la técnica de la entrevista del forense o del profesional entrenado en medicina forense con el fiscal y la policía. Mientras no se pruebe quién es el agresor, este puede quedar sin sanción.
- El personal del Instituto Médico Legal (IML) de Nicaragua destinado a obtener evidencias está disponible permanentemente o hace guardias?
- Es el médico el que hace la denuncia a la policía o a la fiscalía?
- El personal que hace la entrevista ha sido entrenado en psicotraumatología forense y en técnicas de entrevista. El IML trabaja todo el año por turnos en las 24 horas, pero se tiene dificultades a nivel de los municipios más alejados.

Continúa en página 82

17. Fanaroff A, Hack M, Walsh M. The NICHD neonatal research network: Changes in practice and outcomes during the first 15 years. *Semin Perinatol.* 2003;27:281-287.
18. Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osiovich H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: A population-based cohort study. *Pediatrics.* 2009;123:109-113.
19. Jantasing S, Tanawattanacharoen S. Perinatal outcomes in severe preeclamptic women between 24-33(+6) weeks' gestation. *J Med Assoc Thai.* 2008;91:25-30.
20. Fernández-Jonusas S, Ceriani-Cernadas J. Efectos de la hipertensión arterial durante el embarazo sobre el peso al nacer, el retardo del crecimiento intrauterino y la evolución neonatal. *Estudio caso-control apareado. An Esp Pediatr.* 1999;50:52-56.
21. Cherif A, Ben jema W, Kacem S, Guellouze N, Jebnoun S, Khrouf N. Preeclampsia increases the risk of hyaline membrane disease in premature infant: A retrospective controlled study]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2008;37:597-601.
22. Chang E, Menard M, Vermillion S, Hulsey T, Ebeling M. The association between hyaline membrane disease and preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1414-1417.
23. Sims E, Vermillion S, Soper D. Preterm premature rupture of the membranes is associated with a reduction in neonatal respiratory distress syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:268-272.
24. Tabora W, Almeida M, Moron A, Bertini A. Avaliação da maturidade pulmonar fetal em gestações de alto risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998;20:315-321.
25. Sass N, CanÇado R, Oliveira M, Torloni M. Corticoterapia pré-natal nas síndromes hipertensivas da gestação e seus efeitos na pressão arterial materna. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47:255-258.
26. Lara A, Espinosa C, Tenorio R, García A. Inducción de madurez pulmonar fetal en preeclampsia. *Ginecol Obstet Méx.* 1999;67:295-299.

Correspondencia a:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.

Hospital Central "Dr. Urquinaona". Final Av. El Milagro.

4002 Maracaibo.

Venezuela

Teléfono: 0416-2605233.

Email: sippenbauch@gmail.com.

...Viene de página 76

- La Corte Centro Americana de Justicia en apariencia no tiene jurisdicción para tratar casos de VS, sin embargo a ese nivel tenemos un compromiso de abordar este problema. Este compromiso nos ha llevado a involucrarnos en la atención integral de las víctimas de VS.

RECOMENDACIONES

- En condiciones ideales para la atención de víctimas de violencia sexual se debe contar con un equipo multidisciplinario compuesto por: médico capacitado, enfermera capacitada, médico forense, psicólogo/a-psiquiatra, trabajadora social, fiscal, policía, instituciones de protección a la niñez, adolescencia y mujer, sociedad civil organizada.
- La atención integral de víctimas debe hacerse en una entrevista única en que participe el clínico, el forense y el representante del Ministerio Público para evitar la revictimización.
- La atención integral debe proporcionar cuatro elementos de prueba: el relato, lesiones psíquicas, lesiones físicas y evidencias biológicas.

- Capacitar a todos los/as integrantes del equipo de atención integral.
- En ausencia de un equipo integrado se debe contar con personal mínimo entrenado en la atención integral.
- El lugar más adecuado para la atención integral de víctimas de violencia sexual es el que reúna las condiciones necesarias, en un ambiente de privacidad, seguridad, para dar respuesta a las necesidades de las víctimas desde el punto de vista de la salud física, mental y social, que cuente con equipo médico básico para evaluación, insumos para la atención, kit para pruebas de evidencia y kit de medicamentos, además de asegurar condiciones para hacer justicia y protección social de las víctimas.
- Los estándares médicos para la atención de víctimas de violencia sexual deben ser adaptados para cada país de la propuesta de FLASOG y que ha sido presentada en este taller. Igualmente los estándares forenses y legales que aparecen en este relato deben ser adaptados en cada país.

Continúa en página 88

3. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2000. Disponible en: <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=26> (Consultado 22-1-2012)
4. Safemotherhood initiative. Announcing the partnership for safe motherhood and newborn health. May 2004. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org/priorities/index.html> (Consultado 22-1-2012)
5. Franks A, Kendrick J, Olson D. Hospitalization for pregnancy complications, United States, 1986 and 1987. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:1339-1344.
6. Adams M, Harlass F, Sarno A, Read J, Rawlings J. Antenatal hospitalization among enlisted service women, 1987-1990. *Obstet Gynecol.* 1994;84:35-39.
7. Scott CL, Chavez GF, Atrash HK, Taylor DJ, Shah RS, Rowley D. Hospitalizations for severe complications of pregnancy, 1987-1992. *Obstet Gynecol.* 1997;90:225-229.
8. Bennett T, Kotelchuck M, Cox C, Tucker M, Nadeau D. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States in 1991 and 1992: A comprehensive view of maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:346-354.
9. Berg C, Atrash H, Koonin L, Tucker M. Pregnancy-related mortality in the United States, 1987-1990. *Obstet Gynecol.* 1996;88:161-167.
10. Little RE, Little AS, Chislovska N, Hulchiy OP, Monaghan SC, Gladen BC. Hospital admissions during pregnancy in two urban areas of Ukraine. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15:323-327.
11. Liu S, Heaman M, Sauve R, Liston R, Reyes F, Bartholomew S, et al. An analysis of antenatal hospitalization in Canada, 1991-2003. *Matern Child Health J.* 2007;11:181-187.
12. Sukerman E. ¿Por qué un Servicio de Medicina Interna de la maternidad? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1979;34:199-200.
13. Essenfeld-Sekler E, Contreras J, Sáenz A. Patología médica del embarazo en un departamento de medicina interna. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:39-45.
14. Sukerman E, Anka J, Mata M, Martínez K, Gracia C, Martínez E, et al. Características clínicas epidemiológicas de 1 000 pacientes de la Maternidad del Hospital Central de Valencia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;55:215-222.
15. Corrochano de Mago A, Sukerman E, Martínez E, Guardia C. Patología no obstetricia y embarazo. Experiencia del SMIM (1989-1993). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:193-200.
16. Faneite P, Santaella L, Leonardo L. Hospitalización antenatal. Importancia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;54:17-20.
17. Faneite P, María González M, Menezes W, Faneite J, Fernández A, Rivera C, et al. Incidencia y morbilidad en embarazadas hospitalizadas por patología antenatal entre 2000 y 2003 en el Hospital Distrital de Puerto Cabello, Venezuela. *MÉDICAS UIS.* 2006;19:83-87.
18. Gazmararian J, Petersen R, Jsmieson D, Schield L, Adams M, Deshpande A, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol.* 2002;100:94-100.
19. Kuklina EV, Tong X, Bansil P, George MG, Callaghan WM. Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United States from 1994 to 2007: Reasons for concern? *Stroke.* 2011;42:2564-2570.
20. Ahijado-Porres A, Vernich-Oliver M, Veloso-Carrasco C, Gil-Prieto R, Gil-de Miguel A. Hospitalizations during pregnancy in Spain in 1997-2007. *Enferm Clin.* 2011;21:91-98.
21. Brooten D, Kaye J, Poutasse SM, Nixon-Jensen A, McLean H, Brooks LM, et al. Frequency, timing, and diagnoses of antenatal hospitalizations in women with high-risk pregnancies. *J Perinatol.* 1998;18:372-376.
22. Adelson PL, Child AG, Giles WB, Henderson-Smart DJ. Antenatal hospitalisations in New South Wales, 1995-96. *Med J Aust.* 1999;170:211-215.
23. Faneite P. Impacto de la asistencia perinatal en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, Venezuela. *Gac Méd Caracas.* 1988;46:15-55.
24. Kroner C, Turnbull D, Wilkinson C. Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD001803.

Correo electrónico: faneitep@cantv.net

...Viene de página 82

- La historia clínica recomendada para la atención de víctimas se encuentra en el anexo III de este Relato.
- Los estándares forenses deben ser una guía que describa paso a paso el proceso médico legal integral, que incluya, entrevista única, pericia psicológica, pericia médica, recolección y análisis de las evidencias con fines de salud y con fines forenses, conforme aparece en este Relato.
- Los estándares legales deben ser parte de un proceso que cumpla con las reglas regionales, que tenga un enfoque victimiológico, que no lleve a la victimización secundaria, que evite la confrontación con el agresor, su declaración obligatoria y que garantice la protección de la integridad física y reinserción social de las víctimas.

Continúa en página 102

56. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:346-355.
57. Wright TC Jr, Massad IS, Dunton Cj, Spitzer M, Wilkinson Ej, Solomon D. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:340-345.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su agradecimiento a todo el personal de los servicios de Ginecología, Anatomía Patológica y Radiología y del Departamento de Estadística y Archivo, por su ayuda en la ubicación de las historias y al Licenciado Douglas Angulo por el análisis estadístico.

...Viene de página 88

- Para la atención de víctimas de violencia sexual se debe integrar los estándares médicos con los estándares forenses y legales.
- Armonizar los criterios de atención integral de las víctimas entre los sectores salud, forense y judicial.
- Los estándares integrados deben constituir una herramienta de uso regional, la misma que debe ser adaptada para cada país.
- Los estándares regionales deben ser aprobados por las máximas autoridades de los países, Ministerios de Salud, Corte Suprema de Justicia, Policía, Ministerio de Educación, Ministerio de Hacienda o Economía, Asamblea Legislativa o Congreso de la República.
- La implementación de los estándares deberá hacerse en los países mediante sensibilización, capacitación y dotación de recursos.
- Realizar difusión y promoción de los servicios de atención integral puestos en funcionamiento.
- En los servicios implementados, asegurar la logística de compra y abastecimiento de los insumos, (kit de recolección de evidencia y kit de medicamentos).
- Los profesionales asignados a la atención de víctimas deberán contar con soporte para su autocuidado, a fin de evitar el *burn out* o agotamiento.
- Se recomienda que cada país, dentro de su propia legislación, haga hincapié en la agilización de la investigación de cada caso por parte del Ministerio Público, a fin de esclarecer prontamente el hecho violento.
- Suscribir convenios interinstitucionales que faciliten y comprometan el cumplimiento de las acciones a favor de la atención integral de víctimas de violencia sexual. No dudar para solicitar la cooperación Sur-Sur.
- Cada país hará el monitoreo de las actividades programadas para la implementación de servicios de atención integral a víctimas.
- Para hacer el monitoreo de actividades deberá contarse con comités o comisiones interinstitucionales de nivel nacional, departamental y local (municipal).
- Las comisiones o comités de monitoreo deben contar con un reglamento, manual de organización y funciones y herramientas de monitoreo y supervisión.
- Las comisiones o comités de monitoreo deberán ser conformadas por representantes del sector salud, educación, justicia, gobernación o interior, Ministerio Público-Instituto de Medicina Legal, procuradorías, colegios profesionales y sociedades científicas involucradas.
- El sistema de monitoreo deberá contar con indicadores trazadores.
- Establecer las redes de referencia y alianzas, con ONGs que brindan acompañamiento y asesoría legal.
- Hacer mapeo de casas de abrigo para las víctimas que necesiten resguardo y ayuda.
- Conformación de alianzas o convenios de trabajo en equipo entre el Ministerio de Salud y Ministerio Público.