



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2021

()

Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales contenidas en los artículos 2, numeral 30, del Decreto 4107 de 2011, 10 de la Ley 1146 de 2007, 8 y 13 de la Ley 1257 de 2008, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política establece, en su artículo 13, que el Estado debe proteger *“especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”*.

Que el artículo 44 del mismo ordenamiento señala que los derechos de los niños y las niñas prevalecen sobre los demás y el artículo 9° de la Ley 1098 de 2006, Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, desarrolla dicha prevalencia.

Que la mencionada Ley 1098, en sus artículos 14, 18, 39, 41, numerales 16 y 26, 42, 44, numeral 2°, 46, numeral 10, 47, numeral 6°, 49, 83 y 86 protege a las niños, niñas y adolescentes de toda forma de violencia que se ejerza en su contra en los diferentes espacios en que se desarrolla y en los aspectos que puedan afectarlos.

Que en el Capítulo III de la Ley 1146 de 2007 *"Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente"* se establecen disposiciones relacionadas con la atención en salud para niñas, niños y adolescentes, víctimas de abuso sexual, la responsabilidad de los actores, tanto públicos como privados, del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS quienes están en la obligación de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados.

Que de acuerdo con el artículo 10 de la citada ley, se estableció que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe expedir un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, dirigido a los profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Que en el artículo 8 de la Ley 1257 de 2008 *"Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"*, se consagran como derechos de la persona víctima de violencia, los de a) recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, d) dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio, f) ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia y g) recibir

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hija, entre otros.

Que el artículo 13, numeral 1, de la Ley 1257 de 2008 dispone que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe elaborar o actualizar los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres, teniendo especial cuidado en la atención y protección de las víctimas y promoviendo el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Que el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, determina como sujetos de protección especial *“la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención”*.

Que en el numeral 4.2.2 de la Resolución 229 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto de la Protección a la dignidad humana se reitera el derecho de las personas afiliadas al sistema de salud a *“Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga”*, y en el numeral 4.2.4 de la misma resolución, en reconocimiento a la autodeterminación, el consentimiento y la libre escogencia, se indica que todas las personas tienen derecho *“Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.”*

Que el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, *por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones*, señala que todas las entidades del sistema de salud están en la obligación de implementar el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual.

Que mediante el artículo 1° de la Resolución 459 de 2012, se adoptó el Protocolo de Atención en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y en virtud del artículo 3° se estableció que tanto el protocolo como el modelo de atención deben ser revisados y actualizados.

Que teniendo en cuenta lo anterior, este Ministerio desarrolló el proceso de revisión y actualización de estos instrumentos teniendo en cuenta los posteriores desarrollos normativos realizados, la mejor evidencia científica y el fortalecimiento de la protección, la mitigación y reparación del daño ocasionado a la población víctima de Violencia Sexual.

En mérito de lo anteriormente expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

Artículo 1o. OBJETO. El presente acto administrativo tiene por objeto actualizar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, contenido en la Resolución 459 de 2012, incorporado en un nuevo protocolo, que hace parte integral de esta resolución, y modificar la periodicidad en su actualización.

Artículo 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente Resolución está dirigida a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

de Salud – IPS, los equipos multidisciplinarios para la salud, los profesionales y demás talento humano en salud así como a las restantes entidades responsables de la atención en salud en salud a la población Víctima de Violencia Sexual.

ARTÍCULO 3o. MODELO DE ATENCIÓN. Adoptar el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de las restantes entidades responsables de la atención en salud en salud a la población Víctima de Violencia Sexual.

Artículo 4o. ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN. El Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante la presente resolución será actualizado y revisado cuando se presenten avances o modificaciones normativas o cuando la evidencia científica del momento así lo requiera.

Artículo 5o. VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 459 de 2012.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C.,

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

CONTENIDO	
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
ALCANCE.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	9
1. PREMISAS	10
2. ENFOQUES	11
2.1. Enfoque basado en derechos humanos	11
2.2. Enfoque de género	11
2.3. Enfoque centrado en la víctima o sobreviviente	11
2.4. Enfoque interseccional	11
2.5. Enfoque intercultural	11
2.6. Enfoque de curso de vida	12
3. PRINCIPIOS.....	12
3.1. Presunción de buena fe	12
3.2. Acción sin daño	12
3.3. Igualdad y no discriminación	12
3.4. No revictimización	12
3.5. Debida diligencia administrativa	13
4. ESTÁNDARES INTERAMERICANOS PARA EL ABORDAJE Y LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	13
4.1. No reexperimentación del maltrato, sufrimiento o del estado de indefensión sufrido	13
4.2. Atención libre de prejuicios o estereotipos, especialmente los fundados en el género	13
4.3. Guarda de la confidencialidad y respeto de la intimidad	14
4.4. Atención y protección integral	14
5. DEFINICIONES DE VIOLENCIAS.....	14
5.1. Definiciones de las violencias según el SIVIGE	14
5.2. Violencias sexuales	14
5.2.1. Violencias sexuales	15
5.2.2. Violencias reproductivas	15
5.3. Violencias de Género y violencias Sexuales desde las voces de las mujeres indígenas	16
5.4. Violencias de Género y violencias Sexuales desde las voces de las mujeres Víctimas del conflicto Armado Colombiano	17

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

5.5.	Afectaciones e impactos de las violencias	19
6.	CONDICIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	21
7.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)	27
CAPÍTULO II. MOMENTOS PARA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES		28
1.	MOMENTO 1. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE LA OCURRENCIA DE UNA VIOLENCIA SEXUAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS O EN UNA CONSULTA DIFERENTE A LA URGENCIA.....	30
1.1.	ANTECEDENTES	31
1.2.	SIGNOS FÍSICOS	31
1.3.	SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES O EMOCIONALES	32
2.	MOMENTO 2: ATENCIÓN INICIAL DE LA PERSONA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	33
2.1.	Confirmación del diagnóstico de violencia sexual	33
Para tal fin se deben tener en cuenta las siguiente recomendaciones para el personal de la salud que realizan la primera de la Atención Integral:		35
2.2.	Valoración integral de las víctimas de violencia sexual	36
2.2.1.	Recomendaciones para la Valoración Integral	36
2.2.2.	Paso 1 - Anamnesis	37
2.2.3.	Paso 2. Examen físico general de víctima de violencia sexual	42
2.2.4.	Paso 3. Valoración de salud mental	47
2.2.5.	Paso 4. Toma de pruebas médico-forenses y cadena de custodia	48
2.2.6.	Paso 5. Toma de pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima de violencia sexual en la consulta inicial	51
2.3.	Administración de Profilaxis contra el VIH, las ITS y el VHB para las víctimas de violencia sexual durante la consulta inicial.	54
2.3.1.	Componentes del Kit para para la profilaxis post-exposición ante el VIH, las ITS, la hepatitis B y el embarazo	55
2.3.2.	Administración de Profilaxis contra el VIH	55
2.3.2.	Profilaxis post-exposición de Infecciones de Transmisión Sexual	56
2.3.3.	Profilaxis post-exposición de Hepatitis B	57
2.3.4.	Administración obligatoria de tratamiento para el abordaje sindromático de las ITS para las víctimas de violencia sexual durante la consulta inicial	58
2.3.5.	Vacunación antitetánica	58
2.4.	Administración de Anticoncepción de emergencia, acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	59
2.4.1.	Opciones de anticoncepción de emergencia para administrar hasta las 120 horas de ocurrida la violencia sexual	59
2.4.2.	Información para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE	60

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Momento 3. Intervención inicial en salud mental para las víctimas de violencia sexual y su familia durante la primera consulta.....62

3.1 Acciones del talento humano en salud no especializado en salud mental62

3.1.1 Recepción Inicial de la víctima.....62

3.1.2 Primeros Auxilios Psicológicos.....63

3.1.3 Atención Inicial en Salud Mental por servicio de urgencias65

3.2 Acciones especializadas en salud mental para las víctimas de violencia sexual.....66

Momento 4. Plan de cuidado para la atención integral de las víctimas de violencia sexual 68

4.1 Recomendaciones para las atenciones relacionadas con el Diagnóstico de Violencia y Plan de Cuidado Integral 68

4.2 Recomendaciones para las atenciones relacionadas con el seguimiento a la víctima de Violencia sexual 69

Momento 5. Activación hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual, asegurando la articulación intersectorial.....70

5.1 Activación de la ruta intersectorial cuando la violencia sexual es ocasionada en el ámbito de la familia 71

5.2 Activación de la ruta intersectorial cuando la violencia sexual es ocasionada por fuera del ámbito de la familia 72

5.3. Activación de la ruta intersectorial cuando la violencia sexual es ocasionada en el ámbito de la violencia sociopolítica o de conflicto armado 73

CAPÍTULO III. RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL PROCESO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA LAS VIOLENCIAS SEXUALES 74

1. Historia Clínica.....75

2. Registro en los RIPS.....76

3. Fichas de vigilancia en salud pública actualmente vigentes en cada ente territorial78

4. Estadísticas Vitales.....78

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....78

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es una vulneración de derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros derechos. Constituye una prioridad de salud pública por su magnitud y las afectaciones inminentes a corto y a largo plazo que produce en la salud física, mental, espiritual, relacional y productiva en su entorno familiar, comunitario y social, tanto de las víctimas como de sus familias y las comunidades donde se presentan estos hechos.

Desde finales de la década de los noventa, en Colombia se han producido avances relevantes frente al abordaje de la violencia sexual, especialmente en materia legislativa, su reconocimiento como una prioridad nacional, la incorporación de los derechos de las víctimas en las políticas y la adopción de guías y protocolos de atención.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

En este sentido, este Ministerio MSPS, en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, presenta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, los equipos multidisciplinarios para la salud, los profesionales y demás talento humano en salud, a las restantes entidades responsables de dicha atención, como la herramienta de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual. Este documento es actualizado con base en la evidencia científica reciente y las lecciones aprendidas del proceso de implementación del Protocolo de Atención en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, en las diferentes IPS, principalmente en sus servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. Fue sometido a consulta pública en la que participaron organizaciones de la sociedad civil, agremiaciones científicas y expertos en el tema, alcanzando un gran avance en la inclusión de elementos normativos, conceptuales y procedimentales actuales y validando aquellos que aún permanecen vigentes.

El Protocolo se desarrolla a través tres capítulos. El primero presenta los elementos normativos y conceptuales vigentes, así como los procesos de alistamiento de las instituciones y la información y comunicación que debe darse a la ciudadanía; el segundo, describe el proceso la atención una vez ingresa la persona víctima a una institución en salud, para el abordaje integral y la articulación intersectorial con las autoridades de protección, justicia y educación y, el tercero, hace énfasis en el registro en las herramientas de captura de información inherentes al sector salud.

OBJETIVO GENERAL

Brindar a los equipos multidisciplinarios para la salud, los profesionales y demás talento humano en salud una herramienta conceptual y metodológica con los criterios básicos indispensables para una atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales, la activación de la respuesta intersectorial y el registro de información para caracterizar el comportamiento de este tipo de violencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ofrecer a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los equipos multidisciplinarios para la salud, las y los profesionales y demás talento humano en salud, y las demás entidades responsables de la atención a la población víctima de violencia sexual, procedimientos e insumos para gestionar la atención oportuna, integral y de calidad en salud de las víctimas de violencias sexuales, evitando la revictimización.
2. Orientar la activación efectiva de la ruta intersectorial y comunitaria desde el sector salud para el acceso a la protección, justicia, incluida la justicia propia y los servicios sociales del Estado o propios de las comunidades étnicas.
3. Fortalecer los procesos de registro de información que permita caracterizar el comportamiento del evento y el ajuste de las políticas públicas orientadas a la prevención, atención, protección y acceso a justicia de las víctimas de violencia sexual.

ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual es de aplicación nacional por parte de los prestadores de servicios en salud, en desarrollo de la normatividad vigente, integra procesos y procedimientos para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y demás entidades responsables de la atención a esa población.

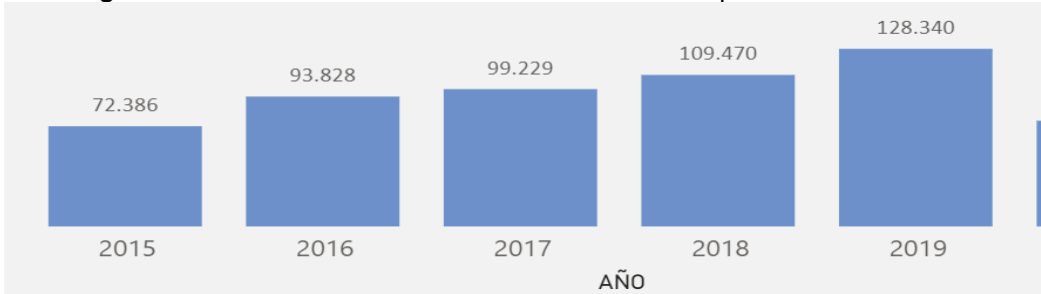
JUSTIFICACIÓN

Desde al año 2012, a partir de la vigencia del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha evidenciado un aumento de casos por violencia de género, con base en el reporte que hacen las Instituciones

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Prestadoras de Servicios Salud en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género en los diferentes entornos (SIVIGILA). Dicho incremento puede estar relacionado con la capacidad que tienen las y los profesionales de la salud para identificar, detectar y atender a las víctimas de este tipo de violencia en el territorio. En la Figura 1, se puede observar este aumento desde el 2015 al 2019, según datos analizados en Sistema Integrado de Información de Violencias de Género (SIVIGE), establecido en Colombia desde el año 2016.

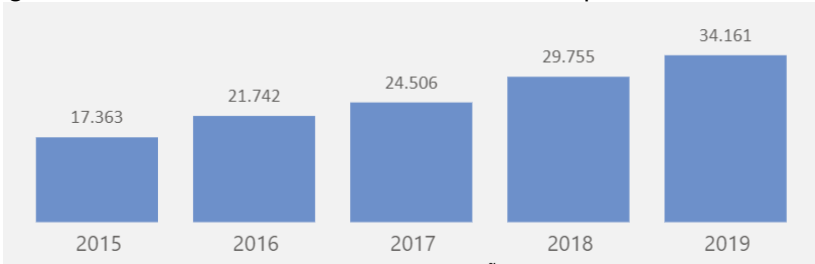
Figura 1. Número de casos de Violencia de Género reportados al SIVIGILA



Fuente: SIVIGE. Datos de SIVIGILA.

En cuanto a los casos de violencia Sexual, para los mismos años, el reporte al SIVIGILA mostró aumentos significativos, siendo reportados 34.161 casos en el año 2019 como se muestra en la Figura 2.

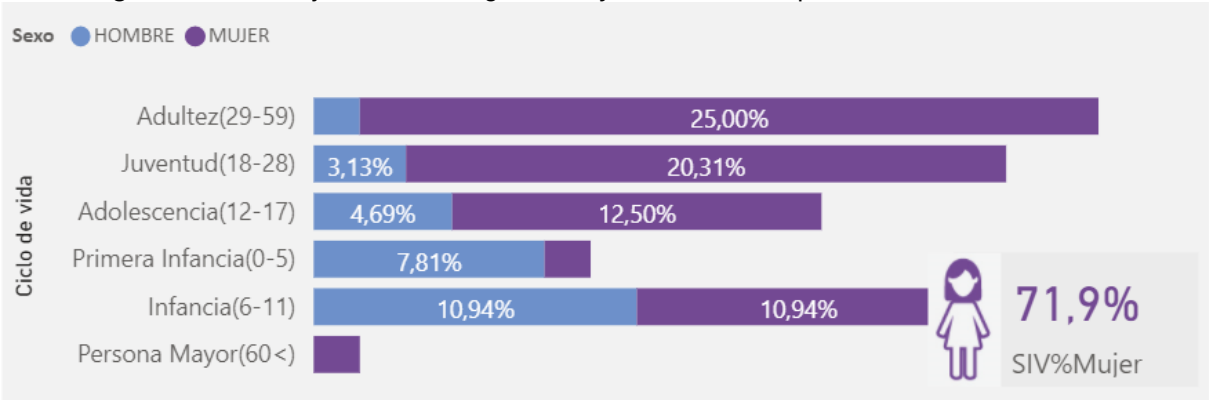
Figura 2. Número de casos de Violencia Sexual reportados al SIVIGILA



Fuente: SIVIGE. Datos de SIVIGILA.

Para el caso de las Violencias Sexuales, el INS señala que en el año 2019 fueron reportados al SIVIGILA un total de 31.008 casos, con una tasa de 250 por 100.000 Habitantes, concentrándose los mayores porcentajes en mujeres y la adolescencia, infancia y primera infancia, como se observa en la figura 3

Figura 3. Porcentaje de casos según sexo y ciclo de vida reportados al SIVIGILA. 2019

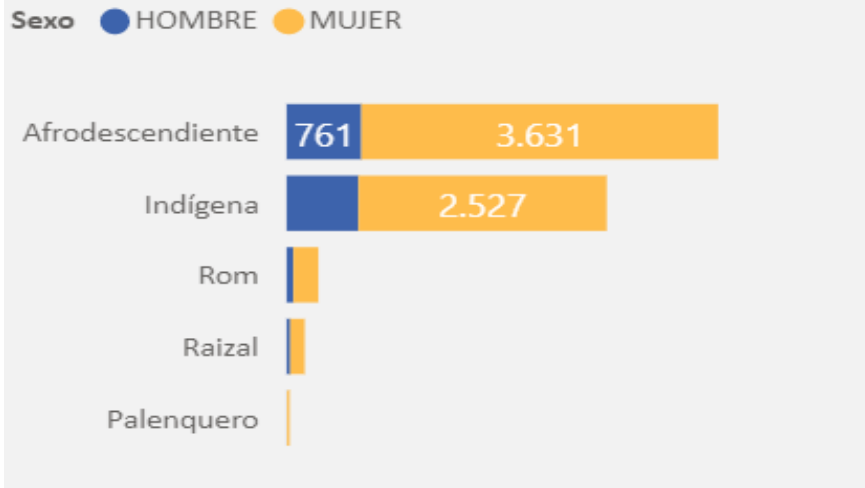


Fuente: SIVIGE. Datos de SIVIGILA.

En cuanto al número de casos según etnia, aunque aún no se ha logrado que todas las instituciones o comunidades reporten los casos que ocurren en población perteneciente a alguna de las mismas, en el 2019 se logró un reporte de 4.392 eventos en personas pertenecientes a la población afrodescendiente y 2.525 de la población étnica indígena, con un mayor porcentaje en mujeres como se observa en la figura 4.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Figura 4. Número de víctimas por étnica y Sexo reportadas al SIVIGILA. 2019



Fuente: SIVIGE. Datos de SIVIGILA.

Además del fortalecimiento de la identificación y reporte de casos, se destaca la cualificación del talento humano en salud, dada por la certificación de los profesionales de la salud en la aplicación del protocolo de atención integral (de acuerdo con las normas que establecen los criterios de habilitación de los prestadores de servicios de salud). En este sentido, el MSPS ha aunado esfuerzos con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA para brindar capacitación a profesionales de medicina y enfermería de todo el país desde el año 2013; de esta manera, solo en el año 2019 fueron certificados 9.906 profesionales; además, desde la expedición de la firma de la Resolución 459 de 2012, se han venido desarrollando procesos de asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Prestadores de Servicios de Salud (IPS) y se han realizado acciones de evaluación y seguimiento a la implementación y apropiación del protocolo en las DTS, EAPB e IPD. Estas evaluaciones han proporcionado elementos para la elaboración de planes de mejoras y recomendaciones para perfeccionar su implementación. Lo anterior, ha permitido que el país cuente actualmente con una mejor respuesta para la atención a las víctimas de violencia sexual y la identificación de poblaciones a riesgo, así como de acciones anticipatorias para prevenir y detectar las distintas formas de violencias a las que se encuentran expuestas las personas en el hogar, la comunidad, en situaciones como la migración y de conflicto armado, entre otros.

Son ocho años de lecciones aprendidas que recomiendan reforzar el alistamiento institucional y comunitario, actualizar el proceso de atención integral en salud alineado con la política y para fortalecer la toma de decisiones local basado en la caracterización de la situación de las víctimas de violencias sexuales y de la gestión efectiva del acceso a los servicios de salud.

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

En este capítulo del Protocolo, se presentan las premisas para la atención integral a las personas víctimas; los enfoques, principios y estándares; las definiciones de las violencias sexuales desde el SIVIGE y la inclusión, y el reconocimiento de las violencias desde las voces de las mujeres indígenas y mujeres víctimas del conflicto armado; la fase de alistamiento y mantenimiento de las instituciones, así como las condiciones mínimas requeridas por instituciones y servicios para la atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales; y finalmente las acciones de Información, Educación y Comunicación que deben realizar las Entidades Territoriales en Salud (ET), así como diferentes instituciones del sector salud para el acceso a los servicios y garantía de los derechos de las víctimas.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

1. PREMISAS

Este Protocolo parte de las siguientes premisas:

1. La atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales debe respetar su dignidad. Dicha atención debe estar centrada en la persona y orientada a preservar su vida y a restablecer su salud y bienestar, integrando a sus familias, comunidades y territorio donde habitan, reconociendo las diferencias y particularidades poblacionales y territoriales.
2. Durante todo el proceso de atención deberá reconocerse que la persona víctima de violencia sexual se encuentra en una situación de fragilidad y debilidad y, por lo tanto, debe ser protegida especialmente.
3. Toda víctima de violencia sexual (sus familias y personas significativas de su entorno) serán atendidas de forma prioritaria en el sector salud, su atención se brindará de manera inmediata como una urgencia médica (por personal de los equipos multidisciplinarios para la salud, los profesionales y demás talento humano en salud -incluyendo médicos tradicionales, parteras, payés, sabedores- presentes en el territorio) independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal. (Resolución 3280 de 2018-Circular 011 de 2018 MSPS).
4. La atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual es gratuita¹ y se debe garantizar de acuerdo con este protocolo, sin fraccionar la atención por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y demás entidades responsables del sector salud.
5. La valoración en salud es integral - física, psicológica, espiritual y social - por las diversas afectaciones en el estado de salud, equilibrio y del proyecto, ciclos o espirales de vida de las víctimas, sus familias o comunidades.
6. La atención en salud debe proporcionarse sin imponer obstáculos frente a la garantía del derecho a la salud y de los demás derechos que deben ser restituidos en razón de la violencia sexual, y atendiendo el principio de debida diligencia y, debe proporcionarse libre de toda acción violenta por parte del talento humano de los prestadores de servicios de salud o aseguradores, para evitar cualquier afectación o daño psicológico, económico, físico y sexual, que anular cualquier expresión de inconformidad ante la legalidad y legitimidad con la que pueden llegar a actuar en los servicios de salud. (Sentencia T- 735 de 2017)
7. Toda persona migrante en el país, víctima de violencias sexuales debe ser atendida de acuerdo con los contenidos de este protocolo; las personas extranjeras que se encuentren dentro del territorio nacional y no estén aseguradas tienen derecho a recibir, como mínimo, servicios en la atención de urgencias.
8. En el caso que la persona víctima de violencia sexual sea víctima del conflicto armado deberá estar incluida en el Registro Único de Víctimas -RUV o en una orden o sentencia judicial y ser afiliada de manera inmediata al SGSSS. (Circular 018/2018 del MSPS). En el caso que la víctima de violencia sexual en el conflicto armado acuda a los servicios de salud y no se encuentre incluida en el RUV o no cuenta con una orden o sentencia judicial, se debe proporcionar y dar continuidad a la atención en salud, además se deben llevar a cabo los procesos de articulación con las autoridades competentes para su reconocimiento como víctima en el conflicto armado.
9. La atención en salud de las víctimas de violencia sexual de una persona de un grupo étnico, debe incluir adicionalmente a la comunidad con el objetivo de recuperar el equilibrio, de acuerdo con la cosmovisión del pueblo afectado.
10. Para la atención integral de las personas con discapacidad, deberán determinarse y proveerse los apoyos y ajustes razonables y salvaguardias, para la atención integral durante todos los pasos que hacen parte integral del presente protocolo. (Resolución 1904 de 2017 del MSPS o la que la modifique o sustituya).
11. Todo el proceso de atención que se realice debe garantizar la confidencialidad y evitar la revictimización.

¹ De conformidad con lo previsto en la Ley 1438 de 2011 y demás normas concordantes, las atenciones en salud para las víctimas de violencia sexual están exentas de copagos y cuotas moderadoras.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

2. ENFOQUES

Los enfoques incluidos a continuación se deben entender de manera integral y complementaria para llevar a cabo la atención integral en salud:

2.1. Enfoque basado en derechos humanos

Se fundamenta en el reconocimiento de la igualdad de las personas en todos los ámbitos, ante ley y en la implementación de esta, a partir de la no discriminación por razones de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, edad, pertenencia étnica, discapacidad, ideología política, estatus migratorio o procedencia geográfica. En el marco del Protocolo, este enfoque se entiende, como las acciones a la garantía al derecho de la salud, la vida, el bienestar y el equilibrio de las víctimas de violencias sexuales, sus familias y comunidades, atendiendo a la igualdad de acuerdo con la realidad de las personas y los pueblos, sin que medie ningún tipo de trato injustificado para la atención en salud como un derecho fundamental. (CPDH, 2015).

2.2. Enfoque de género

Permite evidenciar las desigualdades, inequidades y discriminaciones que se generan a partir de construcciones culturales basadas en roles, estereotipos, prácticas e imaginarios de género, por medio de los cuales se privilegia lo que socialmente se considera masculino sobre lo femenino. Desde este enfoque también se evidencian las relaciones de poder que ejercen principalmente hombres en una sociedad que los privilegia, frente a niñas, niños, adolescentes y mujeres, así como frente a personas con identidades de género u orientaciones sexuales no normativas. Implica que desde la atención se comprenda que las violencias sexuales están mediadas por las relaciones de poder y desde los equipos de salud se garantice la atención eliminando todo tipo de discriminación fundada en roles, estereotipos o imaginarios de género.

2.3. Enfoque centrado en la víctima o sobreviviente

El enfoque centrado en las víctimas/sobrevivientes sitúan los derechos, las necesidades y los deseos de las personas víctimas en el centro de atención de la prestación de servicios. Esto requiere un análisis de las múltiples necesidades de las víctimas y sobrevivientes, de los diversos riesgos y vulnerabilidades, de la incidencia de las decisiones y medidas adoptadas durante la atención, y garantiza una correcta adaptación de los servicios a los requisitos únicos que presenta cada víctima/sobreviviente. (ONU Mujeres, 2020). El enfoque tiene por objeto establecer un entorno de apoyo en el que se tengan en cuenta los derechos de la superviviente y se la trate con dignidad y respeto. El enfoque ayuda a promover la recuperación de la superviviente y su capacidad para determinar y expresar necesidades y deseos, así como a reforzar su capacidad para adoptar decisiones sobre posibles intervenciones (UNICEF, 2010).

2.4. Enfoque interseccional

Este enfoque permite evidenciar cómo las diferentes formas estructurales de discriminación, fundamentadas en el sexo, la clase, la raza, etnia, la discapacidad, la edad, postura ideológica, estatus migratorio o procedencia geográfica inciden y se entrecruzan con las diferentes formas de violencias sexuales y afectan a grupos y personas que histórica y socialmente han sido discriminadas. Implica que desde la atención se reconozca que las personas, colectivos o pueblos pueden ser afectadas por diferentes formas de discriminación y cómo estas inciden y dificultan el acceso y garantía de los derechos, así mismo permite explicar y analizar cómo pueden ser víctimas de múltiples formas de violencia.

2.5. Enfoque intercultural

La política de Atención Integral en Salud de este Ministerio define el enfoque intercultural, como: “el conjunto de procesos que orientan el reconocimiento integral de las diferencias

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

étnicas y culturales de la población colombiana, en todos los componentes del modelo integral de atención en salud; así como la construcción conjunta y el diálogo de saberes con grupos poblacionales que se diferencian por razones étnicas y culturales”. Este enfoque está basado en “la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio”. (Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural-SISPI)

2.6. Enfoque de curso de vida

Este enfoque permite reconocer en los distintos momentos de vida, las trayectorias, sucesos, transiciones, ventanas de oportunidad y efectos acumulativos que inciden en la vida cotidiana de los sujetos, en el marco de sus relaciones y desarrollo. Este enfoque se orienta desde el reconocimiento del proceso continuo de desarrollo a lo largo de la vida y plantea que, desarrollar atenciones oportunas en cada generación, repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior.

3. PRINCIPIOS

Los principios permiten orientar la toma de decisiones del personal de salud en la garantía de los derechos de las víctimas de violencias sexuales y optimizan la protección que debe ser brindada. Este protocolo asume los siguientes principios para la atención:

3.1. Presunción de buena fe

La aplicación de este principio demanda a todas las personas que intervienen en la atención en salud confiar y creer en la palabra de la víctima. Por lo tanto, deben evitarse señalamientos o conductas que resten credibilidad a su relato, pretendan desvirtuarlo o constituyan barreras para la atención requerida.

3.2. Acción sin daño

Implica el reconocimiento que toda acción genera un daño y para evitar un mayor daño, se deben analizar las condiciones y particularidades de las víctimas de violencias sexuales al acudir al sector salud. De esta manera, desde el sector salud se promueve una acción coherente y responsable frente a la atención en salud para todas las víctimas y conforme los estándares éticos de cada profesión, que permitan no empeorar la situación.

3.3. Igualdad y no discriminación

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, por lo tanto, tienen derecho a recibir la misma protección y trato por parte de las autoridades y gozan de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación negativa por razones de sexo, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica o discapacidad.

3.4. No revictimización

La atención en salud parte de reconocer el derecho de las víctimas de cualquier tipo de violencia a ser tratadas con dignidad y respeto y con conocimiento de la cosmovisión y lengua de los pueblos. Por lo tanto y durante todas las actividades y atenciones definidas en este protocolo se deben evitar todas aquellas acciones que les generen sufrimiento, como hacer afirmaciones que las culpabilicen por la agresión sufrida, hacer preguntas humillantes, obligarlas a contar lo ocurrido reiteradamente o emitir juicios de valor sobre sus comportamientos o actitudes y realizar procesos y procedimientos no consentidos por las personas o que le generen mayor victimización o vergüenza.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

3.5. Debida diligencia administrativa

Este principio implica la obligación del Estado de implementar mecanismos y procedimientos administrativos y judiciales, que se materialicen en medidas efectivas para prevenir los riesgos y amenazas a las vulneraciones de derechos humanos, garantizar las medidas de protección, investigar y sancionar estas vulneraciones a los mismos. El Estado es responsable de prevenir, investigar y sancionar toda forma de violencia por razón de sexo y género. Desde los servicios de salud se deben tomar todas las medidas necesarias para garantizar el derecho fundamental a la salud, y tomar todas las medidas de coordinación para garantizar los derechos a la protección, acceso a justicia y diferentes derechos del orden social y de esta manera prevenir la violencia institucional por acción u omisión del talento humano en salud.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido en casos de graves violaciones de derechos humanos, como los casos de violencia sexual, que la obligación del Estado es garantizar la protección y respeto de los derechos fundamentales. La investigación judicial debe permitir esclarecer las circunstancias en las que ocurrieron los hechos que generan responsabilidad estatal, constituyendo un paso necesario para el conocimiento de la verdad por parte de los familiares de las víctimas y la sociedad, así como el castigo de los responsables y el establecimiento de medidas que prevengan la repetición de las violaciones a los derechos humanos (CIDH). En este sentido, es necesario reconocer el aporte que realiza el sector salud en el esclarecimiento de los hechos y la identificación de los responsables a través del suministro de elementos materiales probatorios y evidencia física en las investigaciones que se adelantan por estas conductas.

4. ESTÁNDARES INTERAMERICANOS PARA EL ABORDAJE Y LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Estos estándares han sido definidos por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en los diferentes fallos que han sido resueltos por la CIDH, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Estados miembros de la OEA.

4.1. No reexperimentación del maltrato, sufrimiento o del estado de indefensión sufrido

Durante la atención en salud se deben adoptar prácticas y procedimientos que eviten la reexperimentación del maltrato, el sufrimiento o estado de indefensión en las víctimas. Por lo tanto, se debe evitar situaciones como el encierro, la limitación de la comunicación o de la movilidad, la falta de atención, las esperas prolongadas, el ocultamiento de información, entre otras.

4.2. Atención libre de prejuicios o estereotipos, especialmente los fundados en el género

El estereotipo se refiere a una preconcepción de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por las personas, especialmente en función del sexo que les es asignado al nacer. Por lo tanto, y a través de la atención en salud se deben evitar interpretaciones dañinas que devalúen a la mujer o a las personas con orientación sexual o identidad de género no normativa, perdonen o justifiquen el uso de la violencia o culpen a las víctimas por lo ocurrido.

Así, están prohibidas, porque constituyen prácticas discriminatorias, conductas o actitudes como ver a las víctimas con sospecha, negarse a creer lo dicho por ellas, pensar que los hechos narrados son falsos o que tienen como finalidad tomar venganza contra el agresor, exigirles pruebas innecesarias como dictámenes periciales, solicitar autorizaciones o denuncias para permitir la atención en salud o interponer cualquier otro tipo de barrera por razones fundadas en el género, orientación sexual o identidad de género.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

También es importante reconocer y atender las múltiples formas de discriminación que pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad a la violencia por razones de clase, cultura o etnicidad, edad o discapacidad.

4.3. Guarda de la confidencialidad y respeto de la intimidad

Este estándar establece el deber de guardar el secreto profesional sobre toda la información provista en la consulta, especialmente cuando la atención en salud implique la prestación de servicios para la salud sexual y reproductiva, así como la obligación de respetar la autonomía y decisiones de las víctimas.

4.4. Atención y protección integral

La atención integral implica contar y disponer de los insumos necesarios para que la atención en salud sea adecuada. También implica orientar a las víctimas mediante información completa, oportuna, acorde al lenguaje y lengua propia y al nivel y momento del curso de vida y sobre los procedimientos que deben seguir y los servicios de asistencia jurídica, social o de otro tipo disponibles para su acompañamiento, así como promover acciones que protejan su integridad psicosocial y mental y la de sus familias, comunidades y colectivos étnicos.

Además de los estándares establecidos por la OEA, este protocolo acata lo establecido en la sentencia T-735 de 2017, donde se exhorta a las instituciones para que desestimulen la tolerancia estatal de las agresiones e impidan que los/as funcionarios/as a cargo ejerzan actos de violencia institucional en contra de las personas víctimas, especialmente en lo relacionado con la puesta en marcha, en el menor tiempo posible, de todas las medidas de atención, protección y la activación las rutas intersectoriales, para la atención integral a las víctimas y sus familias

5. DEFINICIONES DE VIOLENCIAS

5.1. Definiciones de las violencias según el SIVIGE

El Ministerio de Justicia y del Derecho, este Ministerio, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Consejería para la Equidad de la Mujer han realizado ejercicios de concertación y definición de estas violencias, centradas en las víctimas de violencia sexual, con el fin de facilitar la identificación y abordaje integral por parte de las autoridades responsables de su atención.

La atención en salud se debe realizar con independencia a que la violencia sexual se configure en un delito o no, y debe realizarse de acuerdo con la manifestación de las afectaciones por parte de la víctima.

5.2. Violencias sexuales²

Son todos los actos o comportamientos de tipo sexual ejercidos sobre una persona sin su consentimiento, a través del uso de la fuerza; la amenaza del uso de la fuerza; la coacción física, psicológica o económica; o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal aprovechando las situaciones y condiciones de desigualdad; o las relaciones de poder, jerarquía o subordinación existentes y que afectan su dignidad, y su libertad, integridad o formación sexual. Estos actos y comportamientos incluyen aquellos casos en que la persona agresora obliga a la víctima a realizar actos o comportamientos sexuales con terceras personas, o donde esta no ha otorgado su consentimiento para realizarlos. Pueden ser de carácter coercitivo cuando se ejecutan mediante el uso de la violencia, o abusivos cuando se vale de las relaciones de poder dadas por la edad, el parentesco, la posición de subordinación,

² Con el fin de dar mayor alcance a la definición de la violencia sexual desde las comunidades indígenas la Consejería de Mujer, Familia y generación de la ONIC ha definido la violencia sexual como: “cuando te obligan a tener relaciones sexuales, te manosean, te tocan sin tu consentimiento, cuando te obligan a prostituirte, a desnudarte y exhibir y comercializar tu cuerpo” (Folleto consejería mujer, familia y generación ONIC, s.f).

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

en cualquier ámbito, o aprovechando situaciones de vulnerabilidad existentes. A continuación, se definirán los tipos de violencia sexual, según los consensos establecidos para el SIVIGE: <https://humanidadvigente.net/wp-content/uploads/2017/08/Encuesta-de-prevalencia-de-violencia-sexual-CSCG.pdf>

5.2.1. Violencias sexuales

- a. **Acceso carnal:** es la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral y/o la penetración vaginal o anal con cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto mediante cualquier mecanismo que anule o limite la voluntad. Esta violencia puede ser violenta (con violencia) o abusiva (sin violencia)
- b. **Acoso sexual:** hace referencia a todo hostigamiento con contenidos y fines sexuales ejercido de forma unidireccional que genera malestar a la persona. Persecución, hostigamiento o asedio físico o verbal, con fines sexuales no consentidos, que se realiza valiéndose de superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad sexo, posición laboral, social, familiar o económica.
- c. **Acto sexual:** es la acción o comportamiento sexual diferente al acceso carnal que se realiza en presencia de otra persona, o que incluye tocamientos e inducción a observar contenidos sexuales. También puede ser violenta (con violencia física) o abusiva (sin violencia física)
- d. **Desnudez Forzada:** es toda acción o comportamiento en el que se somete a una persona a desnudarse total o parcialmente, o a permanecer desnuda en escenarios públicos o privados.
- e. **Explotación sexual:** es toda acción o comportamiento en el que se induce, constriñe u obliga a una persona a realizar cualquier acto sexual para conseguir u obtener algún provecho económico o de otra índole para sí mismo o para un tercero³. Entre estas la esclavitud sexual, la prostitución, explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, la pornografía, incluidas las formas que se comenten en entornos virtuales.
 - **Pornografía:** es toda acción en la cual se produce, comercializa, divulga, exhibe o posee material con contenido explícito o sugestivo de tipo sexual de una persona a través de cualquier mecanismo.
 - **Prostitución:** es toda acción en la cual se induce o constriñe a una persona al “comercio carnal” e instrumentalización sexual, con la finalidad de obtener lucro o satisfacer los deseos otro.
 - **Esclavitud Sexual:** “ejercer sobre una persona uno de los atributos del derecho de propiedad para que realice uno o más actos de naturaleza sexual”. (SIVIGE. 2020)
 - **Unión Servil:** situación que se establece al interior de la relación conyugal formal o de hecho entre dos personas, donde una de ellas es privada de sus derechos y libertades por la otra y es explotada servil y sexualmente.
 - **Matrimonio en la niñez/uniones Tempranas:** se entiende como cualquier unión, formal (legal) o informal (unión temprana), en la que una persona menor de 18 años convive en una relación de pareja con otra persona, que puede o no ser mayor de edad. (UNICEF)

5.2.2. Violencias reproductivas

- a. **Aborto forzado:** “el que a través de la violencia interrumpa u obligue a interrumpir el embarazo de persona sin su consentimiento” (Ley 1719 de 2014).

³ Definición aprobada por el Grupo Técnico Coordinador del SIVIGE en sesión del 17 de abril de 2018

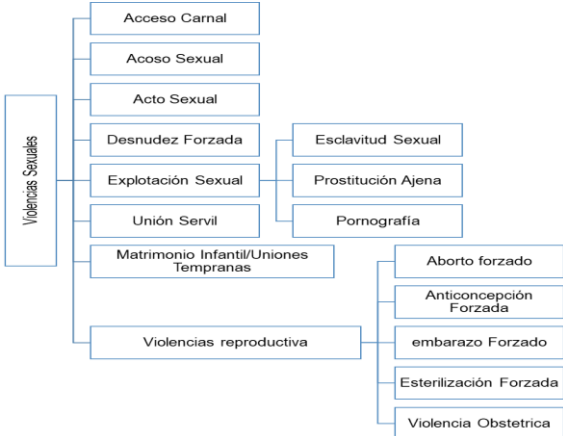
Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

- b. **Anticoncepción forzada:** “es toda acción en la que se priva a una persona de su capacidad de reproducción biológica de forma temporal” SIVIGE
- c. **Embarazo Forzado:** “el que, habiendo dejado en embarazo a persona como resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal violento, abusivo o en persona puesta en incapacidad de resistir, obligue a quien ha quedado en embarazo a continuar con la gestación” (Ley 1719 de 2014).
- d. **Esterilización forzada:** “esterilización forzada en persona protegida. El que por medio de la violencia, prive a una persona de la capacidad de reproducción biológica” (Ley 1719 de 2014)

Algunas de estas violencias no se identifican fácilmente en la prestación de un servicio de salud, porque en algunas de ellas no evidencian signos físicos, sus afectaciones son emocionales o psicosociales, pueden considerarse como formas normalizadas relacionadas con la cultura y la naturalización de la violencia, o no se configuran en un delito, como ocurre con la mutilación genital femenina, la explotación sexual, la trata de personas con fines de explotación sexual o la anticoncepción o forzada especialmente en niñas y adolescentes con discapacidad, los matrimonios tempranos y otras formas de violencia sexual en ámbitos virtuales.

En cuanto a la mutilación genital femenina o ablación es una práctica nociva con graves afectaciones a la salud y la vida de las niñas y mujeres, esta práctica también se constituye como una vulneración de sus derechos humanos y “una forma de violencia que se encuentra profundamente arraigada en la discriminación por razón de sexo, género, edad y otros motivos, en Colombia desde el 2012, comunidades Indígenas Emberá de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató en Risaralda y del municipio de Trujillo en el Valle del Cauca han declarado públicamente su compromiso de trabajar en el abandono de la mutilación genital femenina, bajo el concepto de que la “cultura debe generar vida y no muerte”, (ONU-CEDAW.2014), de igual manera en el país se han y se han coordinado procesos e iniciativas de carácter interinstitucional y con las autoridades indígenas para la sensibilización y reflexión acerca de las consecuencias y el daño que esta práctica produce sobre la salud y la vida de las niñas y mujeres indígenas Aunque esta práctica nociva no se encuentre establecida actualmente en el SIVIGE, este Ministerio se encuentra en proceso de concertación y diálogo con las comunidades para su definición precisa en el país. En la gráfica 1, se resumen las violencias sexuales, según la clasificación SIVIGE.

Gráfica 1. Formas de violencias Sexuales



Fuente: Sistema Integrado de Información de violencias de Género – SIVIGE

5.3. Violencias de Género y violencias Sexuales desde las voces de las mujeres indígenas

Desde las organizaciones indígenas colombianas, la definición de las violencias sexuales se ha venido adecuado a los contextos de los diversos pueblos. La consejería de mujer, familia y generación de la Organización Nacional indígena de Colombia (ONIC) describe la violencia

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

sexual como “cuando te obligan a tener relaciones sexuales, te manosean, te tocan sin tu consentimiento, cuando te obligan a prostituirte, a desnudarte y exhibir y comercializar tu cuerpo” (ONIC. Consejería mujer, familia y generación 2012)

A nivel global el Foro Internacional de Mujeres Indígenas - FIMI, creado en el marco del seguimiento a la Plataforma de Acción de Beijing (1995,) con la participación de Mujeres Indígenas líderes y activistas por los derechos humanos de Asia, África, Pacífico, Ártico y las Américas, ha venido avanzando en el estudio sobre violencia contra las mujeres indígenas en la región de América latina, en este contexto se ha establecido el Observatorio de Mujeres Indígenas, desde donde se desarrolló, el proyecto “Diagnósticos participativos sobre la situación de violencia de las mujeres indígenas de Centroamérica”. En proyecto se identificó la violencia contra las mujeres indígenas como todo acto de maltrato, agresión física (azotes, castigos), psicológica (palabras vulgares, regaños, “no las dejan salir”), sexual y de discriminación que las haga sentirse mal física y emocionalmente. La violencia lastima todo su ser, pero sobre todo su espíritu, su corazón, su alma y su vida, las trastoca, las marca y las desequilibra emocionalmente (FIMI-ONU-MUJERES. 2012). La violencia como una situación que daña a las mujeres y a la comunidad (FIMI). En dicho proyecto se clasificaron las violencias según el contexto, de la siguiente manera:

- a. **La violencia estructural:** se refiere a aquella violencia producida por los factores existentes en la sociedad que generan violencia y que están asociados a la exclusión social y la pobreza. Entre estos factores identifican la falta de acceso a servicios de salud y educación, la destrucción de sus recursos y medios de sustento, el desempleo y el debilitamiento de los sistemas socioculturales que regían el control de la comunidad ha conducido a la pérdida de valores.

La violencia comunitaria: se entiende esta violencia como aquella que se da en el entramado de relaciones existentes en el seno de la comunidad. Esta forma de violencia incorpora al sujeto colectivo incluyendo aquellas relaciones que “normalizan la violencia” pero también aquellas prácticas culturales que contribuyen a superarla. Los tipos de violencia identificados en este entorno fueron: violencia sexual, violencia institucional, violencia en nombre de tradición (Mutilación Genital Femenina MGF), la violencia contra la madre tierra, tráfico/venta de niñas, entre otras.

- b. **La violencia al interior de la familia:** La mayoría de los casos de violencia documentados se dan en el ámbito del hogar y expresan una combinación entre violencia sexual, física y psicológica. Se observa que además de ser extensiva a los hijos/as, genera en los hogares una especie de cultura de violencia, que estos reproducen una vez que son mayores. El daño que genera esta violencia afecta a la familia y a la comunidad, “se rompe el equilibrio”.

La situación de violencia que viven las niñas y niños de las diversas comunidades donde se realizaron los diagnósticos está relacionada en su mayoría a situaciones que se producen en el seno de la familia, pero también está relacionada con una combinación de elementos sociales, así como a una cultura predominante de "machismo". Se documentaron casos de violencia física de la pareja, sexual e incesto.

5.4. Violencias de Género y violencias Sexuales desde las voces de las mujeres Víctimas del conflicto Armado Colombiano

La persistencia del conflicto armado se configura en el principal factor contextual que somete, especialmente a las mujeres, a altas probabilidades de victimización y revictimización, en la mayoría de los casos, asociadas a la violencia sexual. Tal como lo ha señalado la CIDH durante los conflictos armados las partes que se enfrentan utilizan la violencia sexual como un medio de castigo y represión. La utilización del poder para violar los derechos de las mujeres en un conflicto interno, además de afectarles a ellas de forma directa, puede tener el objetivo de causar un efecto en la sociedad a través de esas violaciones y dar un mensaje o lección.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

El Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado del 2017 (INVS), elaborado por el Centro Nacional de Memoria Histórica, recoge relatos desde las voces de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano, que han vivido en carne propia las vejaciones que se ejercen sobre sus cuerpos y quienes consideran que esta violencia permea todos los espacios sociales (Centro de Memoria Histórica. 2017).

Las mujeres manifiestan en sus relatos que en sus cuerpos están impresas las marcas de una sociedad que silencia a las víctimas, de un Estado que no ha hecho justicia, de familias y comunidades tolerantes a las violencias de género y de un manto de señalamiento, vergüenza y culpa que impide que se reconozca la verdad sobre lo sucedido.

El Informe también describe las memorias de algunos hombres quienes, al igual que las mujeres, sufrieron múltiples daños y vejaciones. Hablamos de niños varones que fueron víctimas de violencia sexual por su condición de niños, y de aquellos varones no heterosexuales y con identidades de género no hegemónicas. Para los hombres, el silencio es mucho más apabullante.

En la investigación, las víctimas son mayoritariamente mujeres, todas ellas de distintas condiciones sociales, pertenencias étnico-raciales, edades y orientaciones sexuales. También se identificaron victimizaciones en personas LGBTI. La investigación logró identificar diversas formas de violencia como se muestra en la tabla 1

Tabla No. 1. Porcentaje de casos según tipo de violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano

Tipo de violencia	Porcentaje
Violación	58,5%
Esclavitud sexual	9,8%
Acoso sexual	7,3%
Tocamientos	6,5%
Desnudez forzada	4,6%
Aborto forzado	2,4%
Amenaza sexual	2,4%
Empalamiento	1,6%
Obligar a presenciar violencia sexual ejercida contra otra persona	1,4%
Obligar a realizar actos sexuales sobre el victimario u otra persona	1,4%
Prostitución forzada	0,8%
Mutilación de órganos sexuales	0,5%
Prostitución infantil ⁴ (Sic)	0,5%
Trata de personas con fines de explotación sexual	0,5%
Pornografía infantil	0,3%
Sin especificar	1,4%

Fuente: Centro de Memoria histórica. INVS

Por su parte, la Encuesta de Prevalencia de Violencia Sexual en contra de las Mujeres en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano 2010-2015 (Sánchez y col., 2017), da cuenta de diversas formas de violencia sexual sufrida en el marco o con ocasión del conflicto armado. Dentro de estas se encuentran: la violación, la prostitución, el embarazo, el aborto y la esterilización forzada, así como el acoso sexual, los servicios domésticos forzados y la regulación de la vida social y afectiva⁵.

⁴ El término correcto de acuerdo con la legislación colombiana es de la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes
⁵ Tal como lo plantea la Corte Constitucional, estas formas de violencia son una manifestación muy clara de “las restricciones abiertas al ejercicio de la autodeterminación y de las libertades básicas de la población femenina, en el sentido de que la mujeres son sometidas a regulaciones estereotipadas y prejuiciosas, que les prescriben la forma de vestir, los horarios de salida, de

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

En este documento se concluyó, además, que las mujeres creen que la presencia de grupos armados exacerba la percepción de riesgo de ser víctima de violencia sexual tanto en el ámbito público como en el privado.

5.5. Afectaciones e impactos de las violencias

Las afectaciones e impactos de las diversas formas de violencias son variadas, dependen del tipo, la frecuencia y la severidad del hecho como tal, sin embargo, también del momento del curso de vida y las historias personales de las víctimas, los contextos donde se desarrolla, las redes de apoyo familiares y socio institucionales y la oportuna atención, entre otros muchos factores; por esta razón en este apartado se brindan algunos elementos que permitan al personal de los servicios de salud conocer e indagar estas afectaciones a corto, mediano y largo plazo, en los niveles de funcionamiento individual, familiar, comunitario y social de las personas que ha sufrido el hecho violento y que lleguen a los servicios de salud. La identificación de estas afectaciones e impactos dan cuenta de las necesidades de atención en salud integral de las personas que consultan a los servicios e instituciones de salud y por tanto deben ser el centro de atención de las víctimas o sobrevivientes.

A continuación, se describen algunas de las más frecuentes afectaciones, sin embargo, hay que recordar que las respuestas y los impactos son particulares para cada persona y hay que realizar una buena anamnesis y examen físico y mental para poder identificarlas y manejarlas de manera individual o particular:

- a. Afectaciones Físicas:** Las víctimas de violencia sexual pueden llegar a presentar enuresis, encopresis, disuria, rectorragia, flujo vaginal anormal, secreción uretral lesiones en el área genital, trauma ginecológico con desgarramientos, fistulas, sangrados o fibrosis vaginales o anales, embarazo no planeado, aborto que puede generar riesgo para la salud de la madre y el bebé, disfunción sexual, infecciones de transmisión sexual, dificultad para sentarse o caminar, dolores crónicos (dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas no evolutivas), entre otros entre otras. (Arruabarrena. 1996), (Horno, Santos y Molino (2001), (Dallos & otros, 2008 (Bustos 2009), (OMS, 2013) (Villaruel. 2014), (Jensen. 2015). (Stéphanie y col. 2017) (Stéphanie y col 2020).

A más largo plazo, se ha visto que el aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otros problemas de salud se debe en gran medida a las estrategias de respuesta negativas y las conductas de riesgo asociadas con la violencia. El impacto en los niños, niñas y adolescentes incluye alteraciones en su desarrollo y deterioro de su salud física y mental, lo que repercute en su vida adulta en trastornos de conducta y estilos de vida que predisponen a enfermedades crónicas y a la replicación de la violencia. (Mesa-Gresa, 2011) Se ha demostrado que, en casos extremos de violencia y estrés, ocurren alteraciones en los sistemas nervioso e inmunitario capaces de ocasionar en la vida adulta trastornos de conducta que degeneran en violencia, depresión, tabaquismo, obesidad, consumo indebido de alcohol y/o drogas, prácticas sexuales de riesgo y embarazos no deseados.

Estos comportamientos se convierten en factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infecciones de transmisión sexual y suicidio. (Barudy, 1998). Las lesiones, heridas quemaduras y otros daños producidos durante el ataque pueden producir a largo plazo discapacidad, deterioro funcional, síntomas físicos inespecíficos y deterioro de la salud constante. En todo caso, la ausencia de afectaciones físicas, en algunos casos, no es un criterio para desestimar otras afectaciones asociadas a esta forma de violencia.

llegada y de circulación pública, los sitios de diversión, las compañías, las normas de higiene personal, el desarrollo de la vida sexual y afectiva, y el deber ser del comportamiento moral” Sentencia T- 124 de 2015.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual"

- b. Afectaciones Psicológicas/emocionales:** posterior a un evento de violencia sexual se pueden presentar respuestas de miedo, culpa, vergüenza, frustración, sensación de pérdida de control, desorganización cognitiva, emocional y comportamental (crisis), ideas homicidas, de muerte o suicidas. Los abusos sexuales intrafamiliares en niños y niñas suelen ser más traumáticos, ya que para el/la niño/a suponen además sentimientos contradictorios en cuanto a la confianza, la protección y el apego que se espera y se siente con relación a los propios familiares. Se ha podido establecer un impacto diferencial por sexo, de las violencias sexuales: los hombres son más propensos a tener abuso de alcohol y sustancias, las mujeres más propensas a tener trastorno de estrés postraumático (TEPT). (Gilmore S. 2020).

Arruabarrena (1996), encuentra que las manifestaciones negativas en niños, niñas y adolescentes incluyen: confusión, tristeza, irritabilidad, ansiedad, miedo, impotencia, culpa y autorreproche, vergüenza, estigmatización, dificultad tanto en las relaciones de apego como déficit en las habilidades sociales, aislamiento social, desconfianza hacia todos o, a veces, hacia personas del sexo del agresor, baja autoestima, impulsividad, trastornos del sueño o de la alimentación, miedo, problemas escolares, fugas del hogar, depresión, labilidad, conductas autodestructivas y/o suicidas, etc.

A largo plazo estos niños, niñas y adolescentes abusados pueden convertirse en potenciales agresores; suelen manifestar, además, conductas hipersexualizadas como la masturbación compulsiva, conductas seductoras o un exceso de curiosidad por los temas sexuales. López (1995) indica que existen diferencias en cuanto a edad y género. Si las víctimas son niñas, suelen manifestar depresión y ansiedad, pero en el caso de los niños, pueden expresarse en forma agresiva o convirtiéndose en abusadores de otros niños.

En todos los grupos de edad puede encontrarse síntomas de Estrés agudo o estrés postraumático, que se caracteriza por: recuerdos persistentes del hecho, sueños con representación del suceso ocurrido, evitación de todo aquello que le recuerde la violencia sexual (llegando incluso a evitar relacionarse), aumento de estado de alerta, insomnio y depresión, síntomas que suelen persistir durante mucho tiempo, años, y a veces, durante toda la vida. Las víctimas también pueden experimentar crecimiento postraumático, lo que es más que resiliencia, en el sentido de que tienen una perspectiva positiva para hacer frente y desentenderse de la violencia sexual, pero todavía pueden tener una condición mental separada. (Gilmore S. 2020).

Otra consecuencia de la violencia sexual pueden ser el desarrollo de problemas o trastornos mentales como Trastornos de ansiedad, Depresión, Trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, Trastorno psicósomáticos, entre otros.

- c. Afectaciones Relacionales:** en el plano social y familiar se puede presentar aislamiento social, déficit en las actividades sociales dependiendo el contexto en el que se desenvuelva la víctima, retraimiento social, conductas antisociales, por otro lado, se puede presentar problemas de relación interpersonal con dificultades de vinculación afectiva con los familiares o para establecer relaciones de pareja saludables. (Almendo 2013).

Las mujeres víctimas de alguna forma de violencia sexual suelen ser estigmatizadas y señaladas "aludiendo a una supuesta capacidad de negarse a la agresión" (Corporación AVRE, 2011) Además, las víctimas suelen presentar elevado aislamiento social, problemas de relación social, menor cantidad de amigos.

- d. Afectaciones Comunitarias/Sociales:** los niños y niñas víctimas de violencias sexuales pueden exhibir conductas hiperactivas, problemas de atención y

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

concentración, bajo rendimiento académico, peor funcionamiento cognitivo general que los lleva a la deserción

Las víctimas de este tipo de violencia pueden llegar a presentar temor, odio y desconfianza hacia otros, hasta aislamiento, marginación, secuelas que pueden prolongarse a lo largo de la vida (Cala Y, Dallos, 2004 & Duddle M, 1991, citado por Dallos, Pinzón, Barrera, Mujica, & Meneses, 2008). Los problemas en la salud emocional pueden llevarlos al consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas, problemas conductuales (conductas agresivas, robo, episodios de violencia contra la pareja e intentos de suicidio), relaciones problemáticas entre pares y el mayor contacto con el sistema de justicia penal.

De igual forma, la violencia sexual puede tener profundas consecuencias socioeconómicas, por ejemplo: estigma, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia (Jewkes, 2002). Un acervo importante de investigaciones sugiere que el contacto temprano con la violencia dentro del hogar bien sea como testigo o víctima, puede marcar el comienzo de un patrón de vida en el que se emplea y legitima la violencia para la resolución de conflictos interpersonales y ejercer control sobre los demás (Buvinic et al., 2005; Jaffe et al., 1999).

Si bien, hay poca información disponible acerca de los costos económicos mundiales de la violencia contra los niños y niñas, particularmente del mundo en desarrollo, la variedad de consecuencias a corto y largo plazo asociadas con ella sugiere que los costos económicos para la sociedad son significativos. En los Estados Unidos, los costos económicos asociados con el abuso infantil y el trato negligente, incluyendo la pérdida de ingresos futuros y el costo de atención en salud mental, ascendieron a 94 mil millones de dólares en 2001(UNICEF. 2007)).

6. CONDICIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Los agentes del SGSSS y en general el talento humano en salud) deben garantizar las condiciones necesarias para brindar una atención integral en salud a las personas víctimas de violencias sexuales, sus familias, comunidades y personas o grupos significativos de su entorno.

Esta atención incluye la servicios por telesalud y telemedicina, atención remota, la atención pre- hospitalaria, la valoración y atención de las afectaciones a la salud integral, la atención integral en urgencias o remisión a institución de salud más cercano, consulta externa y/o hospitalización, control y/o seguimiento por medicina general, medicina tradicional, salud mental o sabedoras/es, y por profesionales de las especialidades que se requieran de acuerdo a cada caso; todos estos servicios incluyen los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos e insumos aplicables para la atención de cada víctima en particular de forma gratuita y sin restricción según Resolución 3100 de 2019 del MSPS o la norma que la modifique, derogue o sustituya.

Las atenciones no tienen un tiempo determinado, el/la profesional o personal de la salud realizará el cierre al caso cuando la víctima haya restablecido su salud física y mental de acuerdo con el criterio establecido por el o la profesional, en el servicio de atención en salud al que acuda en principio la persona.

Además se debe tener en cuenta que la institución debe contar con una ruta interna para asegurar la atención integral en salud a la víctima o sobreviviente y para la activación de los sectores de protección, en el marco del restablecimiento y restitución de derechos (a través de Defensores de Familia, las Comisarías de Familia, servicios de protección propios o interculturales), o de protección relacionada con la salvaguarda de la vida e integridad personal de acuerdo con el tipo de violencia y contexto en el cual se presentó (a través de Comisarias de Familia, Unidad Nacional de Protección o Fiscalía General de la Nación) y de

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

acceso a la administración de justicia (a través del reporte del caso a funcionarios/as de la Fiscalía General de la Nación, Comisarías de Familia o Policía con funciones de policía Judicial, justicia propia) y/o acceso a servicios diferenciales (en caso de que la violencia sexual haya ocurrido en el marco del conflicto armado la persona víctima tiene derecho a realizar la declaración ante el Ministerio público -Personería, Defensoría- para solicitar su inclusión en el Registro Único de Víctimas -RUV).

Hay que recordar que la ruta institucional debe tener en cuenta, de igual manera, la activación de las autoridades, recursos y rutas propias cuando se trate de una persona perteneciente a un grupo étnico indígena, afrocolombiano, palenquero, raizal o romm.

La Resolución 3100 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, también establece los requisitos que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir en cuanto a las condiciones básicas de atención de personas víctimas de violencias de género y sexuales así:

1. Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga este Ministerio.
2. El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.
3. El talento humano en salud de los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.
4. La IPS que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con:
 - a. Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.
 - b. Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.
5. El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.
6. En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, se cuenta con documento del proceso que orienta la atención en salud a víctimas de ataques con agentes químicos.
7. Los prestadores de servicios de salud cuentan con información documentada de las condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los kits de derrames de medicamentos, ataque con agentes químicos y de violencias sexuales, según su contenido.
 - a. En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias cuenta con kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos.
 - b. En cuanto a la dotación la institución debe contar con el Kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual, definido en este acto administrativo.

La normatividad vigente, establece además los siguientes procesos y procedimientos en cada uno de los niveles e instituciones del sector salud, estos deben ser tenidos en cuenta en la fase de alistamiento y preparación institucional, tal y como se describen en la tabla 2.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Tabla 2. Acciones y responsables del SGSSS para la atención integral en salud a víctimas de violencias sexuales (AISVVS)

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
Talento humano	Cuenta con referente local en Salud Sexual y reproductiva y/o violencia de género con énfasis en violencia sexuales, que en el marco de la gestión de la salud pública y la gestión del riesgo apoya y articula acciones con el talento humano de las EAPB – EPS e IPS para la atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales. Los profesionales expertos en salud sexual y reproductiva conocen y perfeccionan el análisis situacional de las violencias en el territorio (teniendo en cuenta los grupos poblacionales de mayor riesgo (curso de vida, por pertenencia étnica y por discapacidad), con éste orientan y coordinan acciones de salud colectiva, gestionan y coordinan acciones de salud pública y vigilancia epidemiológica y realizan el monitoreo y seguimiento se las instituciones para la adopción del protocolo (que contará con las adecuaciones socioculturales necesarias según el contexto del territorio y de los grupos étnicos que allí se encuentren)	Encargadas de garantizar la red de IPS/IPSI, de diferentes niveles de complejidad, para la atención integral en salud, diferenciada y financiadas por recursos de la UPC cargo de las EAPB Las aseguradoras deben contar con equipos nucleares conformados por profesionales de Medicina, enfermería y personal de apoyo como: auxiliares de salud pública (o quién haga sus veces) y gestores comunitarios. En casos de pueblos étnicos, deben incluirse gestores de salud propios como médicos tradicionales, parteras, sabedoras/res. Estos equipos nucleares deben estar capacitados en salud en salud sexual y reproductiva, violencias de género-violencias sexuales e interculturalidad para las planeación y articulación de acciones con las DTS e IPS-IPSI, a partir de la caracterización, clasificación y seguimiento de los riesgos individuales de su población afiliada ; así como el desarrollo de Intervenciones de información en salud y de educación y comunicación, según el riesgo de su población afiliada, en sus propios entornos. Si la población afiliada hace parte de la población étnica -del	Las IPS deben conformar de un equipo institucional para la gestión del protocolo dentro de la institución. -La institución prestadora debe disponer de un/una profesional de medicina, enfermería, de área administrativa, así como personal de apoyo como auxiliares de salud pública (o quién haga sus veces) y gestores comunitarios (en casos de pueblos étnicos gestores de salud propios como médicos tradicionales, parteras, sabedoras/res. Esto es por la resolución de zonas rurales dispersas El equipo de gestión del protocolo debe realizar reuniones periódicas de monitoreo y seguimiento a la implementación del protocolo, así como para seguimiento y verificación de funciones del talento humano en salud. Las IPS son responsables de identificar, diseñar, planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones en salud centradas en las personas víctimas de violencias sexuales, sus familias y personas significativas de su entorno, a lo largo de los diferentes momentos del curso de vida y en los diferentes entornos de vida cotidiana. De igual manera deben articular y coordinar las acciones de gestión del riesgo individual con las EAPB y del riesgo colectivo con las DTS. -Además del equipo nuclear, deben contar con el equipo transversal que

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
		territorio-, las EPS-EPSI deben realizar diálogos de saberes con las autoridades propias y otros sectores sociales presentes, como sabedoras/es, organizaciones sociales y campesinas, para la armonización de la gestión relacionada con la atención integral e intercultural a víctimas de violencias sexuales pertenecientes a grupos étnicos. Las aseguradoras deben contar además con equipos interdisciplinarios encargadas de realizar las intervenciones de asesoría, atención complementaria y especializada a las víctimas de violencias sexuales, sus familias y personas significativas, estos equipos deben estar compuestos además por: profesionales en salud y medicina familiar y comunitaria, psicología, terapias físicas y especialistas como psiquiatría, pediatría, ginecología, cirugía, entre otros y de acuerdo al contexto epidemiológico debe incluirse especialidades como ortopedia, rehabilitación, profesionales de ciencias humanas como antropología, sociología, saneamiento ambiental, seguridad alimentaria entre otros Es importante además asegurar la vinculación de intérpretes para las personas con discapacidad y	realizara acciones de asesoría, atención complementaria y especializada a las víctimas de VS. Estos equipos deben estar compuestos por profesionales en salud y medicina familiar y comunitaria psicología, terapias físicas y especialistas como psiquiatría, pediatría, ginecología, cirugía, entre otros y de acuerdo con el contexto epidemiológico debe incluirse especialidades como ortopedia, rehabilitación, profesionales de ciencias humanas como antropología, sociología, saneamiento ambiental, seguridad alimentaria entre otros

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
		pertenecientes a diferentes grupos étnicos del país.	
Capacitación del talento humano	La DTS debe socializar el presente protocolo y demás lineamientos establecidos por el MSPS para la atención integral en salud a la víctima de violencias sexuales. Prestar asistencia técnica y desarrollar capacidades del talento en municipios e IPS para garantizar la atención integral en salud a víctimas de violencias sexuales, así como garantizar programas de inducción, reinducción y capacitación del personal en: derechos humanos, especialmente sexuales y reproductivos, violencias de género específicamente violencias sexuales, enfoque diferencial, enfoque intercultural, y atención humanizada. trabajo en equipo, y comunicación interprofesional.	Las EAPB deben garantizar programas de inducción y reinducción para su personal, según perfiles, cargos y roles desempeñados, así como la del personal de su red de prestación de servicios, en aspectos relacionados con: derechos humanos, especialmente sexuales y reproductivos y la atención a víctimas de violencias sexuales, enfoque diferencial, enfoque intercultural, trabajo en equipo, y comunicación interprofesional Además, debe realizar auditoría de los programas y políticas de la red de prestadores para cuidado del personal asistencial.	Programa de inducción, reinducción y plan de capacitación del talento humano asistencial y administrativo en atención a víctimas, según perfiles, cargos y roles. Capacitación en atención a víctimas de violencias sexuales para (Equipos nucleares y equipos transversales) el personal asistencial de urgencias, hospitalización y consulta externa. Profesionales de la medicina capacitados en abordaje forense según lineamientos de la institución rectora del sistema forense. Programas y políticas institucionales de cuidado del personal asistencial que realiza las actividades directas con las víctimas. (acciones de cuidado al cuidador, manejo del estrés) Todas las entidades del sistema de salud están en la obligación a contar con talento humano en salud idóneo y con programas especializados para la atención psicosocial para implementar el protocolo. Sensibilizar y capacitar al talento humano en buen trato o humanización del talento humano con énfasis en no discriminación, enfoque diferencial, enfoque intercultural, trabajo en equipo, y comunicación interprofesional.
Garantía de acceso	Procesos que permitan garantizar la afiliación inmediata de las personas no afiliadas al	Documento de identificación de riesgo según la guía conceptual y	Documento del proceso institucional para la atención a víctimas de violencias sexuales, con

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
	SGSSS, en consecuencia, con el Decreto 064 de 2020 a las víctimas de violencias de género, específicamente violencias sexuales. Llevar a cabo procesos de concertación territorial y diálogos interculturales para la construcción conjunta con mujeres y autoridades indígenas de rutas interculturales de atención en salud para las víctimas de violencias sexuales donde se incluya el acompañamiento de sabedor o sabedora ancestral. Liderar la respuesta de protección comunitaria, y la activación y articulación de la justicia ordinaria y Jurisdicción Especial indígena	metodológica de caracterización de la población afiliada del MSPS. Diagnóstico de riesgo de violencias de género con énfasis en violencia sexual de la población afiliada y beneficiaria (medios físicos o virtuales)	acciones operativas y administrativas que den cuenta de responsables y flujo de la atención de las víctimas de acuerdo con el nivel de complejidad, el tipo de violencias sexuales, los ajustes razonables realizados para la atención de víctimas con discapacidades para la movilidad, sensoriales, cognitivas o necesidades de traducción o interpretación para comunidades que tienen diferentes lenguas. Garantía al acceso a los servicios de salud de las víctimas de comunidades indígenas a las IPS o IPSI con el desarrollo de acciones conjuntas con médicos/as tradicionales con el fin de identificar comprender y respetar los usos y costumbres basados en la espiritualidad y armonización de prácticas y saberes que permitan llevar a cabo acciones conjuntas en la atención de las víctimas de violencia sexual.
Atención integral en salud a víctimas de violencias sexuales	La DTS cuenta con un proceso de asistencia técnica y vigilancia y control en las direcciones locales / y las EAPB encaminado a apoyar el mejoramiento de los procesos relacionados con la implementación de las estrategias y acciones de atención integral a víctimas de violencias sexuales. Las DTS, departamental, distrital y municipal cuentan con un plan coordinado con las EAPB e IPS de su territorio, de intervenciones	La EAPB audita los procesos, procedimientos y acciones realizados, por las instituciones de su red de IPS durante la atención integral a víctimas de violencias sexuales. La EAPB garantiza la asignación de citas de seguimiento a las víctimas de violencias de violencias sexuales. La EAPB garantiza la asignación de citas de consulta prioritaria a las víctimas de violencias de violencias sexuales.	La IPS realiza la atención integral a víctimas de violencias sexuales de acuerdo con este protocolo, el nivel de atención, el tipo de violencia, el tiempo transcurrido y las adecuaciones necesarias para personas en situación de vulnerabilidad o de derechos diferenciales. La IPS garantiza la provisión permanente completa de los medicamentos e insumos que hacen parte del Kit de profilaxis post exposición.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
	complementarias (Colectivas e Individuales) que incluye: intervenciones de promoción de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, prevención de las violencias de género y violencias sexuales y atención integral en salud a víctimas de violencias de género.	La EAPB cuenta con un proceso de auditoría del sistema de referencia y contrarreferencia, para la AISVVS, en las IPS contratadas (eficacia, eficiencia y oportunidad) Además, cuenta con un plan coordinado de acciones con las ET e IPS-IPSI de su red, que incluye: en promoción de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, prevención de las violencias de género y violencias sexuales y atención integral en salud	La IPS de acuerdo con su nivel garantiza la disponibilidad permanente de insumos y mecanismos de almacenamiento de evidencias con propósitos forenses. Las IPS de acuerdo con las necesidades de cada víctima provee los seguimientos médicos, paraclínicos, de salud mental, sociales y enfermería necesarios. El personal de servicios generales, de seguridad y de apoyo de las instituciones siguen lineamientos claros con respecto a la atención de las víctimas de violencias sexuales, desde el primer contacto, para evitar hacer daño, generar impactos psicosociales adicionales o revictimizar. Durante la atención facilita el acompañamiento de las abuelas, parteras o médicos(as) tradicionales para víctimas de comunidades indígenas como parte integral de sus equipos básicos en salud Además, cuenta con un plan coordinado de acciones con las ET y EAPB, que incluye: en promoción de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, prevención de las violencias de género y violencias sexuales y atención integral en salud.
Inspección Vigilancia y Control	Las Direcciones Territoriales de Salud, de acuerdo con sus competencias, deberán realizar las acciones de inspección y vigilancia al acceso y a la atención de las personas víctimas de violencia sexual.		
	La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias realizará las acciones de inspección, vigilancia y control que pueden derivar en sanciones por la no atención a las víctimas de violencia sexual.		

Fuente: Tomado y adecuado del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y Lineamiento metodológico para la asistencia técnica territorial para violencias de género con énfasis en violencia sexual.

7. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

Además de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño, los agentes del SGSSS y las restantes entidades responsables de acciones en salud, deben establecer mecanismos de comunicación accesibles e incluyentes dirigidas a las personas, familias y comunidades de su territorio o área de influencia. Las estrategias de comunicación deben ser ajustadas según el tipo de población, el lenguaje de los pueblos, el territorio y los contextos socioculturales donde se desarrollarán las acciones. Las estrategias independientemente del lenguaje o el diseño establecido deben incluir información sobre el acceso a los servicios de salud y la garantía de los derechos de las víctimas en torno a:

1. Los tipos y formas de presentación de violencias sexuales según los entornos y contextos socioculturales.
2. Las premisas, los principios, estándares orientadores de la atención en salud y los derechos de las víctimas de violencia sexual, a la atención en salud
3. La importancia de que las personas víctimas de violencia sexual acudan inmediatamente o por lo menos, lo más pronto posible a los servicios de salud de urgencias médicas o puedan consultar a las personas de los equipos nucleares de salud del territorio, se debe informar que si es posible traiga la ropa que tenía en ese momento.
4. Los servicios y equipos nucleares de salud disponibles en el territorio para la atención de las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.
5. Los horarios de atención a esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.
6. Los riesgos individuales, familiares o colectivos de ser víctima de violencia sexual, teniendo en cuenta el momento del curso en vida en la que se encuentre la persona víctima, el contexto familiar y comunitario, el contexto de emergencia humanitaria, de conflicto armado o de migración, la condición, procedencia, y pertenencia étnica y en general de los determinantes sociales identificados en cada población y territorio.
7. El reconocimiento de las violencias sexuales como delitos (algunos hechos de violencia se configuran en diferentes delitos) que obligan la denuncia y activación de rutas de forma inmediata para garantizar el acceso a la justicia, incluida la justicia propia y la protección y/o sanación a la persona, la familia y el colectivo y restitución y restablecimiento de sus derechos.

Dichas entidades, según su competencia, establecerán las acciones de IEC para toda la población (acciones universales), o para la población afiliada o beneficiaria de los servicios de salud (acciones universales, selectivas o indicadas).

CAPÍTULO II. MOMENTOS PARA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

La atención de las víctimas de violencias sexuales por parte del personal de las instituciones de salud, capacitados en el protocolo, ya sea en los servicios de urgencias o en otro servicio, incluidos aquellos que se realizan a nivel comunitario, incluye cinco momentos de obligatorio cumplimiento. Su enumeración no corresponde a una secuencia, sino a la verificación de la implementación de cada uno de ellos, atendiendo las necesidades de las personas víctimas.

La no existencia de este personal en las instituciones de salud capacitado **NO** es un impedimento para iniciar la atención integral que incluya la referencia a un servicio que lo garantice.

Son momentos de la atención integral:

1. **Momento 1: Impresión diagnóstica de la ocurrencia de las violencias sexuales en un servicio de urgencias, en una consulta diferente a la urgencia o en otro punto o servicio, incluidos aquellos que se realizan los equipos nucleares a nivel comunitario o por telemedicina.**
2. **Momento 2: Atención Inicial de la Persona Víctima de Violencia Sexual**

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual"

2.1 Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al usuario/a. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente. La prestación de los servicios de salud por parte de esta modalidad también incluirá lo dispuesto en la Resolución 521 de 2020 o las normas que la complementen o sustituyan.

2.2 Atención de urgencias: modalidad intramural de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad⁶.

2.3 Atención por Telesalud: conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las TIC. Incluye, entre otras, la Telemedicina, la Teleducación en salud, Teleorientación y Teleapoyo (Resolución 2654 de 2019).

Telemedicina: provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago de tales servicios de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del SGSSS (Ley 1419 de 2010, art. 2).

La atención Integral Inicial incluye:

- Confirmación de una violencia sexual como diagnóstico clínico.
- Valoración clínica integral de la persona víctima de violencia sexual (Anamnesis, Examen físico, genital – anal y examen de salud mental).
- Toma de elementos materiales probatorios y evidencia física para garantizar el acceso a justicia, en los casos que lo requieran.
- Toma de pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la persona víctima de violencia sexual en la consulta inicial
- La Administración del Kit PEP: Profilaxis contra el VIH, las ITS y el VHB
- Administración de Anticoncepción de emergencia en los casos que corresponde.
- Información para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las causales despenalizadas por la Corte Constitucional (IVE)⁷.

3. Momento 3: Intervención inicial en salud mental para las víctimas de violencia sexual y su familia durante la primera consulta.

4. Momento 4: Plan Integral de Cuidado primario en salud - PICP que requiere una persona víctima de violencia sexual, su familia y/o personas significativas de su entorno, y remisión a los profesionales de equipos transversales que requiera,

⁶ Resolución 3512 de 2019. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

⁷ Los procedimientos para anticoncepción definitiva están prohibidos en menores de 18 años de acuerdo a lo establecido en el art 7 de la Ley 1412 de 2010, que incluye a niñas, niños con discapacidad.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

la coordinación con las EAPB (EPS-EPSI) y las ET para garantizar el seguimiento y manejo integral.

5. Momento 5: Activación de la ruta intersectorial hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual, asegurando la articulación intersectorial, con autoridades propias y rutas comunitarias.

A continuación, se especificará el alcance de cada momento:

1. MOMENTO 1. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE LA OCURRENCIA DE UNA VIOLENCIA SEXUAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS O EN UNA CONSULTA DIFERENTE A LA URGENCIA.

Debido a que las diferentes formas de violencia sexual son un problema de salud pública y muchas de ellas están “normalizadas” en la población, generando barreras que impiden que puedan ser denunciadas, la identificación de los casos de violencia sexual en el servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización o atención o algún otro servicio habilitado por la institución, es un proceso indispensable para la atención integral a las víctimas, en especial cuando no se reconocen como tal, o cuando estas violencias no presentan afectaciones físicas visibles en un primer momento.

Los profesionales y personas del equipo de salud deben tener en cuenta que, de acuerdo con el informe sobre violencia sexual presentado por el SIVIGE, para el año 2018, en Colombia, el 50% aproximadamente de las víctimas por acceso carnal, ingresaron 120 horas después de ocurrido el hecho a la atención salud, las demás personas lo hicieron después de semanas, meses e incluso años (SIVIGE, 2019), cuando los síntomas pueden llegar a ser invisibilizados por otros problemas de salud. Los integrantes de los equipos básicos o nucleares de salud tienen la responsabilidad de la identificación de los casos de violencia sexual en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, actividades extramurales o brigadas de salud, atenciones comunitarias y asesoradas por telemedicina, mediante la identificación de factores de riesgo, signos y síntomas físicos y mentales⁸ que puedan hacer sospechar una violencia sexual. En muchas ocasiones las personas del sector salud son las únicas que tienen contacto con las víctimas de cualquier forma de violencia sexual. Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para evitar nuevas victimizaciones o evitar que las afectaciones en la salud se vuelvan más graves especialmente en niños y niñas⁹, personas con discapacidad, personas pertenecientes a grupos étnicos, víctimas de desplazamiento, conflicto armado, personas migrantes, víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, entre otros.

Este primer momento de la identificación de las violencias sexuales, es el proceso mediante el cual se reconocen factores de riesgo¹⁰, signos¹¹ y síntomas¹² físicos, emocionales y comportamentales que, orientan la sospecha de que una persona ha sido o actualmente es víctima de violencia sexual.

En consecuencia, es importante que los integrantes de los equipos básicos, nucleares o transversales de prestadores de servicios de salud, las EAPB y las ET faciliten la identificación de factores, de riesgo individual o colectivo y la identificación de casos sospechosos que conlleven a la canalización a servicios de urgencias o una consulta prioritaria, especialmente cuando no son las propias víctimas quienes refieren la situación de violencia.

⁸ Todo el talento humano en salud deberá conocer la Ruta integral de Atención en salud para las violencias.

⁹ Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos. J. Gil Arrones, R. Ostos Serna, E. Largo Blanco, L. Acosta Gordillo y MA. Caballero Trigo. Cuad Med Forense, 12(43-44), enero-abril 2006

¹⁰ Son las condiciones o situaciones que incrementan la probabilidad de que se presente la violencia sexual.

¹¹ Signos, son manifestaciones objetivas evidenciadas por los profesionales de salud con o sin ayuda de pruebas diagnósticas, por ejemplo, una equimosis.

¹² Síntomas son las manifestaciones subjetivas, referidas por la víctima, por ejemplo, dolor.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

En el caso de las mujeres mayores de 18 años, dada la prevalencia de las diferentes formas de violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y, considerando que las secuelas en la salud física, mental y psicosocial son lo suficientemente prevalentes, se justifica y recomienda la detección rutinaria en todos los servicios de atención en salud, sin excepción.¹³

Las víctimas de violencia sexual pueden buscar atenciones y ayuda en el sector salud de forma directa, en cuyo caso el evento de violencia es el motivo de consulta¹⁴, pero existen casos en los que la víctima, especialmente adultas, prefiere no revelar inicialmente el hecho de violencia e ingresa por otro motivo de consulta.

Se debe tener en cuenta que el motivo de consulta puede estar limitado, afectado, o influido por factores como el temor por su seguridad, la posibilidad de ser estigmatizada, revictimizada, la dificultad para asumir lo ocurrido o incluso la falta de reconocimiento del hecho de violencia sexual (especialmente en la violencia sexual que ocurre al interior de la pareja y aquellas que se presentan en niños y niñas por personas cercanas al entorno, incluso la explotación sexual de adultos o de NNA). A pesar de la presencia de consecuencias físicas y emocionales por la exposición continua a las diferentes formas de violencia, estas pueden no reconocerse como tal, e invisibilizarse por parte de la víctima. Al momento de la consulta de una persona en situación de vulnerabilidad, en riesgo por su edad, sexo, género o contexto psicosocial, se deben tener en cuenta los siguientes antecedentes, signos físicos y mentales de alarma para identificar en la consulta, los diferentes tipos de violencias sexuales.¹⁵

1.1. ANTECEDENTES

- Consulta previa por quejas somáticas o emocionales de cualquier tipo de violencia sexual (reciente o antigua).
- Embarazos en niñas menores de 14 años.
- Embarazo no deseado en niñas mayores de 14 años.
- Abortos forzados o interrupción voluntaria del embarazo por violencia sexual.
- ITS/VIH (descartando transmisión vertical) en niños o niñas menores de 14 años
- ITS/VIH en mayores de 14 años. Indagar relaciones sexuales no deseadas.
- Relacionamiento con agresores reconocidos y no judicializados
- Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA)
- Trata de personas con fines de explotación sexual y laboral (explotación en prostitución, esclavitud sexual, servidumbre, mendicidad ajena)
- Víctimas con consumo abusivo o dependiente de sustancias psicoactivas o medicamentos de uso psiquiátrico.
- Hermano/a de otra niña o niño violentado sexualmente
- Convivencia con personas que consumen sustancias psicoactivas
- Hacinamiento.

1.2. SIGNOS FÍSICOS

- Lesiones en aparato genitourinario: hematomas, cicatrices o mordeduras en genitales externos, vagina, ano, recto, muslos etc.

¹³ Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la sara assessment of the risk of intimate partner violence and the sara a. andrés pueyo, s. lópez, y e. álvarez grupo de estudios avanzados en violencia (geav). facultad de psicología- universidad de barcelona. papeles del psicólogo, 2008. vol. 29(1), pp. 107-122 <http://www.cop.es/papeles>

¹⁴ La atención de las víctimas de violencias sexuales puede iniciar porque la víctima o quienes le llevan (incluye organizaciones de víctimas de la sociedad civil) estaban previamente informados de la atención integral cuando hay una violencia sexual. La víctima es encontrada por la ciudadanía y/o autoridades de policía, bomberos, defensa civil entre otras en vía pública y es trasladada según parámetros de atención en primer respondiente, respondedor o prehospitolaria a institución de salud del nivel que corresponde. La víctima denuncia y/o solicita protección o justicia en institución correspondiente y el personal de las instituciones solicita atención integral en salud inmediata. Personas de la familia, entornos de cuidado, de educación o trabajo; sospechan violencia sexual y solicitan valoración y manejo. La víctima llega sola sin conocer sus derechos previamente. La víctima ingresa a salud por otro motivo de consulta y durante la valoración el profesional de salud detecta una violencia sexual.

¹⁵ Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Ministerio de Salud de Chile. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2013.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

- Desgarros en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino, ano, o en la vagina.
- Signos y síntomas sin diagnóstico claro referidos a la zona genital o anal, por ejemplo: dilatación del esfínter anal, prurito anogenital, encopresis (defecación involuntaria) / estreñimiento; habiéndose descartado trastornos gastrointestinales, infecciones urinarias repetitivas, dolor pélvico crónico, etc.
- Equimosis en paladar o lesiones en la mucosa oral.
- Infección de transmisión sexual ITS, como gonorrea, clamidia, sífilis o VIH.

1.3. SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES O EMOCIONALES

- Cambios drásticos en su comportamiento, hábitos, formas de relacionarse, expresiones emocionales, funcionamiento escolar, familiar o social. Estos cambios indican en general trauma o problemas psicosociales en niños, niñas y adolescentes, por lo que debe analizarse en el contexto de la consulta.
- Resistencia para desvestirse o bañarse (no permite ser examinado en la consulta)
- Manifiesta temor o miedo a estar solo con ciertas personas.
- Presenta respuestas de miedo a ciertos lugares, situaciones u objetos.
- Se observa incómodo con señales de afecto como abrazos y besos.
- Comportamiento sexual inapropiado para su edad

En adultos, además de los antecedentes y cambios comportamentales, emocionales y de personalidad referidos anteriormente se pueden hallar, entre otros:

- Síntomas depresivos o ansiedad, baja autoestima, aparición súbita de agresividad, ira, hostilidad, fugas o acciones delictivas, etc.
- Baja adherencia al control prenatal o desinterés por los cuidados durante la gestación y el puerperio.
- Cambios de hábitos como sueño, alimentación consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Conductas autodestructivas, autolesiones o ideas/intentos de suicidio.
- Descuido en el cuidado personal y disminución del funcionamiento o abandono de las actividades educativas, laborales, sociales y familiares
- Rechazo al contacto corporal afectivo.

La presencia de los anteriores signos de alarma debe ser analizada y revisada para cada caso de forma particular, teniendo en cuenta: el contexto familiar y social, el relato de la persona y otros factores presentes que permitan confirmar o descartar cualquier forma de violencia sexual.

La presencia de un factor de riesgo o la coincidencia de uno de estos signos y síntomas con antecedentes no significa confirmación de algún tipo de violencia sexual, especialmente en grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, por lo tanto, los equipos de salud están en la obligación de realizar una adecuada anamnesis y exploración física y mental para poder descartar otras patologías o traumatismos e identificar un diagnóstico certero en aquellas situaciones que se configuren en una violencia sexual.

Para ampliar la información se recomienda dirigir las siguientes preguntas siempre que la persona sea mayor de 11 años:

- ¿Se ha sentido alguna vez agredida (o violentada - utilice el lenguaje de la persona) emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted?
- ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha ocasionado daño físico o le ha solicitado hacer algo que no le gustó o le incomodó?

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

Una vez el profesional de la salud ha identificado signos de alarma, ha evaluado el caso en forma contextual y determina que existe una impresión diagnóstica de sospecha de violencia sexual, debe iniciar el proceso de atención integral en salud de acuerdo con los momentos establecidos en el presente protocolo, ya sea en el lugar donde se realice la consulta inicial o en una institución de mayor nivel de complejidad asegurando la remisión en las condiciones óptimas para la persona víctimas y su acompañante.

Además del acceso carnal, los profesionales de salud deben estar atentos para identificar y atender de manera integral y de manera urgente, otros tipos de violencia sexual como el acoso sexual, acto sexual, explotación sexual, mutilación genital femenina, matrimonio servil, trata de personas con fines de explotación sexual.

2. MOMENTO 2: ATENCIÓN INICIAL DE LA PERSONA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

El Momento 2 de la atención incluye la confirmación del diagnóstico de violencia sexual, la valoración integral de las víctimas que se divide: paso uno, anamnesis; paso dos, examen físico (general y genital – anal), Paso tres: examen mental, paso cuatro: toma de muestras medicolegales y paso cinco: toma de muestras clínicas para definir plan atención inicial. Posteriormente se iniciará la atención con el suministro de Kit profiláctico, la Atención Inicial de salud mental y el plan de cuidado para el restablecimiento de la salud de las víctimas.

2.1. Confirmación del diagnóstico de violencia sexual

La atención inicial para confirmar una impresión diagnóstica, como un caso de violencia sexual, es lo que permite comenzar un proceso atención integral a la salud física, mental y psicosocial de las víctimas.

Para confirmar el diagnóstico de violencia sexual, el/la profesional de o la persona integrante del equipo básico o nuclear en salud (con la asesoría del profesional de medicina del servicio de telesalud, en caso de ser necesario) deberá valorar si las afectaciones de las víctimas pueden ser atendidas en la consulta en la cual se encuentra – hospitalización, consulta externa, urgencias, atención domiciliaria, atención extramural y brigadas de salud, telesalud- o si debe derivarse a consulta ambulatoria y prioritaria o si el caso requiere una atención de en el servicio de urgencias. Si el caso requiere atención en el servicio de urgencias, el integrante del equipo básico o nuclear de la salud debe activar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia para que la persona víctima, junto con un acompañante de su confianza, si ella así lo desea, sea remitida inmediatamente a la IPS más cercana, que cuente con los servicios de atención que requiera y que estén habilitados para que pueda darse la atención integral inmediata o prioritaria.

Independientemente del sitio donde se dará continuidad a la atención, la persona del equipo de salud que identificó el caso deberá adelantar el procedimiento de activación de ruta intersectorial, a través de los diferentes mecanismos de denuncia o información a los sectores que corresponda: justicia, incluida la justicia propia para pueblos étnicos indígenas y con las autoridades, defensoría o personería en caso de víctimas de conflicto armado, comisarías o defensorías, y demás instituciones presentes en el territorio que cumplen funciones de protección y a las organizaciones sociales o servicios comunitarios, como se describe en el momento 3.

Teniendo en cuenta que las víctimas de violencias sexuales pueden ser atendidas en un primer momento en cualquiera de los servicios de salud habilitados de las IPS o puntos de salud existentes en algunas zonas rurales o zonas rurales dispersas, es importante tener en cuenta las recomendaciones señaladas en la tabla 3, para que el personal de salud, que evalúa en primer momento a la víctima pueda orientar la remisión con parámetros estandarizados.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Tabla 3. Recomendaciones para derivar a la atención prioritaria por consulta externa o atención de urgencias

Atención Prioritaria por consulta externa	Atención de urgencias
1) Personas adultas víctimas de violencia sexual que requieren una atención prioritaria por profesionales de los equipos transversales especialistas en salud mental o física, y que según criterio médico puede continuar en servicios de salud prioritarios.	1) Cualquier forma de violencia que ocurrió antes de 120 horas.
2) Niños y niñas que son llevados a valoración en el sector salud por sospecha, sin evidencia de violencia sexual, y después de 5 días la ocurrencia de los hechos.	2) Niños, y niñas con afectaciones físicas y psicológicas o que han expresado la ocurrencia de una violencia sexual.
3) Niños y niñas de primera infancia e infancia que fueron encontrados realizando actos sexuales considerados como anormales para la edad y el desarrollo psicosexual y cuyos cuidadores requieren apoyo, información y orientación sobre el manejo subsecuente.	3) Víctimas de violencia sexual el último año que requieren una valoración inmediata por un equipo interdisciplinario para su salud física, mental y psicosocial de acuerdo con el criterio médico que identificó el caso.
	4) Personas con riesgo alto para su integridad física o su salud mental a causa de antecedentes de violencia.
	5) Que cumpla con los criterios establecidos en el Triage 1 y 2.

Elaboración propia.

Cuando las personas víctimas ingresen por el servicio de urgencias, deben clasificarse en primera instancia de acuerdo con la clasificación de TRIAGE, como se aprecia en la Tabla 4. (Resolución 5596 del 24 de enero del 2015, o la norma que la modifique, adicione, derogue o sustituya). En los casos en los que la persona víctima de violencia requiera la atención en el servicio de urgencias (formas de violencia que estén relacionadas con un riesgo biológico y otras afectaciones que pongan en riesgo la integridad de la persona), y esta no se pueda realizar dentro de las primeras 120 horas de la ocurrencia del evento, por razones de barreras geográficas, conflicto armado u otras no dependientes de los servicios de salud, se debe garantizar el suministro del kit de profilaxis post-exposición (ITS/VIH, VHB, la anticoncepción de emergencia y los primeros auxilios mentales que corresponda) por parte del personal de salud capacitado u orientado, a través de tecnologías de la información y comunicación telemedicina-telesalud.

El suministro del Kit PEP no suspende el proceso de referencia y contrarreferencia, el cual debe garantizarse para dar continuidad a la atención en la salud física y mental de la víctima.

Tabla 4. Atención inmediata de acuerdo con Triage, nivel de complejidad, violencia sexual y afectaciones

Triage 1.	Atención inmediata de Urgencias independiente del nivel del servicio de urgencia - Amenaza a la vida, traumas mayores asociados a la violencia sexual requieren atención médico -quirúrgica especializada inmediata. - Riesgo de Autoagresión o síntomas relacionados con la alteración del pensamiento, comportamiento o estado de ánimo que requiere atención inmediata. - Trauma asociado a una violencia sexual que requiere atención médico – quirúrgica especializada inmediata.
Triage 2.	- Acceso carnal violentos y abusivos en los primeros cinco días de ocurridos los hechos que requieran diagnóstico y manejo de lesiones, anticoncepción de emergencia, tratamiento de ITS, VIH, recolección de evidencia forense. - Otras formas de violencia sexual diferentes al acceso carnal ocurrido en los primeros cinco días que requieran diagnóstico y manejo de lesiones físicas.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Triage 3.	• Acceso carnal después de cinco días de ocurridos los hechos, requiere diagnóstico y manejo de lesiones, tratamiento de ITS, seguimiento VIH y salud mental. • Otras formas de violencia sexual diferentes al acceso carnal ocurridos en los primeros cinco días que requieran diagnóstico y manejo de lesiones físicas, y mentales.
Triage 4.	• Otras formas de violencia sexual diferente al acceso carnal que no requiere atenciones médicas específicas al no poner en riesgo la vida o la integridad física. • Todas las formas de violencias sexuales después de un año de ocurridos los hechos requieren diagnóstico y manejo de afectaciones físicas, en la esfera mental y social.

Fuente: Resolución 5596 del 24 de enero del 2015

Para tal fin se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones para el personal de la salud que realizan la primera de la Atención Integral:

- El personal asistencial preguntará a la persona cómo quiere ser llamada y no asumirán el sexo o género de la persona por las características físicas visibles, sin antes constatarlo con ella. Lo anterior se realiza en caso en que la estabilidad hemodinámica y el estado de conciencia lo permita.
- Deberán apoyar la identificación y contacto de las personas que la víctima quiere que le acompañen durante el proceso de atención, especialmente si se encuentra sola.
- En el contacto inicial con el personal del servicio de salud, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la persona víctima, de modo que se brinde la estabilización o protección necesaria, como paso previo a la atención integral en violencia sexual por el sector salud.
- En los casos que se requieran, deberán determinarse y proveerse los apoyos y ajustes razonables y salvaguardias para la atención integral de las personas con discapacidad durante todos los pasos que hacen parte integral del presente protocolo. (Resolución 1904 de 2017 del MSPS o la que la que la modifique, derogue o sustituya), lo cual no puede convertirse en una barrera para su atención inmediata.
- Para la atención de los niños, niñas y adolescentes se requiere de atención por profesionales especialistas de los equipos complementarios, especialmente cuando tienen traumas que amenazan su vida, requieren atención médico – quirúrgica inmediata y medidas de su seguridad y de protección.
- En la atención de víctimas pertenecientes a pueblos indígenas, es necesario realizar una atención intercultural en virtud de la complementariedad terapéutica, como se establece en el Decreto 1953 de 2014 y en la Resolución 3280 de 2018, Circular 011 de 2018, o las normas que las derogue, modifique o sustituya. Adicionalmente, como parte del cuidado de la salud propia e intercultural, se debe conocer por parte del personal, de salud las acciones propias de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de su territorio, para generar acciones conjuntas que permitan el restablecimiento del equilibrio que pudo causar el evento violento en la comunidad, o a nivel espiritual u organizativo o social según su ley de origen o los usos o prácticas propias. La información debe brindarse de forma clara y sin tecnicismos, de tal forma que puedan ser comprendidas por las personas de cada pueblo. Estas acciones también deben realizarse con las comunidades afrocolombianas, negras, raizales, palanqueros y el pueblo Rrom, incorporando las cosmovisiones, usos y prácticas propias.
- En la atención de personas victimas pertenecientes a pueblos étnicos indígenas debe involucrarse personas de la comunidad (sabedoras/es, médicos tradicionales, parteras, etc.), que garanticen la atención según sus usos y costumbres y que permitan intervenir la familia, el colectivo y el territorio afectado (teniendo en cuenta la voluntad de la víctima). Decreto 1953 de 2014 (o el que lo revoque, modifique o sustituya). Estas acciones también son posibles con las intervenciones terapéuticas propias de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales, palanqueras y el pueblo Rrom.
- En la atención inmediata se seguirá la recomendación de la OPS/OMS (2014) sobre brindar apoyo de primera línea a todas las víctimas de violencias sexuales, el cual se aprecia en la Tabla 5.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Tabla 5. Apoyo de primera línea

Atención al escuchar	Escuchar con empatía a la víctima
No juzgar y validar	Demostrar que se comprende a la víctima, que le cree y que no le juzga. Hay que asegurar a la víctima que no tiene la culpa de lo sucedido.
Informarse sobre las necesidades y preocupaciones	Evaluar y responder a necesidades y preocupaciones de las víctimas (emocionales, físicas, sociales, prácticas, como el cuidado de otras personas a su cargo, sed, frío, entre otras).
Mejorar la seguridad	Analizar con la víctima (adulto) o persona responsable (NNA) evaluación de riesgo inminente de violencia, estrategias de autoprotección, requerimientos adicionales y activación mecanismos de protección para la víctima y entorno (incluso el escenario de atención en salud)
Apoyar	Informar sobre derechos, servicios y oferta de respaldo social estatal y privado

Fuente: Tomado de OMS/OPS. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. 2014

- La estabilización de las víctimas se regirá por los lineamientos del soporte vital básico y avanzado y las guías de manejo en urgencias por trauma más actualizadas en el país, incluyendo la realización de los procedimientos que requieren las víctimas con indicación quirúrgica inmediata y los esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico para paciente agitado.
- El seguimiento a las víctimas con alteraciones de la salud mental deberá realizarse por especialistas en salud mental, quienes podrán definir o no la necesidad de hospitalizar en unidades específicas de salud mental.

2.2. Valoración integral de las víctimas de violencia sexual

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir'.¹⁶

La valoración integral se compone de cuatro pasos: La anamnesis, examen físico, toma de pruebas medico legales y los exámenes diagnósticos.

2.2.1. Recomendaciones para la Valoración Integral

- Antes de iniciar cualquier tipo de valoración física o mental se debe informar a la víctima que tiene el derecho a escoger el sexo del/la persona de servicio de salud que realice la atención, e indagar por su preferencia frente al sexo del resto del equipo que participa en la atención del caso. Esta opción solo podrá brindarse teniendo en cuenta las condiciones de disponibilidad de talento humano de acuerdo con la realidad del territorio, en cumplimiento de la normatividad vigente en Colombia.
- La valoración física, mental y psicosocial debe realizarse en espacios físicos que aseguren privacidad e intimidad y cuenten con los recursos necesarios para la atención integral. Se debe solicitar a la víctima que haga un relato completo de los hechos si ésta lo quiere, y concertando con ella como le es más cómodo expresar lo vivido, puede ser a través de texto, dibujos, imágenes, gestos, etc.
- Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas que plantea cada caso y de acuerdo con cada forma de violencia sexual (acceso carnal, acoso y acto sexual, trata de personas, explotación sexual, violencia sexual en entornos virtuales, entre otras), lo cual

¹⁶ World Health Organization/ United Nations High Commissioner for Refugees (2004). "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons" 76 p., Citado por: MPS y UNFPA.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

- indicará las exploraciones pertinentes relativas al examen físico general, examen genital y examen mental y la activación a la ruta intersectorial. Una buena valoración clínica permitirá establecer un plan integral de cuidado primario en salud (PICP) pensado en las afectaciones y consecuencias de las violencias sexuales.
- Para las personas que han sido víctimas de violencias sexuales hace un buen tiempo (12 meses o más) se debe hacer una valoración especial sobre las consecuencias físicas causadas y relacionadas con infecciones de transmisión sexual, traumatismos físicos, lesiones genitales traumáticas, fistulas, síntomas inespecíficos, así como para la identificación de problemas o trastornos mentales relacionados¹⁷.
 - Para los casos en los que ya se cuente con información previa de los hechos, bajo el principio de acción sin daño, los/las profesionales de la salud deben tratar de minimizar el trauma y la angustia generados por relatar lo ocurrido, cuando se obtiene el historial médico, a valoración se debe basar en preguntas referidas, es decir utilizando lo ya expuesto por la persona en entrevistas anteriores y las preguntas serán tendientes a identificar las acciones profilácticas, terapéuticas o forenses que se requieran.
 - Se debe evitar utilizar un lenguaje técnico y procurar emplear estrategias de comunicación verbales y no verbales asertivas.
 - Se debe realizar la valoración de las relaciones sociales, su núcleo familiar, su situación económica, su residencia, procedencia, su red de apoyo como factores que pueden dar indicios sobre posibles formas de violencia sexual como trata de personas y explotación sexual.
 - El/la profesional de la medicina que realiza la valoración clínica debe explicar todos los procedimientos a realizar, solicitando la aprobación explícita para efectuar cada uno de ellos.
 - La víctima puede desistir en cualquier momento de alguna parte de la atención, en estos casos se deberá preguntar sobre sus motivaciones, para aclarar lo que sea posible y en el caso de persistencia de la negativa volver a informar sobre las consecuencias de esta decisión (sin culpabilizar a la persona) así como su debida documentación en la historia clínica y en registro del desistimiento.
 - En la exploración inicial del estado de salud de las víctimas de violencia sexual de una comunidad indígena, se deben contemplar los diálogos y articulación entre medicina tradicional y occidental. Es muy importante que se escuche y construya junto al médico/a tradicional las acciones a seguir.
 - Cuando la víctima es de una comunidad indígena las afectaciones también son espirituales, de pensamiento y cuidado del cuerpo, por esto se debe preguntar si ya ha recibido apoyo y tratamiento por su familia y comunidad cuando la víctima ingrese sola a la atención.

2.2.2. Paso 1 - Anamnesis

El protocolo centra los procesos de valoración y atención en las personas que han sido víctimas y de ser necesario en las personas significativas de su entorno. Con el objetivo de tener buenas prácticas, la anamnesis se debe orientar a la búsqueda diferenciada de la información que permita abordar las afectaciones, consecuencias y necesidades en la salud física, mental y social, partiendo de las diferentes situaciones, vulnerabilidades, y condiciones que hacen de cada caso una situación particular; se debe tener en cuenta que en una sola persona pueden confluir elementos, de edad, pertenencia a un grupo étnico, reconocerse con identidad de género u orientación sexual diversa, ser una persona con discapacidad, o haber sido víctima del conflicto armado o desplazada por la violencia, así como el hecho de haber sido víctima de otras formas de violencia física o psicológica.

Para realizar la anamnesis hay que informar que se va a solicitar un relato completo de los hechos. Para lograr avanzar en la obtención se recomienda hacer preguntas abiertas y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es mejor plantear preguntas que tengan varias alternativas de respuesta. Recuerde que no se debe inducir a respuestas, y que la anamnesis

¹⁷ Comprender y tratar el daño causado por la violencia sexual relacionada con el conflicto. Dra. Sunneva Gilmore, Facultad de Derecho, Queen's University Belfast. sgilmore08@qub.ac.uk. Protocolo médico para las víctimas de la violencia sexual en relación con el conflicto armado

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

debe orientar es el examen físico y mental posterior. Se deben realizar preguntas en las que incorpore información que la víctima haya aportado previamente.

Tabla 6. Pautas para tener en cuenta durante la anamnesis

Qué hacer	Qué NO hacer
Utilizar preferencialmente preguntas abiertas que permitan a la persona víctima relatar los hechos. Ej. ¿Podría por favor contarme qué le pasó?	Utilizar preguntas cerradas o que orienten o induzcan la respuesta. Ej. Él lo tocó ¿cierto?
Si la persona víctima pide una opinión sobre el por qué ocurrió la violencia, decirle que no fue su culpa y aclarar que la única responsabilidad de la violencia es del agresor o agresores. Ej. Ninguna persona debe ser violada. Lo que le ocurrió no tiene ninguna justificación. La persona que le hizo daño realizó un acto de violencia y es el único responsable por sus actos, no usted.	Expresar opiniones, incluso si la víctima le pide su opinión. Ej. ¿Y a usted no se le ocurrió que salir por la noche era peligroso y que lo más probable era que la violaran?
Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya aportado previamente.	Preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la víctima no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista.
Utilizar un lenguaje simple y claro, adaptándolo a la edad, nivel de comprensión y lenguaje propio de la víctima.	Utilizar un lenguaje que sea técnico o incomprensible para la víctima.
Garantizar diversos mecanismos de comunicación aumentativa o alternativa que faciliten el diálogo con la persona víctima. Por ejemplo, reconocer los gestos, contar con implementos para dibujar y para expresar a través del gráfico lo vivido.	Impedir otros mecanismos de comunicación diferentes a la oral o gestual
Asegurar la privacidad y la confidencialidad del relato buscando espacios donde la víctima pueda hablar tranquilamente y garantizando que solo estén las personas estrictamente involucradas en la atención.	Permitir el relato de los hechos en espacios públicos o frente a otras personas no relacionadas directamente con la atención.

Fuente: Tomado Protocolo de Atención Integral a víctimas de violencias sexuales. 2012. Adaptación propia.

2.2.2.1. Recomendaciones la anamnesis para grupos específicos

2.2.2.1.1. En niños, niñas y adolescentes (Menores de 18 años)

Antes de comenzar la entrevista es importante verificar que el acompañante de la niña o niño no sea el presunto agresor. El presunto victimario nunca debe estar en el mismo escenario con la víctima. En niñas y niños víctimas menores de tres años, no se les debe realizar la anamnesis y en general la recolección general de los hechos se hace a la persona adulta, protectora que esté a cargo¹⁸.

Es recomendable entrevistar al niño o niña mayor de cuatro años por separado de sus cuidadores, mientras se ofrece tener otro adulto presente como apoyo (otro profesional o personal de la salud).

Para iniciar la anamnesis, empiece con preguntas sobre temas neutrales esto permitirá construir confianza y vínculo. Durante la anamnesis, es necesario hacer preguntas claras y abiertas sin repeticiones, usando un lenguaje y terminología apropiada para la edad. Debe

¹⁸ Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual. Alcaldía Mayor de Bogotá - Fondo de Población de las Naciones Unidas, Consejo Distrital para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual (2004) "Lineamientos para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual, Bogotá. 62P.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

permitir que el niño o adolescente responda de la manera que prefiera, incluso, por ejemplo, escribiendo, dibujando o ilustrando con modelos¹⁹.

Las preguntas deben enfocarse hacia identificar el tipo y frecuencia de los comportamientos, las respuestas de cuidadores frente al comportamiento, factores situacionales (nacimiento de nuevos/as hermanos/as, llegada de nuevos miembros al hogar, entornos de desnudez socialmente aceptados), acceso a actos o material sexualmente explícitos, violencia intrafamiliar entre padres o contra los niños, niñas.

Tenga en cuenta que en niños y niñas se pueden presentar inconsistencias entre relatos de la misma víctima, esto no es indicativo de falsedad en el relato. Adicionalmente, los niños y niñas son más sensibles a preguntas sugestivas y pueden dar respuestas inconsistentes para satisfacer la solicitud de información de quienes les entrevistan. Los niños, niñas y adolescentes pudieran tener limitaciones para describir las historias traumáticas, ofrecer detalles, mantener el núcleo central de la historia cada vez que la cuentan, referir cambios en su cuerpo o en los hábitos fisiológicos como consecuencia de la violencia sexual. (Prada, 2019).

Siguiendo la recomendación de IRC y UNICEF (2012) y haciendo un análisis de cada caso en particular, se debe indagar sobre la presencia de síntomas y documentarlos apropiadamente. En la tabla 7. se pueden observar signos y síntomas que permiten identificar comportamientos que pueden estar relacionados con la violencia sexual y ayudan a un mejor diagnóstico.

Tabla 7. Signos y Síntomas en niños, niñas y adolescentes

Edad	Síntoma
Todas	- Exhibir problemas alimenticios, como comer todo el tiempo o no querer comer. - -Mostrar conductas de evitación, incluido retirarse de familiares y amigos. - -Mostrar conocimiento o interés en actos sexuales inapropiados para su edad. - Tener pesadillas o trastornos del sueño, o querer dormir todo el tiempo
En bebés, niñas y niños pequeños (0-5):	- Aferrarse o unirse inusualmente a los cuidadores. - Negarse a dejar lugares "seguros". - Regresión del desarrollo (como pérdida de lenguaje, enuresis o encopresis).
En niños y niñas (6-9)	- Reacciones similares a niños de 0-5 años. - Temer a personas, lugares o actividades particulares, o ser atacados - Negarse de repente a ir a la escuela o a otra actividad. - Tocarse mucho sus genitales.
En adolescentes (10-19)	- Mostrar signos de depresión (tristeza crónica), llanto o adormecimiento emocional. - Tener pensamientos o acciones suicidas. - Tener problemas en la escuela, cambios en el rendimiento escolar o evitar la escuela. - Mostrar enojo o expresar dificultades con las relaciones con los compañeros, pelear con las personas, desobedecer o faltarle el respeto a la autoridad. - Comportamiento autodestructivo (drogas, alcohol, lesiones autoinfligidas). - Embarazo. - Desarrollar infecciones de transmisión sexual; úlceras bucales, sangrado anal y vaginal y dolor.

Fuente: UNICEF. 2012

2.2.2.1.2. Mujeres

Para el caso de mujeres en general debe indagarse por los antecedentes de partos o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual. Indague sobre el uso de anticonceptivos y

¹⁹ Directrices del Consejo Social y Económico de Naciones Unidas en la Resolución 2005/20, sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

anticoncepción de emergencia. **NO** se recomienda y puede resultar en revictimización preguntar o registrar el número de compañeros sexuales y la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Pregunte sobre satisfacción de sus relaciones familiares y de pareja, su red de apoyo, formas de relaciones con las personas cercanas, comunidad y de trabajo.

2.2.2.1.3. Personas de grupos étnicos (indígenas, afrodescendientes, afrocolombianos, palenqueros, raizales, gitanos o Rrom)

Para el caso de las víctimas pertenecientes a grupos étnicos, se hace necesario que durante la interacción entre la médica o el médico y la víctima, se tengan en cuenta las concepciones, el lenguaje propio, los usos y prácticas relacionadas con la sexualidad, el cuerpo, relaciones de género, entre otras, comprendiendo que éstas se sustentan en marcos culturales o cosmovisiones particulares, que pueden o no coincidir con la mirada occidental.

Para establecer las afectaciones en las víctimas de violencias sexuales pertenecientes a pueblos indígenas, afro, raizales, rom, se puede evaluar además con relación al daño en el cuerpo algunas preguntas sobre ¿cómo entiende esa violencia?, Así mismo, ¿cómo la violencia afecta la cotidianidad de la víctima, de su familia, la comunidad y el territorio? es decir, la manera en que transcurre su día a día, sus relaciones sociales, su manera de estar en el mundo y de asumir esta nueva realidad.

De esta manera, se hace necesario promover adecuaciones socioculturales de las atenciones, basadas en un diálogo intercultural que permitan una comunicación fluida y clara para una comprensión mutua y un mejor abordaje de la situación. Algunas de las acciones para lograr dichas adecuaciones son contar con personas traductoras o intérpretes bilingües de las comunidades, emitir una información clara acorde a las concepciones, lenguaje, usos y prácticas identificadas en el diálogo, incluir en la atención acciones de sanación y protección propias con médicos tradicionales o sabedores/as, payes, chamanes, entre otras.

Al involucrar intérpretes en la entrevista, la persona que toma el relato debe asegurar que quien interpreta, lo hace de manera imparcial, sensible a las necesidades y capacidades de las víctimas, está debidamente capacitado y guarda la confidencialidad y demás principios éticos de la atención y acompañamiento a la víctima.

Indague y registre si hay antecedentes de mutilación genital femenina MGF. La obtención de los relatos puede ser difícil por tratarse de neonatas o lactantes en la fase aguda y el temor de criminalización de la práctica por parte de sus cuidadores. Sin embargo, cuando el hallazgo se hace en el marco de una atención médica por otros motivos de salud, o en el marco de atención a víctimas de violencias sexuales de niñas, adolescentes o mujeres; se hace necesario preguntar por la realización de la práctica bien sea a sí misma, o los relatos relacionados con la misma en su ámbito familiar o comunitario.

Ante la sospecha de un antecedente de violencia sexual por MGF, es necesario preguntar por los síntomas que pudieran relacionarse con la funcionalidad genital o urinaria, incluso fecal, así como por hiperalgesia, anodinia, anestesia de la zona intervenida, síntomas y frecuencias de infecciones genitourinarias o de cuadros clínicos asociados a procedimientos como infibulación, cuando sea el caso. El Ministerio cuenta con un lineamiento clínico para la atención integral de la mutilación genital femenina.

2.2.2.1.4. Personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas

Durante la interacción entre el profesional de la salud y la víctima se debe garantizar que no se discrimine por la orientación sexual o la identidad de género de la víctima, ambas se dan por autorreconocimiento por lo que esta información se registrará en la historia clínica solo si la persona así lo indica, tras haberlo expresado.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

Se debe siempre preguntar a la persona como quiere ser llamada, la respuesta no necesariamente puede corresponder a lo que aparece en el documento de identidad o historia clínica frente al sexo biológico de la persona. Se debe en todo caso aclarar que la orientación sexual o la identidad de género diversa no justifican la violencia.

Con relación a la orientación sexual, se debe promover de una manera respetuosa la libre declaración de esta, sin realizar preguntas directas que sean recibidas de forma agresiva o victimizante por la persona que está recibiendo la atención.

2.2.2.1.5. Personas con discapacidad

Durante la interacción entre el profesional de la salud y la víctima, es importante que se reconozcan e identifiquen en un primer momento los apoyos con los que cuenta la persona con discapacidad, una vez identificados, y si la persona no cuenta con apoyos, se debe establecer con la persona con discapacidad, el tipo e intensidad de apoyos que se requieran para que la víctima tenga acceso suficiente a toda la información, para que pueda decidir sobre los procedimientos y atenciones en salud que desea recibir de forma autónoma, libre e informada.

Recuerde que para facilitar la atención se deben tener en cuenta los apoyos, ajustes razonables y las salvaguardias para proteger las decisiones de las personas con discapacidad. En los casos que la persona con discapacidad cuente con una persona de apoyo, siempre dirija la comunicación a la persona con discapacidad.

2.2.2.1.6. Personas víctimas del conflicto armado

En el marco del conflicto armado se dieron todas las formas de violencia sexual, por los diferentes actores armados, sin discriminar población. Durante la interacción entre el personal de la salud y la víctima es importante tener en cuenta si la persona ha enfrentado daños por los hechos ocurridos con ocasión o ante la existencia del conflicto armado y de esta manera llegar a establecer las ayudas diagnósticas, valoraciones y tratamientos necesarios con enfoque psicosocial. Estas violencias traen consigo afectaciones físicas que posiblemente no se han detectado que se ven reflejadas en somatizaciones y consultas recurrentes por dolores crónicos e inespecíficos; las víctimas de violencia sexual en el conflicto armado llevan años sin poder consultar sobre ese motivo por las dificultades que trae relacionadas con la seguridad, el desplazamiento y la estigmatización.

En víctimas del conflicto armado es importante que indague por dolor pélvico crónico, la presencia de fistula traumática u otras señales que sugieran la disfunción del suelo pélvico provocando incontinencia urinaria, flatos y/o heces. Indague por antecedentes de complicaciones por abortos inducidos (seguros/ inseguros), gestación consecuencia de una violencia sexual, lesiones genitales traumáticas, hemorragia grave o potencialmente mortal.

Se recomienda adicionalmente solicitar información sobre, problemas para iniciar o sostener relaciones sexuales que puedan indicar disfunciones sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y el SIDA, infecciones del tracto urinario, aborto espontáneo, un embarazo a término con un mortinato, complicaciones reproductivas, lesiones físicas y cognitivas resultantes de discapacidad como consecuencia de la violencia, otras consecuencias físicas concurrentes que pueden ir desde la mutilación facial, los disparos de arma de fuego, las lesiones por metralla o minas antipersonas²⁰.

Tenga en cuenta que en el marco del conflicto armado la memoria es el resultado de prácticas políticas y sociales que se va construyendo a lo largo de la vida en una interacción continua, frente a los horrores vividos, muchas víctimas aíslan recuerdos específicos, otras silencian los

²⁰ Comprender y tratar el daño causado por la violencia sexual relacionada con el conflicto. Dra. Sunneva Gilmore, Facultad de Derecho, Queen's University Belfast. sgilmore08@qub.ac.uk. Protocolo médico para las víctimas de la violencia sexual en relación con el conflicto armado

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

hechos por las emociones que les reviven o por el miedo presente de volver a sufrir daños físicos, morales y psicológicos, así como perjuicios sociales y económicos por redes armadas²¹.

2.2.2.1.7. Personas en proceso de reincorporación

Cuando en la atención la víctima de violencia sexual manifiesta que llevó a cabo el proceso de reincorporación a la vida civil, el profesional de la medicina debe garantizar que no sean discriminadas, ni estigmatizadas por haber pertenecido a un grupo armado, garantizar todas las atenciones y procedimientos contenidos en este protocolo.

En la atención se debe tener en cuenta las necesidades particulares y el contexto de la reincorporación, para el manejo del plan de atención.

2.2.3. Paso 2. Examen físico general de víctima de violencia sexual

El examen físico incluye el examen clínico cefalocaudal completo, genital – anal y examen mental completo. Se recomienda que, durante el examen físico, el médico o médica esté acompañado por otro integrante del equipo de salud dejando constancia de su presencia o ausencia en la historia clínica; la presencia de otro integrante del equipo de salud se hará previa información y consentimiento de la víctima.

Las siguientes sugerencias pueden ser útiles para el desarrollo del examen general de víctima de violencia sexual:

1. Explicarle que es el consentimiento informado y revisarlo con ella (explicarle el objetivo del procedimiento que se va a llevar a cabo).
2. Recordarle a la persona que es ella quien controla el ritmo y los pasos del examen. Y que ella lo puede detener cuando lo desee.
3. Preguntarle acerca de sus inquietudes o aclaraciones respecto al procedimiento y brindarle respuestas claras, breves y precisas.
4. Respetar la intimidad de la persona cubriendo las partes que no está examinando
5. Establecer contacto visual con la persona para monitorear constantemente sus estados emocionales (empatía con la víctima).
6. Es recomendable comenzar el examen con partes menos íntimas y realizar el examen genital al final.
7. Asegurarle que los resultados del examen son confidenciales y cada remisión se hará con su consentimiento.
8. En ninguna circunstancia permita interrupciones externas durante el examen.
9. Establecer el estado emocional e informarle acerca de la importancia del apoyo.
10. Al tomar notas, explicarle por qué y el contenido de estas (reiterarle el carácter confidencial, pero explicarle la importancia de documentar ampliamente)

Durante todo el examen, la víctima debe estar cubierta con una bata o sábana, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada. Siempre que vaya a examinar un segmento corporal, informar a la víctima y confirmar su consentimiento, así parezca repetitivo. La víctima necesita recuperar el control sobre su cuerpo.

Durante el examen físico pueden no encontrarse huellas de la violencia sexual, lo cual no descarta que la misma no haya ocurrido. Recuerde que otras formas de violencia pueden ser ejercidas a través de la coerción emocional o la amenaza o el tiempo transcurrido entre el hecho y la atención no permite contar con evidencia física fácilmente de identificar.

Para realizar en examen físico general céfalo – caudal se debe incluir:

²¹ Centro Nacional de Memoria Histórica (2013)

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

1. Estado neurológico, inspección, auscultación y palpación. Identifique las zonas de lesiones y la necesidad de realizar intervenciones diagnósticas, terapéuticas y obtención de muestras forenses.
2. Todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades.
3. Se debe realizar examen y evaluación de oídos con otoscopio para identificar ruptura del tímpano en caso de violencia física localizada, asociada al evento de violencia sexual.
4. Busque signos de afectaciones en el cuello, pezones y pechos, incluyendo sigilaciones (chupones).
5. Región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos.

El examen de cara y mucosa oral debe ser detallado, en especial en víctimas que informan o quien se sospecha fueron obligadas a realizar sexo oral puesto que pueden presentar lesiones contusas (equimosis, hematomas, etc.) en el paladar blando o duro, desgarros de frenillos labiales y vestibulares superiores e inferiores. De la misma manera en los casos en los que se reporta violencia física asociada a traumas en la región facial pueden encontrarse lesiones dento-alveolares e incluso fracturas maxilares. Tenga en cuenta que valoración y manejo de este tipo de lesiones puede requerir un abordaje por odontología y/o cirugía maxilofacial a fin de establecer las estructuras comprometidas y su severidad (Barragán, 2011).

Se deberá establecer la severidad de cada una de las lesiones identificadas en el examen físico mediante una clasificación objetiva, bien sea a partir de la escala abreviada de lesiones vigente o de cada uno de los tipos de clasificaciones de traumas asociados de reconocida validez en el campo de la práctica de la especialidad médico-quirúrgica correspondiente (Glasgow, Índice de gravedad para quemaduras, Escala revisada de trauma, etc.). Estas clasificaciones son la base para determinar un puntaje de severidad de las lesiones, a través de índices como el índice de severidad de las lesiones o de validaciones y comparaciones colombianas, en caso de traumas neurológicos, o de traumas penetrantes abdominales.

La ausencia de signos y lesiones de violencia por segmento anatómico evaluado debe dejarse documentada registrando “sin lesiones visibles”.

2.2.3.1. Examen físico genital o anal

La pertinencia o no de realizar el examen físico genital o anal depende de la narración y vivencia que tenga la víctima sobre los hechos de violencia a partir de la cual bajo criterio medico se determinará la indicación de realizar un examen físico específico genital o anal. Es necesario registrar en la historia clínica la posición de la víctima durante la realización del examen genital (decúbito supino, decúbito lateral o posición de litotomía).

El examen físico genital o anal abarca la zona genital (vulva/pene y escroto), anal, paragenital (segmento superior de muslos, glúteos y pubis) y periné, de manera cuidadosa evitando generar dolor o molestias físicas. Se enfatiza la importancia de informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando siempre su aprobación y consentimiento, así como respetando sus reacciones emocionales ante algunos componentes del examen. Se recomienda manejar las reacciones antes de continuar con el resto de la valoración, mediante las técnicas de apoyo de primera línea y si es necesario con intervención en crisis por parte de profesionales de la salud mental.

Cuando el examen físico se realiza después de 72 horas, pero antes de una semana de transcurrida la violencia sexual, la valoración física y genital se debe orientar a documentar la localización, el tamaño y color de cualquier tipo de herida o cicatriz en cualquier parte del cuerpo. Igualmente, se registrará cualquier lesión en proceso de curación y cicatrices en el área genital.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

En casos que la víctima rechace la realización del examen genital o anal, ella debe tener información clara y suficiente para comprender las consecuencias que implican el rechazo dentro del proceso legal y sobre las complicaciones o secuelas de las posibles lesiones.

En el caso que no se realice el examen genital se debe registrar las razones de forma clara y específica por las cuales no se llevó a cabo. Tenga en cuenta que para las siguientes formas de violencia sexual el examen genital no está indicado y deberán registrarse la razones por las cuales no está indicado: relato de eventos exclusivamente virtuales, tocamientos por encima de las prendas en víctimas adultas, acoso sexual, planificación forzada.

La mayoría de los hallazgos que se pueden encontrar en acceso carnal son heridas anales, contusiones perineales, pueden presentarse desgarros vaginales, desgarros rectovaginales con o sin compromiso del esfínter anal, pueden apreciarse con formación de fístulas rectovaginales y cloacas, prolapso rectal, desgarros perineales que comprometen peritoneo, con desgarros de la musculatura del piso pélvico, incluso lesiones colorrectales que requieren colostomía y reconstrucciones rectales. Sin embargo, hay penetraciones vaginales y anales que no producen lesiones. La visualización de lesiones menores (de espesor parcial de la epidermis o con mínimo compromiso de la dermis) puede hacerse evidente utilizando técnicas de tinción con violeta de genciana, solución de Lugol, azul de toluidina o fluoresceína. Es de notar que se han identificado este tipo de evidencias después de la introducción de un espéculo y en el 10% de la actividad sexual consentida.

Si la consulta ocurre después de una semana y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas y hay poca indicación para un examen pélvico, es necesario que realice un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en este tipo de personas; debe también documentar la edad gestacional, en caso de que la víctima resulte o esté previamente embarazada.

2.2.3.1.1. Examen clínico genital y anal en niños y niñas

El examen de niños y niñas se puede hacer en el regazo de la persona que los acompaña, en posición sedente o en decúbito sobre la camilla de examen. La posición o las posiciones en las cuales se realice el examen también deberán describirse en la historia clínica. Para el examen anal en los niños y las niñas se indican la posición supina con las piernas en “posición de rana” o con las rodillas en el pecho. El ano se examina separando de manera cuidadosa los glúteos.

Dentro de los hallazgos causados por trauma y/o contacto sexual se pueden encontrar:

1. Trauma agudo en los tejidos genitales/anales externos, que podría ser accidental o infligido.
2. Herida aguda o hematomas de labios, pene, escroto, tejidos perianales o perineales.
3. Herida aguda de la horquilla o vestíbulo posterior, que no involucra el himen.
4. Lesiones residuales (cicatrizando) en los tejidos genitales / anales externos (estos hallazgos raros son difíciles de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar).
5. Cicatriz perianal.
6. Cicatriz de las cuatro fosas o fosa posterior.
7. Lesiones indicativas de traumatismo agudo o cicatrizado en los tejidos genitales / anales.
8. Equimosis, hematomas, petequias o abrasiones en el himen.
9. Herida aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completa.
10. Corte transversal del himen / hendidura completa del himen: un defecto en el himen entre las 4 en punto y las 8 en punto que se extiende hasta la base del himen, sin tejido himenal discernible en esa ubicación.
11. Un defecto en la mitad posterior (inferior) del himen más ancho que una sección transversal con una ausencia de tejido himenal que se extiende hasta la base del himen.
12. Herida vaginal.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

13. Herida perianal con exposición de tejidos debajo de la dermis.
14. Infecciones transmitidas por contacto sexual, a menos que haya evidencia de transmisión perinatal o transmisión no sexual clara, razonable e independiente pero rara.
15. Infección genital, rectal o faríngea por *Neisseria gonorrhoeae*
16. Sífilis.
17. Infección genital o rectal por *Chlamydia trachomatis*.
18. Infección por *Trichomonas vaginalis*
19. VIH, si se ha descartado la transmisión por transfusión de sangre

Los siguientes hallazgos en niños, niñas y adolescentes menores de 14 años (13 años, 364 días), o personas con discapacidad cognitiva de edades mentales inferiores a esta edad son diagnóstico de violencia sexual.

1. El embarazo
2. Semen identificado en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de la niña, niño o adolescente.

Otros hallazgos genitales que pueden verse comúnmente en recién nacidos, niños y niñas víctimas de acceso carnal abusivo (variaciones anatómicas, eritema, flujo, molusco contagioso, fisuras anales, pérdida tono anal por estreñimiento crónico o anestesia), o condiciones que se confunden con violencias sexuales (prolapsos rectales o uretrales no traumáticos, liquen escleroso o atrófico, úlceras vulvares, infecciones paragenitales no causadas por microorganismos de transmisión sexual, cambios de coloración o vasculatura).

Existen diferentes clasificaciones de las heridas, desgarros genitales en niños, niñas y adolescentes, que pueden utilizarse para establecer la severidad. Así como grados de dilatación del ano o de pérdida de pliegues parciales o total.

Los médicos y médicas sin experiencia en violencias sexuales pueden acceder a la consulta de expertos de forma remota, mediante el envío de material fotográfico en tiempo real, a través de tecnologías de la información y comunicación como telemedicina.

Dentro de los impactos sobre los niños y niñas víctimas de violencias sexuales en el conflicto armado se debe comprender que, debido a su tamaño físico, los niños y niñas sobrevivientes pueden experimentar daños más graves, incluyendo laceraciones internas y hemorragias, que pueden provocar daños a largo plazo en los órganos reproductivos y otros órganos internos, prolapsos, fístulas e infecciones. Debido a que sus cuerpos no están completamente desarrollados, las adolescentes que dan a luz y sus bebés corren un mayor riesgo de complicaciones de salud y mortalidad. El riesgo es mayor para las niñas menores de 16 años

2.2.3.1.2. Examen clínico genital y anal en mujeres adolescentes o mujeres adultas

En las mujeres debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal. En caso de que las mujeres se encuentren en gestación, debe documentarse la edad gestacional, en caso de mujeres víctimas que resulten o estén previamente embarazadas. Todos los hallazgos (fisuras, heridas, desgarros, equimosis, hematomas o abrasiones) deben quedar consignados en la historia clínica, describiendo las lesiones y su localización, de la forma más clara posible y la posición de la víctima durante la realización del examen genital (decúbito supino, decúbito lateral o posición de litotomía). Es útil ubicar las lesiones tanto en introito vaginal como en ano utilizando como referencia la posición de las horas del reloj. Tenga en cuenta que las localizaciones más frecuentes de lesiones son la horquilla posterior, labios menores, himen y fosa navicular.

Sobre el examen específico del himen tenga en cuenta que debe realizar la separación y leve tracción lateral externa e inferior de los labios menores para la identificación de desgarros.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

Los desgarros pueden ser recientes –menores de 10 días– y pueden presentar equimosis, sangrado y edema de los bordes, o antiguos –mayores de 10 días– en los cuales los bordes se encuentran completamente cicatrizados.

En ningún caso de violencias sexual está indicado el uso de espejo. Una excepción tendría lugar frente a la sospecha de lesiones intravaginales con sangrado profuso, ante las cuales puede ser necesario su uso, preferiblemente bajo sedación o anestesia, y para la toma de muestra cervical para el análisis de Microorganismos específicos.

Se debe sospechar que las víctimas con lesiones genitales externas tienen lesiones en los órganos femeninos internos, así como en el tracto urinario inferior y la uretra. Muchas lesiones uretrales femeninas están asociadas con sangrado vaginal. La evaluación y manejo en caso de fractura pélvica o lesión por empalamiento debe incluir cistouretrografía, proctoscopia y laparotomía, según indicación médica. Las lesiones no identificadas del tracto urinario y gastrointestinal en el contexto de traumatismo vaginal pueden resultar en complicaciones como la formación de abscesos, sepsis y la muerte.

2.2.3.1.3. Examen clínico genital y anal en hombres

En caso de violencia sexual es necesario siempre incluir el examen ano genital, para el cual debe tenerse en cuenta que la posición del examen puede generar sensaciones de intranquilidad, ansiedad y vulnerabilidad que requieran manejo emocional y apoyo en primeros auxilios psicológicos para el manejo de la ansiedad ante la evaluación. El examen anal debe realizarse con el consentimiento y notificación de cada inspección, identificando edema, laceraciones, sangrado, exposición de hemorroides, úlceras o fisuras.

Deben examinarse y dejar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de estas en el examen detallado del escroto y el pene, se recomienda la visualización individual y detallada del prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal. Tenga en cuenta que para el examen completo se debe levantar el saco escrotal y examinar el área de manera detallada, e inspeccionar detenidamente las lesiones que hubiere.

Para realizar examen rectal, en caso de encontrarse indicado por sangrado, fistulas, referencias a el uso de instrumentos cortopunzantes o contundentes durante la ocurrencia de la violencia, es necesario que el esfínter anal este relajado. Se deben buscar lesiones rectales, realizar la documentación fotográfica y la obtención de muestras forenses cuando sea pertinente. Si no se puede visualizar la fuente del sangrado rectal, se debe indicar la realización de una anoscopia o incluso rectosigmoidoscopia a través de personal médico especializado en endoscopia anorectal.

2.2.3.1.4. Examen clínico genital y anal en personas con pertenencia étnica

Para llevar a cabo el examen físico en personas que pertenecen a un grupo étnico se debe ante todo contar con las condiciones necesarias para llevarlas a cabo de acuerdo con la solicitud realizada por la víctima, por ejemplo, en población indígena ellas pueden solicitar el acompañamiento de una sabedora, médico tradicional, entre otras personas.

En los casos en los que en el examen físico se identifiquen prácticas tradicionales como mutilación genital femenina, se deben documentar la descripción de los hallazgos en términos de estructuras comprometidas, dimensión de lesiones o cicatrices en mm o cm en las tres dimensiones, cambios de coloración, forma, sentido, características que permitan establecer cronología cuando está en fase de cicatrización. Se deben clasificar los hallazgos de acuerdo con los tipos establecidos en el lineamiento clínico con el que cuenta este Ministerio y obtener evidencia fotográfica cuando sea posible o por lo menos utilización de los esquemas corporales de detalle de la zona genital, recuerde) explicar el para qué se deben hacer todos estos registros, esto disminuye la posibilidad de resistencia al momento de concertación por parte de las mujeres indígenas.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

2.2.3.1.5. Examen clínico genital y anal en personas Trans o intersexuales

En el examen genital de las personas Trans, se debe informar que la información anatómica se registrará de acuerdo con los hallazgos en el examen físico sin que esto suponga un no desconocimiento a su identidad de género, y preguntar a la persona si se siente tranquila y entiende el objetivo del registro como parte de las atenciones a las afectaciones físicas. Tenga en cuenta que en muchos casos las violencias de la que son objeto las personas Trans busca castigar su identidad, expresiones, comportamientos o cuerpos que difieren de las normas y roles de género tradicionales por lo que deben revisarse con detenimiento genitales y partes del cuerpo asociadas al sexo que les fue asignado al nacer y al ejercicio de una orientación sexual heterosexual.

La revisión sobre modificaciones de reivindicación de género como orquitectomía, vaginoplastia, clitoriplastia, vulvoplastia, reconstrucción uretral con falloplastia, vaginectomía, escrotoplastia e implantación de prótesis testicular, deben ser descritas con revisiones específicas sobre alteraciones en piel, fisuras, hematomas, edema, sangrado, con referencias anatómicas que indiquen la existencia del procedimiento previamente realizado.

En el caso de las personas intersexuales con genitales indiferenciados, la descripción anatómica, no debe ser comparativa con aquella de un sexo biológico específico, sino en referencia a las características individuales de la víctima.

2.2.4. Paso 3. Valoración de salud mental

La primera valoración por salud mental se debe hacer por parte de profesional en medicina que realiza la valoración de urgencias. Dentro de esta valoración se deben identificar las principales emociones y sentimientos, surgidos en respuestas a los hechos victimizantes, los comportamientos de riesgo y el riesgo de auto y heteroagresión de la víctima, los antecedentes en su salud mental tanto personales como familiares y la identificación de su red de apoyo, con el fin de realizar un diagnóstico inicial en salud mental y derivarla al tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminar la atención de la urgencia.

Dentro del proceso de atención inicial en salud mental se debe indagar por:

1. Información básica sobre cómo y dónde vive la persona, su nivel educativo, su estado civil y el número y las edades de sus hijos, sus antecedentes laborales, sus ingresos y la estructura y condiciones de vida de la familia.
2. Antecedentes individuales y familiares de problemas y trastornos mentales, comportamiento de riesgo.
3. Factores estresantes actuales, y la manera como o los ha afrontado o resultado.
4. Los vínculos y relaciones con sus hijos, pareja y familia con el fin de establecer la ocurrencia o el riesgo de otras violencias.
5. El funcionamiento socio-ocupacional actual (cómo está funcionando la persona en su hogar, en el trabajo y en sus relaciones).
6. La red de apoyo institucional, familiar y/o social
7. Las emociones y sentimientos surgidos como respuesta al hecho traumático, especialmente: miedo, culpa, vergüenza, tristeza, abandono, desesperanza, frustración, confusión
8. Alteraciones en sus hábitos o costumbre como, por ejemplo: sueño, conducta alimentaria, etc.
9. Estrategias empleadas por la persona víctima, su familia o comunidad para afrontar el impacto del hecho violento, por ejemplo: rituales de sanación, búsqueda de apoyo religioso o espiritual, uso de Fármacos no medicados o sustancias psicoactivas, entre otros.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual"

Es importante que el profesional de la salud que realice la primera valoración identifique los signos y síntomas relacionados con el estrés agudo en las víctimas que asisten a consulta dentro de los primeros 30 días después de ocurrido el hecho de violencia, indague por la presencia síntomas disociativos (incluida la amnesia disociativa, la despersonalización y la desrealización), recuerdos intrusivos de la violencia, flashbacks, pesadillas y episodio de reexperimentación, por comportamientos de evitación a las situaciones relacionadas con el evento como, por ejemplo no estar cerca del lugar de los hechos, no salir sola, no estar en ciertos lugares, entre otros, explore asilamiento y formas de relacionarse después de ocurrido el hecho porque las víctimas prefieren alejarse de sus redes de apoyo.

Posterior a los 30 días indague por síntomas relacionados el estrés postraumático o trastornos depresivos o de ansiedad, abandono de las actividades que realizaba regularmente, identifique conductas de autolesión, ideación suicida y problemas mentales o del comportamiento debido al consumo de alcohol o sustancias psicoactivas. Indague sobre la forma en la que ha sido percibido la violencia sexual en la familia, pareja o comunidad (académica, laboral o social) teniendo en cuenta que, por conceptos asociados a la honra y la vergüenza, podrían ser revictimizadas por su red de apoyo.

Las víctimas de violencia sexual de las comunidades indígenas definen la salud mental como las armonías espirituales, del pensamiento y con el territorio, es el encuentro de uno mismo y con la comunidad que lo rodea, que le permite y actuar en el que hacer del día a día. Las preguntas que se realicen deben utilizar el lenguaje propio (disarmonías, malestar, etc.) y no técnico, y preguntar sobre cómo se siente frente a las relaciones con su familia y comunidad.

Una vez realizada la primera evaluación el/la profesional de medicina debe realizar el diagnóstico de los problemas o trastornos mentales y psicosociales. Para esto es importante tener en cuenta los criterios de la CIE-10:

- (F00-F99) Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento
- (Z55-Z65) Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales

Recuerde que cada una de las víctimas manifiesta sus afectaciones de forma diferente, además la exposición a todo tipo de violencias, especialmente las mujeres, niños y niñas, puede ocasionar que ellos mismos naturalicen y normalicen las violencias sexuales.

Al finalizar la evaluación y establecer una aproximación diagnóstica acerca de su estado mental, el profesional de medicina debe informar el diagnóstico y realizar *psicoeducación* a la persona víctima, para esto se recomienda:

1. Brindar información acerca de las posibles reacciones que pueden surgir: desorientación, apatía, aislamiento, negación de lo ocurrido, sentimientos de soledad, de impotencia, vergüenza, humillación, culpa, rabia, síntomas conversivos: mareos, escalofrío, dolores de estómago, fatiga, dolor, Hipervigilancia, preocupación obsesiva por su higiene, evitación, desconfianza, agresividad, dependencia, labilidad emocional, otros, y cómo manejarlas.
2. Validar y tranquilizar: es muy importante brindarles información acerca de las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse después de un evento traumático.
3. Estimular la rutina: aunque es comprensible que las víctimas dejen de lado sus actividades habituales, es esencial animarlas a mantener una rutina y a volver a emprender poco a poco sus actividades cotidianas.
4. Estimular el apoyo social: el apoyo de la familia, amigos y otros miembros de la comunidad

2.2.5. Paso 4. Toma de pruebas médico-forenses y cadena de custodia

Antes de comenzar la toma de muestras medico legales se debe realizar el consentimiento informado. El consentimiento informado escrito es necesario y obligatorio para la toma de pruebas diagnósticas de cadena de custodia, a diferencia de la realización del examen físico

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

y valoración de salud mental, para los cuales se debe dar información suficiente, clara y objetiva, que le permitan comprender las consecuencias y alternativas frente a la realización de dichos procesos asistenciales en el marco de la atención integral de la violencia.

Luego de obtener el consentimiento informado, se debe registrar en la historia clínica su solicitud y anexar el formato. No se debe guardar el consentimiento en lugar diferente al de la historia clínica. Se puede prescindir del consentimiento cuando la víctima está inconsciente y está en riesgo su vida y la toma de los elementos materiales probatorios no se puede postergar.

2.2.5.1. Consentimiento Informado

Se debe suscribir el consentimiento, de acuerdo con la persona que corresponda, mayor de edad, personas con discapacidad, mayores de edad y niños, niñas y adolescentes. Para la obtención del consentimiento informado se debe contar con los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias para garantizar la toma de decisiones libres e informadas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1996 de 2019 y la Resolución 1904 de 2017 del MSPS o la que la modifique, derogue o sustituya.

2.2.5.1.1. Consentimiento informado en menores de 18 años

En el caso de que no se encuentre disponible la persona en ejercicio de los derechos de patria potestad, madre o padre, o que esta persona sea el presunto perpetrador de la violencia, el consentimiento lo puede dar el Defensor o Defensora de Familia o la Comisaria o Comisario de Familia o, a falta de estos, un representante del Ministerio Público (Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo o Personería). En los casos de niños, niñas y adolescentes, entre 6 y 11 años, siempre se debe obtener asentimiento informado y la firma del documento de consentimiento informado será suministrada por la persona en ejercicio de derechos de patria potestad. En el caso de adolescentes, estos pueden dar su consentimiento directo y se firmará el documento en concurrencia con la persona en ejercicio de los derechos de patria potestad, madre o padre.

Cuando el asentimiento dado por niños, niñas y adolescentes sea diferente al consentimiento del representante legal, primará el de los niños, niñas y adolescentes, salvo que se considere, luego de una adecuada evaluación clínica, que el niño o niña no logra comprender su situación, que existen factores que influyen en su respuesta (incluyendo si está bajo una presión inapropiada) o que la urgencia e importancia misma del tratamiento es decisiva para salvaguardar sus intereses.

Sin excepciones, si entra en contradicción la decisión de la persona en ejercicio de derechos de patria potestad o quien represente al menor de 18 años desde el ministerio público, se debe actuar frente a los derechos fundamentales de la niña, niño o adolescente en conformidad al principio de su interés superior, de acuerdo con la mejor evidencia científica y técnica, en términos de pronóstico, calidad de vida y garantía de sus derechos.

Tabla 8. Consentimiento en niños, niñas y adolescentes

Niños y niñas entre 0 y 5 años	Niños, niñas y adolescentes, entre 6 y 11 años	Adolescentes entre los 12 y 17 años
Consentimiento informado, se suscribe con la persona en ejercicio de derechos de patria potestad.	Asentimiento de niños y niñas, el documento lo suscribe la persona en ejercicio de derechos de patria potestad.	El consentimiento se firma en concurrencia con la persona en ejercicio de derechos de patria potestad.

Fuente: Ley 1996 de 2019-Resolución 1904 de 2017

2.2.5.1.2. Consentimiento informado en personas con discapacidad

En los casos en que, pese a la provisión de apoyos y ajustes razonables, no sea posible conocer la voluntad de la persona sobre la toma de muestras, el consentimiento será asistido por la persona de apoyo que demuestre relación de confianza y tomando en consideración

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

las recomendaciones provistas por el profesional de salud, a fin de hacer la mejor interpretación y voluntad de la persona con discapacidad independiente de la edad. Así mismo, es importante considerar para las personas con discapacidad, se deben tomar todas las salvaguardias destinadas a evitar y asegurar que no existan los conflictos de interés o influencia indebida del apoyo sobre la persona, de acuerdo con los criterios establecidos en el Artículo 5, “Criterios para establecer la salvaguarda” contenidos en la Ley 1996 de 2019.

2.2.5.1.3. Consentimiento en personas que pertenecen a pueblos indígenas

Para los casos de violencia sexual donde la víctima pertenezca a una comunidad indígena siempre es importante contar con un/a interprete o una persona de la autoridad indígena que permita orientar la toma de decisión ante el consentimiento informado.

2.2.5.2. Toma de elementos materiales probatorios y evidencia física para garantizar el acceso a justicia

La recolección de muestras forenses (elementos materiales probatorios o evidencia física) está enfocada al cotejo genético del material biológico (semen, saliva, restos de piel, pelo, entre otros) encontrado en el cuerpo de la víctima, de manera que se pueda lograr una identificación de la persona sospechosa en el marco de la investigación penal que es obligatoria en todos los casos de violencias sexuales y las diferentes formas de violencias sexuales de las que derivan acceso carnales o de las cuales se pueden obtener elementos materiales probatorios o evidencia física. (Ver descripción detallada del procedimiento en la Guía de abordaje forense en la investigación de violencias sexuales del INMLCF, versión vigente.). No realizar esta recolección de manera adecuada y oportuna significa una barrera inadmisibles desde el sector salud para que la víctima pueda acceder a la justicia y al restablecimiento de sus derechos.

La ponderación de la incapacidad médico legal se sustenta en el tiempo de reparación de las lesiones, fenómeno que está influenciado por múltiples factores, por lo cual se hace necesario realizar abordajes individualizados para establecer los tiempos de reparación en cada víctima, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente para la valoración de lesiones no fatales. Los criterios para establecer la recuperación pueden darse a través diferentes signos clínicos y radiológicos en el seguimiento clínico terapéutico. Recuerde que no se debe exigir a las víctimas denuncia o remisión de autoridad competente para la recolección de muestras, dado que las víctimas pueden acudir primero al sector salud, y tal solicitud se constituye en una barrera en la atención.

El profesional en medicina debe contar con los elementos necesarios para realizar la recolección y garantizar el derecho a acceder a la justicia y reparación de los daños, por esto la institución prestadora de servicios de salud garantizará los elementos necesarios para la toma de elementos materiales de prueba, según Resolución 3100 de 2019, como se lista en la tabla 9.

Tabla 9. Kit de recolección de elementos Materiales de Prueba.

Organizador plástico donde se encuentren todos los elementos para la recolección de evidencia forense.
Bolsas de papel Kraft diferentes tamaños para empacar las evidencias forenses
Bolsas plásticas transparentes de diferentes tamaños
Cortaúñas
Pinza de punta fina sin garra
Seda dental preferiblemente sin cera
Peinilla
Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado
Opciones para muestras de referencia: 1) Fragmentos estériles de tela garza de 2.5 por 2.5 cms y copas plásticas desechables pequeñas + lancetas 2. Tubos tipo vacutainer tapa lila con EDTA 3) escobillones estériles para toma de saliva 3) Tarjetas FTA®+lancetas

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).
Agujas hipodérmicas para toma de sangre, adaptables al sistema de vacío.
Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacío.
Torniquete
Frascos de polipropileno como mínimo de 20 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, sin preservativos.
Cinta de Seguridad
Rótulos autoadhesivos preimpresos.
Hojas de medio pliego de papel bond 60g blanco
Marcador de punta fina indeleble.
Gasas estériles.
Alcohol antiséptico con frasco lavador
Caja secadora de escobillones
Agua destilada estéril.
Tijeras
Lupa de 2X

Fuente: Tomado de la Guía de abordaje forense en la investigación de violencias sexuales del INMLCF. 2018

2.2.5.2.1. Cadena de custodia

Una vez recolectados, embalados y rotulados los elementos materiales probatorios, se inicia el proceso de cadena de custodia que garantiza la preservación y correlación de las muestras desde la recolección hasta la entrega en el laboratorio de análisis forense. Este proceso es de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional (Ver descripción detallada del procedimiento en el Manual del Sistema de Cadena de Custodia de la Fiscalía General de la Nación). El Código de Procedimiento Penal, en el artículo 255, establece que todos los servidores públicos que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencia física tienen la responsabilidad de la cadena de custodia y establece que en especial los servicios de salud que entren en contacto con estos son responsables de su recolección, preservación y entrega a la autoridad correspondiente.

El primer responsable de la cadena de custodia es quien recolecta las muestras, las rotula y embala (debe ser el mismo profesional). En el caso de la atención de las víctimas de violencia sexual es el médico o médica de urgencias.

Es importante tener en cuenta que la entrega de los elementos materiales probatorios o evidencia física se debe efectuar en las instalaciones del prestador de servicios de salud a la autoridad de policía con funciones de policía judicial, quienes deben acudir a las instalaciones del prestador de servicios de salud con el Número Único de Noticia Criminal, para que se inserte en el formato de cadena de custodia, para esto es necesario cumplir de forma simultánea con el Momento 4 de Activación a otras autoridades.

2.2.6 Paso 5. Toma de pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima de violencia sexual en la consulta inicial

De acuerdo con la forma de violencia sexual o del momento de consulta después de ésta, los profesionales de la medicina deben informar a la víctima la necesidad de estas y si la víctima consiente, deberá solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima, con el objetivo de garantizar una atención integral en salud con calidad.

El personal médico debe tener claridad sobre las consecuencias que implica el resultado de cada prueba en términos de profilaxis, tratamiento o seguimiento, lo cual implica extremar el esfuerzo comunicativo asertivo con las víctimas, quienes requieren todo el apoyo necesario para comprender (puede ser útil disponer de ayudas escritas y por otros medios cuando se requiera) las recomendaciones a seguir en cada caso, de acuerdo con lo expuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmune deficiencia humana, el virus de la Hepatitis B y el virus de la Hepatitis C vigente.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Las pruebas diagnósticas que se deben solicitar para las víctimas de violencia sexual se clasifican según el momento de la primera consulta y en relación con el tiempo transcurrido desde el evento de exposición de riesgo así: dentro de las 72 horas y después de las 72 de ocurrido el evento.

En la Tabla 10 se resumen las pruebas diagnósticas clínicas que solo se obtienen y procesan ante la posibilidad de embarazo²², infecciones de transmisión sexual por los accesos carnales relatados o en caso de sospecha de contaminación con fluidos seminales o sanguíneos, por los hallazgos en el examen físico sin relato confirmatorio (personas con alteración del estado neurológico, ausencia o parcialidad del relato).

Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones en ningún tipo de aseguramiento en salud, para que a las víctimas se les garanticen los exámenes paraclínicos, los medicamentos y procedimientos que se requieran. Las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en niños, niñas y adolescentes, menores de 14 años, donde se descarta una transmisión materno-infantil, indican siempre violencia sexual.

En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes. Las pruebas rápidas mencionadas forman parte del Kit de Profilaxis post-exposición.

Tabla 10. Pruebas diagnósticas clínicas

Pruebas realizar	por	72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
Prueba rápida para VIH. Prueba Convencional de inmunoensayo ²³		REACTIVA	REACTIVA
		Ante un resultado reactivo de la prueba rápida, confirmar con una prueba convencional de inmunoensayo, la existencia de infección previa. En gestantes se debe confirmar con una tercera prueba de carga viral para VIH. Si se confirma la infección previa debe recibir asesoría post- test y empezar manejo en un programa de atención integral de VIH.	Ante un resultado reactivo de la prueba rápida, confirmar con una prueba convencional de inmunoensayo, la existencia de infección previa. En gestantes se debe confirmar con una tercera prueba de carga viral para VIH. Si se confirma la infección previa debe recibir asesoría post- test y empezar manejo en un programa de atención integral de VIH.
		NO REACTIVA	NO REACTIVA
		Ante un resultado negativo de la prueba rápida del VIH, iniciar profilaxis con antirretrovirales por 30 días. Hay que asegurar que, al dar de alta a la víctima del servicio de urgencias, se le entreguen las dosis necesarias para completar todo el esquema de tratamiento.	No iniciar profilaxis del VIH. Seguimiento clínico sobre síntomas de infección retroviral si el tiempo de los hechos estuvo en las 4-6 semanas previas y paraclínico si aparece con carga viral. Seguimiento paraclínico a los 3 y 6 meses.
Prueba rápida para antígeno de superficie de VHB (Excepto en personas previamente vacunadas: Tiene documentación		REACTIVA	REACTIVA
		Títulos de anticuerpos para Hepatitis B superiores a 10 mIU/mL o no disponibilidad de la prueba Inicie o complete el esquema de vacunación contra la hepatitis B	Titulación de Antígenos HB, anticuerpos contra HB y anticore total, en caso de positividad remisión para manejo según lineamiento de Guía de manejo de Hepatitis B Crónica ²⁴
		NO REACTIVA	NO REACTIVA

²² Se incluyen hombres trans en edad fértil quienes no hayan pasado por histerectomía y/o ooforectomía.

²³ Seguir recomendaciones contenidas en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes (mayores de 13 años de edad) y adultos, vigente del Ministerio de Salud de Colombia.

²⁴ Seguir recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica vigente del Ministerio de salud de Colombia.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

escrita de un esquema completo de vacunas contra la hepatitis B)	Inicie o complete el esquema de vacunación contra la hepatitis B Programar siguiente dosis a las 4 semanas. Gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG) Aplicar según criterio de fabricante	Si el evento ocurrió en los 14 días anteriores, seguir esquema igual de <72 horas. Si el evento ocurrió más de 2 semanas antes, realizar seguimiento paraclínico a los 6 meses.
Prueba rápida para Sífilis. (prueba Treponémica)	REACTIVA	REACTIVA
	Confirmar con prueba no treponémica Iniciar tratamiento de acuerdo con lineamientos técnicos ²⁵	Confirmar con prueba no treponémica Iniciar tratamiento de acuerdo con lineamientos técnicos ²⁶
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	Profilaxis para ITS y seguimientos clínicos y paraclínicos para descartar infección por sífilis secundaria a la violencia sexual.	No hacer profilaxis.
Otras pruebas para ITS: - Prueba rápida de <i>Chlamydia trachomatis</i> . Muestra endocervical. - Búsqueda de <i>Trichomonas vaginalis</i> . Muestra vaginal. - Gram y cultivo en Agar chocolate o Thayer Martín para detectar gonococo. Muestra endocervical, secreción vaginal o uretral o mucosa anal. - Herpes II, Anticuerpos IG M. Toma de muestra en sangre.	REACTIVA	REACTIVA
	Tratamiento para ITS específico ²⁷	Tratamiento para ITS específico ²⁸
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	Profilaxis dosis únicas ver paso 6.	No hacer profilaxis, hacer seguimiento clínico.
Prueba rápida cualitativa para embarazo	REACTIVA	REACTIVA
	Confirma embarazo previo. NO administrar anticoncepción de emergencia. Inscripción al control prenatal ²⁹ .	Si los hechos ocurrieron entre las 72 horas y los 5 días anteriores, también se debe considerar embarazo previo ³⁰ .

²⁵ Seguir recomendaciones en la Guía de Práctica Clínica para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones de tracto genital. Y de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral de la sífilis gestacional vigentes del Ministerio de salud de Colombia.

²⁶ Seguir recomendaciones en la Guía de Práctica Clínica para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones de tracto genital. Y de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral de la sífilis gestacional vigentes del Ministerio de salud de Colombia.

²⁷ Seguir recomendaciones de tratamiento de infecciones específicas de la Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual de Organización Mundial de Salud vigente.

²⁸ Seguir recomendaciones de tratamiento de infecciones específicas de la Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual de Organización Mundial de Salud vigente.

²⁹ Seguir recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, vigente del Ministerio de Salud de Colombia, así como las indicaciones del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal. Colombia, así como.

³⁰ Recomendación Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, proceso de validación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas de violencias sexuales para el Ministerio de Salud, 2019. Los niveles de hCG en sangre solo son detectables desde el 9o día (216 horas) post concepción*, por lo tanto, NO está indicada la anticoncepción de emergencia.(Fecolsog, 2019)

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

		Después de 5 días de ocurridos los hechos, cuantificación de subunidad B de la hormona Gonadotropina coriónica para establecer edad gestacional y realizar correlación con hechos referidos. Informar sobre derecho a Interrupción Voluntaria del Embarazo.
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	Iniciar anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel y realizar una nueva prueba en 10 días.	Si los hechos ocurrieron entre las 72 horas y los 5 días anteriores iniciar anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel y realizar una nueva prueba en 10 días ³¹ . Si los hechos ocurrieron 10 días antes y la prueba NO es reactiva significa que no hay embarazo, seguimiento paraclínico a las 4 semanas.
Pruebas de laboratorio para inicio de profilaxis:	Cuadro hemático, pruebas de función renal y función hepática, para disponer de una línea de base, en caso de que se llegare a presentar toxicidad a los antirretrovirales profilácticos.	
Pruebas toxicológicas - Cuantitativas en sangre (alcohol y otras sustancias depresoras si los hechos ocurrieron en las 6 horas previas) - Cualitativas en orina (otras sustancias depresoras si los hechos ocurrieron en las 96 horas previas)	Identificación de sustancias psicoactivas que ponen a la víctima de violencias sexuales en incapacidad para resistir ³² . Manejo según lineamientos técnicos ³³ .	

Fuente: Tomado del documento de consenso sobre profilaxis pos- exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el HIV, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo de 2015. GESIDA y las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia del MSPS de Colombia.

2.3 Administración de Profilaxis contra el VIH, las ITS y el VHB para las víctimas de violencia sexual durante la consulta inicial.

Antes de suministrar la Profilaxis contra VIH, las ITS y el VHB el profesional de salud deberá confirmar que la víctima cumple los criterios para la administración de la Profilaxis. En las Tablas 11 y 12 se puede establecer el riesgo estimado de acuerdo con el tipo de contacto sexual que puede estar relacionada con acceso canal abusivo o violento, trata de personas, explotación sexual, embarazo forzado, esclavitud sexual, entre otras.

Tabla 11. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con fuente VIH+, sin uso de preservativo, rotura o mal uso de este

Riesgo considerable (0,8 - 3%)	Riesgo bajo (0,05 - 0,8%)	Riesgo mínimo (0,01 - 0,05%)	Riesgo despreciable/ nulo (<0,01%)
-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

³¹ Se puede considerar Ulipristal y Dispositivo con cobre
³² Castellanos C. (2015). Sustancias facilitadoras de asalto sexual en víctimas no fatales en Bogotá, Colombia.
³³ Ministerio de la Protección Social. Guías para el manejo de Urgencias Toxicológicas versión vigente.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Recepción anal con eyaculación	Recepción vaginal con o sin eyaculación Recepción anal sin eyaculación Penetración anal Penetración vaginal Sexo orogenital con eyaculación	Sexo orogenital sin eyaculación Sexo orogenital femenino	Besos Caricias Masturbación Contacto de secreciones con piel íntegra
Fuente: tomado del documento de consenso sobre profilaxis post - exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo de 2015. GESIDA y las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia del MSPS de Colombia.			

Tabla 12. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con fuente VIH desconocido, sin uso de preservativo, rotura o mal uso del mismo

Riesgo bajo* (0,05 - 0,8%)	Riesgo mínimo* (0,01-0,05%)	Riesgo despreciable/nulo (<0,01%)
Recepción anal con eyaculación	Recepción anal sin eyaculación Recepción vaginal con o sin eyaculación Penetración anal Penetración vaginal Sexo oral con o sin eyaculación	Besos Caricias Masturbación Contacto con secreciones con piel íntegra
* El riesgo es mayor si la fuente tiene alta probabilidad de estar infectada por el VIH. En general el riesgo bajo pasa a ser considerable y el riesgo mínimo pasa a ser bajo su uso en pacientes cirróticos.		
Fuente: tomado del documento de consenso sobre profilaxis pos - exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo de 2015. GESIDA y las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia del MSPS de Colombia.		

2.3.1 Componentes del Kit para para la profilaxis post-exposición ante el VIH, las ITS, la hepatitis B y el embarazo

1. Medicamentos antirretrovirales para la profilaxis del VIH: Las pautas de elección para la PPE consisten en la combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos / nucleótidos (ITIAN) asociados a un tercer ARV de otra familia. En general, se recomienda utilizar ARV de buena tolerancia y pocas interacciones, para mejorar la adherencia y evitar interacciones medicamentosas. Para niños y niñas que no pueden ingerir pastillas, se recomiendan presentaciones en solución pediátrica.
2. Medicamentos antibióticos para la profilaxis de las ITS: Las pautas profilácticas para ITS, deben incluir 3 antibióticos para prevenir las infecciones por clamidia, sífilis, gonococo y tricomonas entre otras. Ver pautas para mayores y menores de 13 años.
3. Profilaxis de la Hepatitis B: Vacuna contra hepatitis B y Gammaglobulina contra VHB.
4. Anticoncepción de emergencia: Dispositivo intrauterino (DIU), o Progestina sintética de segunda generación 2 tabletas (Levonorgestrel). (deben estar disponibles ambos métodos)
5. Formatos de control de inventario y de fecha de vencimiento.
6. Formatos de reporte de interpretación de las pruebas rápidas.
7. Se sugiere disponer de dos pruebas rápidas para VIH, Sífilis, VHB, VHC y embarazo, si fuera el caso de que la primera resulte inválida o que se pueda hacer la prueba a la fuente.

2.3.2 Administración de Profilaxis contra el VIH

Suministre el tratamiento completo de la profilaxis para VIH en todos los casos de violencia sexual (acceso carnal violento o abusivo, explotación sexual comercial de niñas, niños o adolescentes y otras formas de violencia sexual como trata de personas con fines de explotación sexual, inducción o constreñimiento a la prostitución), dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

La profilaxis para VIH y VHB está indicada cuando se estime un riesgo de infección por contacto con secreciones potencialmente infectantes en una persona que no se encuentre infectada previamente y aún más cuando se conozca el estado serológico positivo de la persona agresora ante el VIH, las ITS o el VHB o incluso cuando no sea posible conocer el mismo. La intervención farmacológica en profilaxis post-exposición del VIH se debe hacer de acuerdo con el **Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia adquirida humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la Hepatitis C**, con el que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social Vigente.

No es necesario solicitar autorización a la EPS para administrar la profilaxis.

Se deben anticipar los efectos adversos de la administración de estos medicamentos a fin de lograr una adherencia y asistencia a los seguimientos necesarios para cambiar la clase del medicamento, dado el beneficio de no enfermar por una infección de este tipo. Ver listado de efectos secundarios e interacciones medicamentosas en Ministerio de Salud y Protección Social **Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más) y adultos, GPC-2014-39.**

El servicio de salud que atienda la urgencia e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos entregar a la salida de la víctima, el total de las dosis necesarias para completar los 30 días de tratamiento profiláctico de forma obligatoria.

Tabla 13. Medicamentos Profilaxis post exposición al VIH

Opción	Medicamento	Presentación dosis
Primera Tenofovir / emtricitabina y Dolutegravir	Tenofovir	Tabletas x 300 / 200
	Emtricitabina	
Segunda :Tenofovir / emtricitabina con Darunavir / ritonavir	Dolutegravir	Tab x 50 mg
	Darunavir	Tab x 800 mg
Alternativa Tenofovir / emtricitabina y Atazanavir / ritonavir.	Atazanavir	Tab x 300 mg
	Ritonavir	Tab x 100 mg

Fuente: Tomado del documento de consenso sobre profilaxis pos - exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo de 2015. GESIDA y las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia del MSPS de Colombia.

Una vez se actualice en Colombia la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más) y adultos, GPC-2014-39, se adoptarán las recomendaciones de tratamiento de dicha actualización si hubiere algún cambio en la recomendación de los esquemas tanto para niños, niñas, adolescentes y adultos. Recomendar a la persona expuesta, prácticas que permitan evitar la posible transmisión del VIH a terceros durante el período de profilaxis, mediante la utilización de condón, no compartir jeringas o agujas, entre otros, y evaluar la recomendación de suspender la lactancia en cada caso.

2.3.2 Profilaxis post-exposición de Infecciones de Transmisión Sexual

La profilaxis post-exposición de las infecciones de transmisión sexual se realiza mediante la administración de dosis únicas de:

- 1. Ceftriaxona ampolla administración parenteral³⁴ 50mg/kg dosis única. Mayores de 12 años 1 ampolla 500mg dosis única.
- 2. + Metronidazol 20 mg/Kg dosis única (Presentación: Suspensión 250mg x 5cc, frasco x120 ml.) Mayores de 12 años, 2 gramos (4 tabletas de 500 mg) dosis única.
- 3. + Azitromicina 10 mg/Kg dosis única (Presentación: Suspensión 200mg x 5cc, frasco x 15 ml). Mayores de 12 años, 1 gramo (2 tabletas de 500 mg) dosis única.

³⁴ Evitar la utilización de inyecciones intramusculares dorsoglúteas. Small SP (2004) Preventing sciatic nerve injury from intramuscular injections: literature review. J Adv Nurs. 2004 Aug;47(3):287-96.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

En gestantes se adiciona al esquema anterior Penicilina Benzatínica IM x 2.400.000 UI. En caso de antecedente de alergia a la Penicilina, se debe desensibilizar, según las indicaciones de la Guía de Práctica clínica para Sífilis gestacional y congénita.

2.3.3 Profilaxis post-exposición de Hepatitis B

La profilaxis post exposición de la hepatitis B en personas gestantes y no gestantes. La decisión de necesidad o no de Profilaxis para Hepatitis B, debe basarse en la certeza o no de vacunación previa Ver “Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, El virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la Hepatitis” Tabla 9. Recomendaciones para la profilaxis post-exposición no ocupacional* a sangre o fluidos corporales, de acuerdo con el tipo de exposición y estado vacunal

Si se cuenta con niveles de títulos de anticuerpos para Hepatitis B menores a 10 mIU/mL en la persona expuesta se debe iniciar vacunación.

Nota: Toda persona con anticuerpo a 10 mIU/mL o superior, no requerirá vacuna de anti B

El no acceso inmediato a dicha medición o la ausencia de información sobre el esquema de vacunación, no deben retrasar el inicio de la profilaxis contra VHB.

2.3.3.1 Vacuna contra Hepatitis B

- 1. Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- 2. Dosis para personas de 11 a19 años se aplica: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor).
- 3. Dosis para personas adultas: de 20 ug, a partir de los 20 años.

La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (4 meses); El esquema recomendado en estas directrices es 0, 1 y 6 meses, aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses, muy recomendados en personas pertenecientes a poblaciones clave.

2.3.3.2 Gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG).

Por favor aplique de manera simultánea con la vacuna, aunque en sitios diferentes de inyección. Esta se debe iniciar preferiblemente en las primeras 24 horas post-exposición. Aplicadas dentro de este tiempo han mostrado ser 70% a 90% efectivas para prevenir la infección por hepatitis B, sin embargo, puede aplicarse hasta un plazo máximo de 14 días después de exposiciones sexuales. La dosis para aplicar de la gammaglobulina es aquella recomendada por el fabricante. En algunos casos es recomendable una dosis adicional a las cuatro semanas, por lo cual es importante revisar el inserto del fabricante.

En todos los casos se recomienda realizar una prueba de línea base (idealmente anti-HBc o en su defecto HBsAg) para infección por el VHB, lo más pronto posible después de la exposición, para determinar si la persona expuesta se encontraba infectada antes de la exposición. La no disponibilidad de estas pruebas no debe retardar el inicio de la profilaxis post-exposición. Seguir los lineamientos para realizar seguimiento paraclínico mediante anticuerpos y determinar respuesta a la inmunización.

Evaluar si la víctima ha sido vacunada contra virus de papiloma humano, de lo contrario vacunar.

El suministro del 100% de las vacunas anti-Hepatitis B, gammaglobulina contra la hepatitis B, y vacuna contra el tétanos (Td) se realiza independientemente del régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las víctimas de violencia sexual, será

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

entregado a cada entidad territorial por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, de acuerdo con la solicitud realizada.

La aplicación de las vacunas se realizará a través PAI y la administración de la gammaglobulina estará bajo la supervisión de un médico y es responsabilidad de la EAPB verificar el cumplimiento del esquema de vacunación. En los casos que el Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI no cuente con existencias de inmunoglobulina, la EAPB deberá cubrirla para que pueda ser suministrada por el prestador de servicios de salud.

2.3.4 Administración obligatoria de tratamiento para el abordaje sindromático de las ITS para las víctimas de violencia sexual durante la consulta inicial

Las víctimas que hayan sufrido la violencia sexual en un tiempo mayor al que permite la profilaxis post-exposición y presenten síntomas o las pruebas específicas detecten infecciones de transmisión sexual deben recibir tratamiento completo. El manejo se hace según la **Guía de Práctica Clínica, GPC, Infecciones de Transmisión Sexual y otras infecciones del tracto genital**, versión vigente del Ministerio de Salud de Colombia.

Tabla 14. Administración de Manejo Sindromático de ITS

Síndrome de infección cervical	Primera Opción: Azitromicina 1 gr vía oral -dosis única + Ceftriazona 500mg intramuscular dosis única. Segunda Opción Doxiciclina100mg vía oral, cada 12 horas.
Mujeres/ Hombres Trans embarazadas o en lactancia:	Azitromicina, 1 gr vía oral dosis única + Cefixime 400mg vía oral dosis única.
Síndrome de flujo vaginal:	Tinidazol 2 gr dosis única + Fluconazol 150mg vía oral dosis única
Manejo diferencial sindromático en hombres y mujeres Trans que aplique Descarga uretral	Azitromicina 1 gr vía oral dosis única + Ceftriazona 500mg intramuscular dosis única + Tinidazol 2 gr vía oral dosis única.

Fuente: Guía de Práctica Clínica, GPC, Infecciones de Transmisión Sexual y otras infecciones del tracto genital

2.3.5 Vacunación antitetánica

La vacuna antitetánica debe ser aplicada por el profesional de la salud de acuerdo con el riesgo que haya tenido la víctima con el tétano por medio de heridas y lesiones abiertas contaminadas que se hayan presentado durante la violencia sexual. Toda herida abierta debe considerarse contaminada³⁵. Teniendo en cuenta el estado de inmunización previo al hecho de violencia, las mujeres tienen mayor estado de inmunización porque tienen mayor acceso a la vacuna antitetánica durante diferentes momentos en su vida a diferencia de los hombres, la última vacuna que reciben por el Plan Ampliado de Inmunizaciones es la edad de cinco años, por eso se debe suministrar la vacuna a todos los hombres víctimas de violencia sexual porque pueden tener menor estado de inmunidad.

La forma en la que se suministra la antitetánica, estará a cargo del profesional de salud que teniendo en cuenta el riesgo al tétano y el estado de inmunidad, decidirá el uso de anatoxina tetánica o vacuna. El PAI garantiza la vacuna a las mujeres en edad fértil (MEF) y hombres trans de 10 a 49 años de edad, gestantes y no gestantes; para víctimas de violencia sexual por fuera de este grupo (hombres, niños y niñas entre 0 a 9 años y personas mayores de 50 años), se autoriza vacunar a través del PAI, de acuerdo al antecedente de vacunación de difteria, tétanos, tosferina (DPT) o (TD) que tenga documentado la víctima.

El esquema por cumplir con todas las personas contempladas en este protocolo se aprecia en la Tabla 15.

³⁵ ¿En situaciones de emergencia conviene administrar la vacuna antitetánica a los supervivientes lesionados? Extraída de la página: <https://www.who.int/features/qa/04/es/>

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Tabla 15. Esquema para vacunación antitetánica

Número de dosis previas con DPT, TD, DPaT, Td o TdaP	Número de dosis requeridas con Td
5	Un refuerzo cada 10 años, después de la quinta dosis, es decir, a los 15, 25, 35 y 45 años de edad.
4	La quinta dosis el día elegido y un refuerzo cada 10 años.
3	La cuarta dosis el día elegido, la quinta dosis al año de la cuarta, y un refuerzo cada 10 años.
2	La tercera dosis el día elegido, la cuarta al año de la dosis anterior, y la quinta al año de la cuarta dosis, y un refuerzo cada 10 años.
1 o ninguna dosis	Cinco dosis: la primera dosis el día elegido; la segunda dosis al mes; la tercera dosis a los seis meses de la segunda dosis; la cuarta dosis al año de la tercera dosis y la quinta dosis al año de la cuarta dosis. Adicionalmente, un refuerzo cada 10 años.

Fuente: Tomado del documento de consenso sobre profilaxis pos - exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo de 2015. GESIDA y las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia del MSPS de Colombia.

2.4 Administración de Anticoncepción de emergencia, acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Toda mujer en edad fértil que acuda al sector salud en las primeras 120 horas -cinco días- de sucedida una violencia sexual y con riesgo de embarazo, debe recibir esquema de anticoncepción de emergencia, aun cuando esté utilizando cualquier método anticonceptivo o esté pronta a menstruar. Es preferible contar con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir anticoncepción de emergencia como se explica en el paso tres (pruebas de embarazo cualitativas y cuantitativas), pero si no se tiene una prueba rápida de embarazo al momento de la consulta de urgencias, la ausencia de esta no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente la anticoncepción a la víctima de violencia sexual.

2.4.1 Opciones de anticoncepción de emergencia para administrar hasta las 120 horas de ocurrida la violencia sexual

Las opciones son las siguientes:

1. (DIU) tipo T de Cobre: Es un método de anticoncepción de emergencia efectivo que reduce el riesgo de embarazo en más del 99% de los casos si se inserta dentro de las 120 horas siguientes a la ocurrencia de la violencia sexual y siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la víctima (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social). Se debe garantizar que la inserción del DIU la realice un profesional capacitado para ello, con la oportunidad requerida. Se debe examinar la vagina con espéculo y realizar tacto vaginal con el fin de identificar la posición uterina, así como descartar infecciones o inflamación que sean contraindicación para la inserción del DIU. Se debe citar siempre a consulta de control a los ocho -8- días para evaluar signos de infección o inflamación.

En caso de no poder insertar el DIU, se debe garantizar la anticoncepción hormonal de emergencia que, aunque la eficacia disminuye después de las 72 horas, sigue teniendo efecto en la prevención del embarazo durante las primeras 120 horas. Registre en la historia clínica todo el procedimiento de inserción del DIU, incluso las dificultades que pudieron presentarse, de igual manera, cuando no se pudo realizar el procedimiento y las razones para no hacerlo.

2. Levonorgestrel: 1500 microgramos en dosis única. Existen presentaciones de una o dos tabletas. Si se tiene la presentación de dos tabletas la víctima las debe tomar al tiempo. Puede producir náuseas, congestión mamaria, entre otros síntomas. Se debe explicar a la víctima los posibles efectos secundarios que no tienen una repercusión importante en la salud en general. La anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel se puede administrar hasta

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

las 120 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que, por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable.

3. Método Yuzpe: Se utiliza en los casos en que no se disponga de la dosis única de Levonorgestrel. Este método consiste en la toma oral de dos tabletas de anticoncepción de altas dosis, seguidas de otras dos, 12 horas más tarde, teniendo en cuenta que el esquema completo se administre dentro de las primeras 120 horas de ocurrida la violencia sexual. Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 µg de Etinilestradiol y 500 µg de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después. Este método genera más náuseas y malestar general que el tratamiento con solo Levonorgestrel. Para evitar náuseas y vómito se puede suministrar Metoclopramida. Si se presenta vómito en las primeras 4 horas de la primera dosis, se deberá repetir el esquema completo.

Independientemente del anticonceptivo de emergencia suministrado, se debe hacer seguimiento a los 15 días, a través de una prueba cuantitativa de subunidad beta de gonadotropina coriónica, para verificar que la persona víctima no haya quedado en embarazo por motivo de la violencia sexual, y si es así, hay que dar la asesoría en el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y si ella lo decide, garantizar el acceso al procedimiento.

2.4.2 Información para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE

De acuerdo con lo que señala la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, las personas víctimas de violencia sexual pueden tomar la decisión de interrumpir el embarazo cuando éste sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentida³⁶. Debe tenerse en cuenta, además, que de acuerdo con lo que indica la ley penal, toda conducta sexual con menores de 14 años constituye un delito, por lo tanto, se presume la condición de víctima de violencia sexual. No obstante, la ausencia de la denuncia no puede configurar una barrera para acceder a la IVE. Según lo establecido en la Ley 1146 de 2007, Ley 1257 de 2008, y Ley 1438 de 2011 y la Ley 1719 de 2014, la denuncia puede ser interpuesta por otra persona, por lo tanto, cuando el hecho no haya sido denunciado por la víctima, el profesional de salud que realiza la atención o el personal que designe el prestador deberá dar aviso del hecho a las autoridades competentes para la investigación oficiosa del hecho de violencia sexual.

En los casos en los que se advierta una coexistencia de causales, es decir, cuando el embarazo consecuencia de violencia sexual también afecte la vida, o la salud física, mental o social de la mujer o de la persona en gestación o presente un feto con incompatibilidades con la vida extrauterina se debe escoger aquella casual cuyos requisitos sean menos gravosos o exijan menos trámites para quien decide acceder a la IVE.

2.4.2.1 Información para la toma de la decisión

Algunas víctimas de violencia sexual consultan por primera vez al sector salud cuando están embarazadas, por lo tanto, es importante dar una especial atención, sin culpabilizarlas, sin hacerles sentir que están consultando demasiado tarde; por el contrario, se les debe dar una información completa, veraz y objetiva acerca de las atenciones e intervenciones relacionadas con la IVE, así como sobre la posibilidad de continuar el embarazo o entregar el nacido vivo en adopción.

Información relacionada con la IVE:

- La información sobre el acceso a la IVE debe brindarse desde el primer contacto de las víctimas de violencia sexual con los servicios de salud y no debe estar supeditada a un

³⁶ También se puede decidir Interrupción Voluntaria del Embarazo cuando este pone en peligro la vida o la salud (en cualquiera de sus dimensiones: física, mental o social) de la mujer, certificado por un médico o por un profesional de la psicología en casos de afectación a la salud mental o social, o el embarazo presenta un feto con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina certificada por un médico. Corte Constitucional, Sentencia C – 355 de 2006.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

resultado positivo en la prueba de embarazo. No es necesario que la víctima relate nuevamente lo que sucedió si decide acceder a la IVE. Esto constituye REVICTIMIZACIÓN y es una práctica prohibida.

- La información provista debe ser objetiva, pertinente, precisa, confiable, accesible, científica y actualizada.
- La información sobre el procedimiento debe brindarse en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de la certeza de que será atendida en esa o en otra IPS y explicación de los pasos a seguir.
- En caso de personas con discapacidad, se debe garantizar que al momento de efectuar la asesoría frente a su derecho a acceder a la IVE cuente de ser necesario con apoyos y ajustes razonables, así mismo, deberán considerarse las salvaguardas del caso, para evitar influencia indebida, en el caso que la persona con discapacidad acuda acompañada y requiera de una persona de apoyo de su círculo de confianza.
- En caso de personas pertenecientes a grupos étnicos, es importante también asegurar la presencia de los/as intérpretes o acompañantes pertenecientes al pueblo indígena, si la persona víctima lo requiere y autoriza, garantizando la neutralidad, confidencialidad y guarda de los principios establecidos en este protocolo.
- Se debe evitar cualquier tipo de señalamiento, estigmatización, culpabilización o reproche.
- Los profesionales están obligados a brindar plena confidencialidad y a mantener la reserva legal sobre la información recibida, así como de decisión de la mujer por decidir la IVE. Dado que se debe respetar el derecho de las solicitantes de IVE a la intimidad y a la dignidad, se debe mantener el secreto profesional en los términos establecidos por la Ley 23 de 1981 y demás normas concordantes.

2.4.2.2. Respeto de la decisión

Se debe atender a la persona víctima sin emitir algún tipo de juicio de valor sobre su decisión o expresar alguna postura personal o religiosa frente al tema. La decisión de la niña prima sobre la de sus padres o representantes en caso de que ellos estén o no estén de acuerdo con la IVE. Esto también aplica para los NNA con discapacidad, para lo cual deberán brindarse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias requeridos. En el caso que no se logre conocer la voluntad de la persona con discapacidad, pese a la provisión de estos, se deberá acudir al consentimiento informado asistido, en los términos referidos anteriormente y de acuerdo con la Resolución 1904 de 2017 o la norma que la derogue, modifique o sustituya.

De la misma manera, y en el marco de la atención, no se deben imponer barreras o dilatar la prestación del servicio, ni tratar de influenciar la decisión de la persona víctima de violencia sexual. Tampoco se deben imponer requisitos adicionales, como exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud adicionales o (d) autorizaciones por parte de terceros.

2.4.2.3. Indicaciones sobre el procedimiento

Se debe confirmar clínicamente el embarazo y establecer la edad gestacional. La mayoría de las mujeres u hombres trans comienzan a sospechar de un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico o la ecografía; en razón a que, en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional. Tenga en cuenta que en Colombia no existe límite de edad gestacional para acceder a la IVE (Sentencia C-355 de 2006), por lo tanto, la víctima podrá solicitar la realización del procedimiento en cualquier etapa de la gestación.

El procedimiento debe realizarse en un término máximo de cinco días desde que la persona manifiesta su decisión por la IVE; para esto, o para cualquier otro aspecto relacionado con la atención en salud no considerado en este Protocolo, deben tenerse en cuenta las indicaciones

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

dadas en el Lineamiento Técnico Operativo de la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal, adoptado mediante Resolución 3280 de 2018 o la norma que la modifique, sustituya o derogue y los demás lineamientos técnicos o normativos emitidos por este Ministerio relacionados con el tema.

Si hay disponibilidad de aplicación de vacuna contra sarampión–rubéola y la mujer no se la ha aplicado, se debe proceder a su aplicación. En caso contrario debe remitirse. Igualmente sucede con la Aplicación de inmunoglobulina anti-D, lo que debe suceder dentro de las 72 horas siguientes al procedimiento, lo que es necesario si el factor Rh de la usuaria es negativo.

MOMENTO 3. INTERVENCIÓN INICIAL EN SALUD MENTAL PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SU FAMILIA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA

Todas las personas víctimas de violencia sexual deben tener como parte integral de su atención en salud, una valoración, diagnóstico precoz, atención inicial y un plan de atención (tratamiento, rehabilitación e inclusión social) en salud mental de acuerdo con los resultados de la evaluación inicial realizada por el/la profesional o profesionales con entrenamiento que pueden o no ser especializados (Equipo de Salud Mental – Ley 1616). La Atención en salud mental es prioritaria y fundamental para el proceso de recuperación de la víctima.

La Ley 1751 de 2015 “Ley estatutaria en Salud” establece que las personas víctimas de violencias, son sujetos especiales de protección y no podrá estar limitada por ninguna condición administrativa como barrera de acceso, por eso la red prestadora deberá garantizar la atención integral en salud mental además de las derivaciones intersectoriales e interdisciplinarias que garanticen las mejores condiciones de abordaje

Tenga en cuenta para definir el plan de cuidado que la Resolución 3512 de 2019, “Plan de Beneficios de salud a cargo de la UPC” establece que para las personas víctimas de violencias, el número de atenciones en salud mental son el doble que las que están para la población general, una víctima tiene hasta 60 sesiones de psicoterapia por año, que equivale a una atención cada 8 días en terapias individuales grupales y familiares. La hospitalización para casos agudos podrá extenderse hasta 180 días calendario; no obstante, es preciso tener en cuenta que las modalidades de internación parcial y atención ambulatoria en general son más efectivas para lograr remisión de la sintomatología y promover el adecuado funcionamiento familiar, social y comunitario

3.1 Acciones del talento humano en salud no especializado en salud mental

3.1.1 Recepción Inicial de la víctima

La recepción inicial de la persona víctima debe ser empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima, una adecuada actitud, protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual

La atención inicial en salud mental debe estar enmarcada en las siguientes características:

1. Escucha activa
2. Respeto por la persona
3. Aceptación de las emociones (Todas las manifestaciones emocionales son normales frente a un hecho anormal)
4. Aceptación del relato
5. Empatía y Actitud de apoyo
6. Desculpabilización del hecho.
7. Identificación de las necesidades de información y apoyo como consecuencia de la violencia sexual para apoyar en la búsqueda de soluciones conjuntas.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

3.1.2 Primeros Auxilios Psicológicos

La OMS, la OPS y ONU Mujeres han desarrollado un Manual Clínico que provee herramientas para la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja y/o violencia sexual. Este manual recomienda brindar apoyo de primera línea en casos de violencia de pareja y violencia, de una manera práctica, respondiendo a las necesidades emocionales, físicas, de seguridad y apoyo, sin invadir su privacidad, de las personas que asisten a los servicios de salud. Aunque este apoyo en muchas oportunidades es el único que puede brindarse a algunas personas, se constituye en una gran ayuda y ha mostrado ser eficaz en situaciones perturbadoras o dolorosas, incluidas aquellas relacionadas con violencias sexuales. (OPS/OMS. 2014)

Recuerde: es posible que esta sea la única oportunidad que usted tenga de ayudar a esta persona

Acogiendo las recomendaciones de la OPS, este protocolo incluye las cinco tareas de apoyo de primera línea como estrategia para disminuir la ansiedad y apoyar a las víctimas durante su proceso de atención integral en salud.

Como se dijo en el apartado de recomendaciones para profesionales de la salud que realizan la primera de la Atención Integral (Momento 2), el apoyo de primera línea comprende cinco tareas sencillas representadas por las letras que construyen la palabra “ANIMA” y que pueden ser una forma fácil de recordar cada una de las tareas. El apoyo “**ANIMA**” atiende tanto las necesidades emocionales como las necesidades prácticas de las personas y sus objetivos se encamina a:

1. Determinar qué necesita la persona y qué le preocupa;
2. Escuchar y validar sus preocupaciones y sus experiencias;
3. Ayudar la persona a sentirse conectada con los demás, tranquila y con esperanzas;
4. Empoderar la persona para que sienta que puede ayudarse a sí misma y que puede pedir ayuda;
5. Explorar las opciones que tiene;
6. Respetar sus deseos;
7. Ayudar la persona a encontrar respaldo

A continuación, se explicará con más detalle cada una de las tareas recomendadas por OPS/OMS:

1. **ATENCIÓN AL ESCUCHAR:** Escuchar atentamente es la parte principal de una buena comunicación y la base del apoyo de primera línea

Propósito de esta tarea: Brindar a la persona la oportunidad de que diga lo que quiera a una persona que está dispuesta a ayudarla, en un entorno seguro y privado. Esto es importante para su recuperación emocional.

Escuchar atentamente significa:

- Ser consciente de los sentimientos que hay detrás de lo que ella dice
 - Prestar atención tanto a lo que ella dice como a lo que calla
 - Prestar atención a la comunicación no verbal —tanto la de la persona víctima como la suya propia—, es decir, las expresiones faciales, el contacto visual, los gestos, etc.
 - Permanecer al mismo nivel que ella (sentado o de pie), lo suficientemente cerca para mostrar que tiene interés en su relato y que está prestando atención, pero lo suficientemente lejos para que ella no se sienta invadida
 - A través de la empatía, mostrar que comprende cómo se siente ella.
2. **NO JUZGAR Y VALIDAR.** Validar la experiencia de una persona significa transmitirle que la está escuchando con atención, que entiende lo que ella dice y que le cree sin juicios ni condiciones.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Propósito de la tarea: comunicar a la persona que lo que siente es usual en estos casos, que puede expresar sus sentimientos sin peligro y que tiene derecho a vivir sin violencia ni miedo.

Cosas importantes que se pueden decir

- “No es su culpa. Usted no es la culpable.”
- “Está bien hablar.”
- “Podemos ayudarla.” [Diga esto solo si es verdad.]
- “Lo sucedido no tiene ninguna justificación ni excusa.”
- “Ninguna persona merece que su pareja la maltrate.”
- “Su vida, su salud y usted valen mucho.”
- “Todas las personas tienen derecho a sentirse a salvo en casa.”
- “Me preocupa que esto pueda estar afectando su salud.”

- 3. INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES.** Las víctimas pueden hablarle de sus necesidades físicas, de sus necesidades emocionales o de sus necesidades económicas, manifestar preocupación por su integridad o referirse al apoyo social que necesita.

Propósito de la tarea: Averiguar lo que es más importante para la persona, respetar su voluntad y responder a sus necesidades.

Algunas técnicas para ayudar a la persona a expresar lo que necesita, pueden ser:

- Formule las preguntas como invitaciones para hablar, por ejemplo: “¿De qué le gustaría hablar?”
- Formule preguntas abiertas para motivarla a que hable, en vez de que se limite a decir sí o no, por ejemplo: “¿Cómo la hace sentir esta situación?”
- Repita o reformule lo que la persona diga para confirmar que la ha entendido bien, por ejemplo: “Me dijo que se siente muy frustrada.”
- Refleje los sentimientos de la persona, por ejemplo: “Me parece que se siente enojada/o...”, “Parece estar muy afectada/o.”
- Profundice en algún tema según sea necesario, por ejemplo: “¿Me puede contar algo más sobre eso?”
- Pida aclaración si no comprende algo, por ejemplo: “¿Me lo puede explicar de nuevo, por favor?”
- Ayúdela a identificar y expresar qué necesita y qué la preocupa, por ejemplo: “¿Hay algo que necesite o que la/lo preocupe?”, “La/lo veo preocupada/o por sus hijos”.
- Resuma lo expresado por la persona, por ejemplo: “Entiendo que usted me dice que...”

- 4. MEJORAR LA SEGURIDAD.** Muchas personas que han sufrido violencia temen por su integridad o la de las personas cercanas. Hay que explicar que generalmente no es una situación que pase de forma aislada, que tienden a persistir y empeorar para que no subestimen su situación y, además, para que se favorezca la adherencia al tratamiento desde la primera atención en salud.

Propósito de la tarea: Ayudar a evaluar la situación y desarrollar un plan de mejora de su seguridad.

Como evaluar el riesgo: si la persona conoce y convive con el agresor, el riesgo de una nueva agresión es alto, si además de esto el agresor a utilizado armas, ha intentado estrangularla, le ha ocasionado otras lesiones físicas graves, la violencia ha venido en aumento en los últimos meses y la persona teme al agresor y cree que este puede llegar a agredirla sexualmente de nuevo incluso llegar a matarla, evalúe con ella si es conveniente que vuelva a su casa. Si se aprecia un riesgo alto e inmediato, puede decir a la persona: “Me preocupa su integridad. Veamos qué hacer para que no la/lo lastimen”. Se pueden considerar opciones como llamar a la policía, hacer arreglos para que ella no pase esa noche en su casa, en caso

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

de trata de personas con fines de explotación sexual se puede indagar sobre posibles formas de huir de los explotadores, y finalmente apoyarla para elaborar un Plan de seguridad en el caso de que la violencia se desate repentinamente.

Para elaborar un Plan de seguridad se debe indagar sobre:

Tabla 16. Cómo Hacer un Plan de Seguridad

Cómo hacer un Plan de seguridad	
Lugar seguro adónde ir	Si usted tiene que salir de su casa rápidamente, ¿a dónde podría ir?, en trata y explotación sexual: ¿Tiene como salir del lugar donde esta retenida?
Qué hacer con los hijos	¿Se iría sola o se llevaría a sus hijos?
Transporte	¿Cómo llegaría hasta allí? ¿Tiene que salir del municipio o del país?, ¿Tiene como obtener el pasaje para el traslado?- En caso de trata
Qué llevarse	¿Tendría que llevarse algún documento, llaves, dinero, ropa u otras cosas? ¿Cuáles serían las cosas esenciales que necesitaría llevarse?
	¿Puede Guardar todas esas cosas juntas en un lugar seguro o dejarlas con alguien, por si acaso?
Aspectos económicos	¿Cuenta con dinero si tiene que irse? ¿Lo tiene guardado en un lugar seguro? ¿Puede disponer de él en caso de urgencia?
Persona de confianza en la vecindad	¿Puede hablarle a alguna vecina de su situación para que llame a la policía o acuda en su ayuda si oye que hay violencia en su casa? ¿Cuenta con alguien que la reciba en su hogar?, en caso de trata o explotación.

Fuente: Tomado de Manual Clínico. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual OPS. 2014

5. **APOYAR.** Las personas que han sufrido violencia sexual tienen diversas necesidades que, por lo general, van más allá de lo que puede ofrecérseles en los servicios de salud, usted puede ayudarla hablando con ella de lo que necesita, informándola sobre otras fuentes de ayuda disponibles y asistiéndola para obtener esa ayuda si ella así lo necesita.

Propósito de la tarea: poner a la persona en contacto con otros recursos de salud, seguridad y apoyo social. Esta tarea permite conocer las necesidades de acceder a otros servicios, lo que permite y redireccionarla a otras disciplinas o instituciones, dependiendo de cada caso, para esto, se recomienda indagar por los recursos disponibles: ¿con qué se cuenta?

- Determinar que apoyos tiene la persona en la comunidad.
- Líneas telefónicas de asistencia, existentes a nivel nacional o local
- Grupos de apoyo a víctimas de violencias de género y sexuales (y según población específica) a nivel local o comunitario.
- Centros de crisis u Organizaciones no gubernamentales que ofrezcan atención
- Servicios de:
 - Asistencia jurídica
 - Orientación en salud mental
 - Asistencia social
 - psicología

Se debe transmitir confianza y disponibilidad de atención empática a la persona, además respetar siempre la voluntad y decisiones de ella, finalmente asegúrese de que la persona ha comprendido bien toda la información y las recomendaciones suministradas en esta intervención

3.1.3 Atención Inicial en Salud Mental por servicio de urgencias

En el servicio de urgencia, el/la profesional en medicina entrenado en el MhGAP (Programa de Acción Global de la Organización Mundial de Salud para superar las Brechas en Salud Mental) debe efectuar la evaluación inicial en salud mental y realizar el diagnostico según lo

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

establecido en las acciones del momento 2. En esta valoración se profundiza sobre las necesidades en salud física, mental y de contexto social y se inicia abordaje integral según cada caso, con: intervenciones de psicoeducación, reducción del estrés y fortalecimiento de la red de apoyo, además se debe promover el adecuado funcionamiento en las actividades diarias, derivar a tratamiento psicológico y de otros profesionales del servicio como enfermería y trabajo social.

Siempre se debe evaluar y abordar el riesgo de autolesión – suicidio según lo definido por la Guía MhGAP y la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/ conducta suicida. Igualmente, es necesario realizar una interconsulta/remisión a profesional especializado/a en psiquiatría y a psicología clínica o profesional con entrenamiento en clínica, para que se garantice el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental. En un servicio de urgencias la atención en salud mental por médico/a psiquiatra o psicología, puede llegar a ser la única intervención que se realizará, por eso se debe remitir a la víctima para continuar con una atención interdisciplinaria por parte del equipo de salud mental, en contexto ambulatorio u hospitalario, acorde con las necesidades de la persona y las características de la ayuda disponible

Recuerde tener en cuenta los servicios que ofrece la institución prestadora de servicios de salud o la EAPB, ya que, en un número importante de municipios, la población se distribuye en zona rural dispersa y no siempre se cuenta con los servicios presenciales, muchas de estas zonas cuentan con servicios especializados virtuales (Telesalud) a través de Telemedicina, Teleducación en salud, Teleorientación y Teleapoyo. (Resolución 2654 de 2019)

3.2 Acciones especializadas en salud mental para las víctimas de violencia sexual

Para la atención especializada por psiquiatría o psicología clínica es importante recordar la pertinencia de realizar la valoración e intervención breve en urgencias, teniendo en cuenta el enfoque centrado en la persona víctima/sobreviviente. Este enfoque permite comprender la dimensión de género de la violencia sexual, las causas y las consecuencias de estas violencias, y lleva a los profesionales de salud a prestar los servicios desde una cultura de empoderamiento de las personas víctimas/sobrevivientes, que las ayude a ver y revisar las diversas opciones que tienen a su disposición, y que les permiten respaldar sus propias decisiones. Implementar este enfoque es asegurar el cumplimiento de los cuatro principios básicos del enfoque: 1) Derecho a la seguridad; 2) Derecho a la confidencialidad; 3) Derecho a la dignidad y autodeterminación y 4) Derecho a la no discriminación.

Con este enfoque el/la profesional en psiquiatría y psicología clínico, debidamente entrenado/a en atención a víctimas/sobrevivientes de violencias de género y violencias sexuales, realiza inicialmente la valoración de urgencias para determinar el estado mental actual de la persona y establecer la presencia de problemas o trastornos mentales o psicosociales teniendo en cuenta lo previsto en la Ley 1616 de 2013 y en la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018):

1. Problema psicosocial. Acontecimientos vitales negativos como consecuencia del hecho de violencia, una dificultad relacionado con el entorno, por ejemplo, su seguridad, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones relacionadas con sus emociones y sentimientos
2. Trastorno mental. Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

El/la especialista en salud mental debe realizar la primera sesión de terapia breve orientada hacia la intervención en crisis en el servicio de urgencias (Op. Cit. MPS y UNFPA, 2010), Las intervenciones breves deben estar dirigidas a:

1. Facilitar que la víctima retome la percepción de control sobre sí misma y sobre sus circunstancias, se recomienda durante la entrevista/intervención permitirle hacer elecciones autónomas.
2. Facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios otorgados a evento de violencia ocurrido.
3. Resignificar los sentidos y significados otorgados por la víctima a lo ocurrido, de modo que la adaptación y solución de problemas resulte más fácil y apropiados a sus necesidades.

En el servicio de urgencias se establecen, entonces, diferentes niveles de intervención inmediatamente después de la ocurrencia del evento crítico o posterior al ingreso a los servicios de salud, el primero, realizado por el personal no especializado en salud mental, (ANIMA); y el segundo realizado por el profesional especializado en salud mental y dirigido a la intervención en crisis. Cada una de estas intervenciones tiene diferentes tiempos, metas, necesidad de habilidades y encuadres terapéuticos, como se muestra en la tabla 17.

Tabla 17. Características de la intervención especializada y no especializada

INTERVENCIÓN EN CRISIS		
	INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS- APOYO DE PRIMERA LÍNEA - ANIMA	INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA TERAPIA PARA CRISIS
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Quién puede hacerla?	Trabajadores sociales, enfermeras, otros que hayan recibido entrenamiento	Psicoterapeutas. Especialistas en Salud Mental (psicólogos, psiquiatras)
¿Dónde?	Contextos comunitarios: hospitales, centros de salud, servicios de urgencia, líneas telefónicas de urgencia, contextos escolares, hogares, etc.	Contextos terapéuticos/orientación: hospitales, centros de salud – salud mental, etc.
¿Metas?	Reestablecer el enfrentamiento inmediato: brindar apoyo, reducir la mortalidad, establecer enlace con recursos de ayuda	Resolver la crisis, resignificar el incidente crítico (violencia sexual), integrar el incidente a la trama de la vida, establecer la apertura/disposición para enfrentar el futuro
¿Cómo?	Las cinco tareas de los primeros auxilios psicológicos o apoyo de Primera Línea ANIMA	Terapia multimodal para crisis, según se describe más adelante

Fuente: Intervención en Crisis. Karl. Slaikeu

Si el profesional que conduce la consulta inicial de psicoterapia breve identifica una condición en la salud mental que requiera iniciar de inmediato un medicamento (en caso de Diagnostico de trastorno mental), debe realizar la psicoeducación necesaria, explicando el uso del medicamento como un elemento más dentro de las estrategias de afrontamiento indicadas, los efectos benéficos y los posibles efectos adversos del psicofármaco, y formularla de manera inmediata en caso de que el especialista sea un/a psiquiatra. Si se trata de una psicóloga o psicólogo clínico, deberá efectuar la misma resignificación de la farmacoterapia, y derivar a la persona víctima para continuar manejo conjunto o exclusivo por médico o médica psiquiatra, de acuerdo con las circunstancias que rodean a cada caso.

En algunos casos se identifica, además del hecho violento, consumo de sustancias psicoactivas, para estas personas, (por ejemplo, se puede encontrar en frecuentemente en personas víctimas de trata y explotación sexual) se deben incluir dentro de las acciones especializadas en salud mental, intervenciones que atiendan esta necesidad específica según las rutas de atención establecidas por el MSPS.

Una vez realizado el diagnóstico y la intervención en crisis en el servicio de urgencias, si los/las profesionales lo consideran necesario, se debe realizar un plan de acompañamiento/seguimiento a la víctima, para dar continuidad a esta atención especializada de manera ambulatoria u hospitalaria según criterio especializado. Para garantizar este

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

seguimiento en salud mental, en el Plan Básico de atención en salud, se han incluido los siguientes procedimientos que permiten la atención integral en salud mental a la persona víctima y a sus familiares:

- Consulta psicológica
- Consulta Especializada
- Intervención en crisis-psicoterapia breve.
- Psicoterapia ambulatoria
- Atención de urgencia en Salud Mental
- Atención con internación en salud mental
- Interconsulta médica especializada de urgencias o a través de los servicios ambulatoria por medica/o psiquiatra.
- Acompañamiento por profesionales expertas en intervención psicosocial
- Atenciones por consumo de sustancias psicoactivas

El plan de acompañamiento/seguimiento de ambulatorio u hospitalario en salud mental según lo recomendado por la OMS/OPS (OMS/OPS. 2014) puede incluir diversas intervenciones dependiendo las necesidades de las personas, del tipo de afectación, el perfil de los profesionales en salud mental, y la disponibilidad en la red de prestadores de servicios de las EAPB, entre estas se recomiendan:

1. En caso de víctimas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor:
 - Orientación para la solución de problemas
 - Terapia interpersonal
 - Terapia conductual cognoscitiva
 - Activación conductual.
2. En caso de diagnóstico de estrés agudo y estrés postraumático:
 - Terapia conductual cognoscitiva, individual o grupal, con énfasis en trauma;
 - Terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares.

Una vez concluido el plan de acompañamiento por profesional especializado, es importante asegurar la continuidad del seguimiento por salud mental por parte de un equipo de atención primaria en salud con entrenamiento en salud mental.

MOMENTO 4. PLAN DE CUIDADO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

4.1 Recomendaciones para las atenciones relacionadas con el Diagnóstico de Violencia y Plan de Cuidado Integral

Para un manejo integral de la violencia sexual puede requerirse la participación de un equipo interdisciplinario, que permita responder a las afectaciones en el estado físico o mental de la víctima; la valoración y manejo por parte de profesionales y especialistas de diferentes áreas clínicas y quirúrgicas debe ser garantizada en los casos en los cuales se encuentra indicada, frente a esta situación se deberá prestar especial atención al derecho que tienen las víctimas a no repetir los relatos, ni a ser sometidas a multiplicidad de exámenes físicos o genitales.

El abordaje por parte de los profesionales de estas especialidades deberá partir de la explicación a la víctima de la necesidad de su intervención y limitarla a lo esencialmente necesario en beneficio de la víctima. Se deberá tener especial cuidado con las víctimas que requieren hospitalizaciones para su manejo y podrían requerir valoraciones por medicina, enfermería, servicios de salud mental diariamente. Es de recordar que el trauma que la víctima experimentó puede revivirse con cada relato, con la mención de alguna palabra o con alguna actitud por parte del personal de salud; adicionalmente que existen referencias al impacto que estos relatos generan en el personal de salud que se expone a ellos sin un encuadre terapéutico apropiado.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

En los casos de mujeres, personas con orientación o identidad de género diversas, niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de violencias sexuales y que no hayan recibido atención médico-quirúrgica en el momento del trauma agudo, hayan sobrevivido y consulten posteriormente requieren abordajes multidisciplinarios tendientes a identificar los síntomas y signos que la víctima refiere con relación a lo que sucedió después del evento, aquellos que persisten en la actualidad, las acciones realizadas para su manejo hasta el momento de las valoraciones, el estado de la persona en la documentación previa de las atenciones en el sector salud que den cuenta de su estado anterior a los hechos referidos, si está disponible, en seguimiento al principio pro omine o en el mejor beneficio de la persona para lograr las intervenciones diagnósticas y terapéuticas más apropiadas para cada víctima.

Se deberán seguir las recomendaciones de práctica clínica de las asociaciones de ginecología, cirugía pediátrica, urología general y pediátrica, coloproctología, entre otras para obtener las mejores reparaciones quirúrgicas posibles bien sea con técnicas abiertas, mínimamente invasivas, laparoscópicas de acuerdo con los recursos disponibles. Así como proveer todos los insumos necesarios para su manejo temporal antes de conseguir las reparaciones anatómicas y funcionales que permitan el mejor grado de bienestar posible en el marco de la atención médica y/o quirúrgica disponible en el territorio nacional de comprobada eficacia.

En el mismo sentido para el tratamiento de afectaciones estéticas que requieran procedimientos reconstructivos.

Las mujeres que permanecen con hijos e hijas de un embarazo relacionado con una violencia sexual requieren programas que reconozcan los riesgos de ellas, las niñas y los niños a consecuencia de ello, especialmente aquellas mujeres víctimas del conflicto armado.

4.2 Recomendaciones para las atenciones relacionadas con el seguimiento a la víctima de Violencia sexual

Es necesario delegar en un profesional de la medicina general para el seguimiento ambulatorio de los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución de salud, de modo que sea el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias o de consulta prioritaria. De acuerdo con las necesidades individuales de cada caso se establecerán las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requieran las víctimas para la estabilización de su salud en el corto, mediano y largo plazo (Op.cit. MPS y UNFPA. 2010.)

Para garantizar una atención integral en salud y el adecuado restablecimiento de derechos, se debe hacer énfasis en la continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados. La EAPB debe ser garante de la asignación de citas en los tiempos mínimos en los que la víctima requiera de la atención la asignación de citas no puede ser una barrera para la atención integral a las víctimas.

El sistema de contrareferencia es primordial en tanto los seguimientos y atenciones que se realicen en salud física y mental se deberán realizar en la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria cerca de la residencia de la víctima de acuerdo plan de atención integral establecido, el equipo que realiza la atención a la víctima debe tener información completa de las atenciones y avances en el proceso de recuperación de la salud consignados en la historia clínica.

Para los casos de inasistencia de víctimas en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

Con el fin de hacer seguimiento a las atenciones en salud realizadas a la víctima en diferentes instituciones prestadores de servicios de salud, el médico solicitará la información sobre la asistencia y resultados de atención a la víctima, en caso de la que la información sea insuficiente o inconsistente se apoyará con la IPS para solicitar por medio de los medios administrativos correspondientes los soportes de dichas atenciones a las EAPB. Las EAPB tendrá la responsabilidad mensualmente de establecer por medio de sus bases de datos el total de víctimas afiladas y atendidas por la red prestadora de servicios de salud para que puedan verificar que se está realizando el plan de atención integral por parte de la IPS primaria y verificar la adherencia al tratamiento, las barreras de acceso y limitaciones para la atención integral a las víctimas.

Tabla 18. Seguimientos que debe Realizar

Seguimientos	Actividades
A las 2 semanas	1. 15 días después de la primera consulta se hace seguimiento. 2. Se debe solicitar prueba subunidad beta gonadotropina coriónica. 3. Si es positivo: se remite para orientación y asesoría sobre opciones frente al embarazo. 4. Si la paciente decide la IVE: garantizar procedimiento dentro de los 5 días siguientes e iniciar acompañamiento en salud mental. 5. Si la paciente define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en salud mental. 6. Revisión de resultados de ITS. 7. Se deben solicitar pruebas confirmatorias e iniciar tratamiento en caso de que no se haya iniciado. 8. Se evaluará su evolución mental, social y familiar. Se realiza la intervención ANIMA -Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
A las 4 Semanas	1. Seguimiento a la ruta de atención, a procesos y procedimientos recibidos y a otros diagnósticos asociados. 2. Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. Se realiza la intervención ANIMA 3. Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
A los 3 meses	1. Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria y asesoría en VIH. 2. Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. Se realiza la intervención ANIMA 3. Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
A los 6 y 12 meses	1. Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria y asesoría en VIH. 2. Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. Se realiza la intervención ANIMA 3. Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

Fuente: Adaptado del Modelo de Atención Integral en salud a víctimas de violencias sexuales. 2012. Modificado por equipo MSPS.UNFPA

MOMENTO 5. ACTIVACIÓN HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL, ASEGURANDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

Es importante que los profesionales de la salud que atienden el caso de violencia sexual activen la ruta intersectorial con el apoyo de enfermería, trabajo social y/o enfermería, la cual ha sido definida por parte de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales conforme a la definición de la ruta que hayan efectuado las autoridades del territorio en el marco de los Comités para el Abordaje Integral de las violencias por razones de sexo y género, conforme a los lineamientos de política pública del orden nacional.

Frente a los casos de trata de personas con fines de explotación sexual que sean identificados en el servicio de salud, es importante atender a los acuerdos establecidos en el departamento, distrito y municipio de conformidad con la línea técnica establecida por el Comité Nacional de lucha contra la Trata de Personas y el Ministerio del Interior, así como contar con todas las vías de articulación y comunicación con los Comités Departamentales.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

El profesional de la salud debe informar siempre a las víctimas sobre el deber que tienen las Instituciones prestadoras de servicios de salud de dar aviso e informar a las autoridades sobre la ocurrencia de la violencia sexual. Estas acciones deben estar acompañadas de las medidas de articulación que requiere la víctima para ser protegida y no exponer a la víctima a un mayor riesgo y repetición de la violencia. Para que el profesional de la salud pueda activar la ruta intersectorial, debe tener claro que esta forma de violencia puede cometerse en varios ámbitos: 1. En el ámbito de la familia, 2. Por fuera de la familia y 3. En el ámbito de la violencia sociopolítica o conflicto armado.

Ahora bien, siempre que el caso sea identificado o conocido en un primer momento por los profesionales de la salud está en la obligación de activar la ruta inmediatamente hacia las autoridades que cumplen funciones de protección³⁷ y a las autoridades del sector justicia³⁸, no hacerlo implica negar la posibilidad que la víctima pueda acceder a la justicia o que pueda ser protegida para restituir sus derechos y evitar la repetición de estos e incurrir en delitos y faltas disciplinarias en razón de la violencia institucional.

Es importante activar también la ruta intersectorial con las autoridades administrativas departamentales, distritales y municipales, para poder brindar a las víctimas otro tipo de medidas o programas de servicio social, para el apoyo y acompañamiento, así como de alternativas de un proyecto o proyectos de vida. Entre estas instituciones están la Secretaría de la Mujer, la secretaria de Salud cuando las víctimas no están afiliadas al SGSSS, requieren de medidas de atención Decreto 1630 de 2019 o a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas, programas de inclusión social, programas económicos, entre otros.

La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y una vez se comience con el plan de cuidado y seguimiento a la víctima por salud, se deberá asegurar que estos sectores den continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia. Para lo cual deberá informar a la secretaria de salud distritales y municipal para que articulen con los otros sectores la puesta en marcha de la ruta intersectorial.

Las Instituciones prestadoras de salud deberán definir la forma de activación de la ruta e información a las autoridades competentes por medio de correos electrónicos, cartas, oficios, remisorios, entre otros. El profesional de la salud deberá adjuntar a la historia clínica la activación a la ruta y los soportes físicos que lo demuestren.

En el proceso de derivación o activación a las autoridades con funciones de protección y a las autoridades del sector y justicia, se debe mantener la confidencialidad de la información suministrada y proteger la identidad y la intimidad de la víctima.

5.1 Activación de la ruta intersectorial cuando la violencia sexual es ocasionada en el ámbito de la familia

5.1.1. Niñas, niños y adolescentes

En los casos que la violencia sexual que ha sido cometida contra niñas, niños, y adolescentes, se debe informar o dar aviso al Comisario de Familia³⁹ del municipio o distrito en el que es atendido, para que esta autoridad tome las medidas de protección y restablecimiento de

37 Respecto a niñas, niños y adolescentes la Ley 1146 de 2007, establece en el artículo 9, numeral 6, que en el marco de la atención integral en salud las Instituciones Prestadoras de Servicios están en la obligación de dar aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.

Por otra parte, la Ley 1438 de 2011, en el artículo 21, determina que “Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes (...)”

38 El Código de Procedimiento Penal (Ley 904 de 2004), establece en el artículo 218, que: “Quien, en hospital, puesto de salud, clínica, consultorio médico u otro establecimiento similar, público o particular, reciba o dé entrada a persona a la cual se le hubiese ocasionado daño en el cuerpo o en la salud, dará aviso inmediatamente a la dependencia de policía judicial que le sea más próxima o, en su defecto, a la primera autoridad del lugar”.

39 Artículos 83 y 86 numeral 3, del Código de Infancia y Adolescencia; artículo 7 inciso 3 del Decreto 4840 de 2007

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

derechos. Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante las autoridades de la Policía Nacional, con funciones de policía judicial, como es el caso de la policía de infancia y adolescencia, SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴⁰.

También se puede denunciar ante la Fiscalía General de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - CAIVAS, o a los Centros de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF. Otra opción para poder denunciar el caso de violencia sexual, son las Comisarías de Familia, que actualmente cumplen algunas funciones transitorias de policía judicial⁴¹.

Es importante tener especial cuidado con niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual, dado que, se pueden presentar situaciones en las que sean explotados por miembros de la familia, o por personas que se hagan pasar por un familiar. En estos casos siempre se deben articular todas las medidas con las autoridades presentes en el departamento, distrito y municipio, para que se garantice la protección en restablecimiento de derechos y seguridad.

5.2.2. Personas Adultas

Cuando la violencia sexual ha sido cometida contra personas adultas, los profesionales de salud o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberán orientar e informar a la víctima que tiene la posibilidad de solicitar ante la Comisaría de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, medidas de protección. La IPS, además deberá comunicar a la Comisaría de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, remitiendo resumen de la atención y entregando copia de esta a la persona víctima⁴². Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante las autoridades de la Policía Nacional, con funciones de policía judicial, como es el caso de la SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴³. También se puede denunciar ante la Fiscalía General de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, o a los Centros de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF.

5.2 Activación de la ruta intersectorial cuando la violencia sexual es ocasionada por fuera del ámbito de la familia

5.2.1. Niñas, niños y adolescentes

Cuando la violencia sexual es cometida contra niñas, niños y adolescentes por fuera del ámbito de la familia, en primera medida se debe informar o dar aviso al Defensor de Familia⁴⁴ del municipio. En el caso que en el municipio no se cuente con Defensor de Familia, se debe informar al Comisario de Familia del municipio, quién asume la competencia de forma subsidiaria⁴⁵ para adelantar el procedimiento administrativo de restablecimiento de derechos.

Respecto a las medidas para garantizar la protección en relación con la vida, integridad personal, se debe informar a la Fiscalía General de la Nación para que se tomen las medidas en el marco del Programa de Protección a Víctimas y Testigos. Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante las autoridades de la Policía Nacional, con funciones de policía judicial, como es el caso de la policía de infancia y adolescencia, SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴⁶. También se puede denunciar ante la Fiscalía General de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como

40 Parágrafo del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

41 Resolución 2230 de 2017, de la Fiscalía General de la Nación

42 Decreto 1630 de 2019, Artículo 2.9.2.1.2.7, numeral 2.

43 Parágrafo del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

44 Ley 1098 de 2006 Decreto 4840 de 2007, artículo 7, inciso 2

45 Ley 1098 de 2006, artículo 98,

46 Parágrafo del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, o a los Centros de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF.

Niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas y explotación sexual suelen no estar acompañados por sus representantes legales o pueden estar acompañados por personas sin ningún tipo de parentesco. En estos casos siempre se deben articular todas las medidas con las autoridades presentes en el departamento, distrito y municipio para buscar protección en tanto restablecimiento de derechos, como en seguridad.

5.2.2. Personas Adultas

Cuando la violencia sexual se ocasiona a personas adultas por fuera del ámbito de la familia, se debe informar a la Fiscalía General de la Nación, sobre la situación para que esta tome las medidas de protección de acuerdo con sus procedimientos para ingresar al Programa de Protección a Víctimas y Testigos. Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante las autoridades de la Policía Nacional, con funciones de policía judicial, como es el caso de la SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴⁷. También se puede denunciar ante la Fiscalía General de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual – CAIVAS.

Se recomienda tener especial cuidado con las víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, o con las víctimas de inducción o constreñimiento a la prostitución, dado que, las víctimas de estas formas de violencia suelen no reconocerse como tal y no revelan a través de su relato ser víctimas, o se suele normalizar, a partir, de contextos culturales y sociales que desdibujan la violencia a través de la figura de “trabajo sexual” o “actividades sexuales pagas”. En estos casos es fundamental, que cuando se detecta a una persona que está siendo comercializada para ser explotada o ya lo está siendo, informar a la víctima de la situación y tomar las medidas de articulación para su protección y acceso a justicia, de conformidad con los acuerdos establecidos en el orden departamental, distrital y municipal. Siempre se deben tomar las medidas de seguridad de forma articulada para evitar que sea explotada, lo siga siendo, o sea víctima de violencia institucional.

5.3. Activación de la ruta intersectorial cuando la violencia sexual es ocasionada en el ámbito de la violencia sociopolítica o de conflicto armado

5.3.1. Niñas, niños y adolescentes

Cuando la vulneración de derechos a niñas, niños y adolescentes a causa de la violencia sexual se dé con ocasión de violencia sociopolítica o de conflicto armado, se debe informar a la Defensoría de Familia, o Comisaría de Familia (cuando en el municipio no se cuenta con Defensoría de Familia) para que se verifiquen derechos, se oriente frente a la necesidad de declarar ante la Defensoría del Pueblo el hecho victimizante y acompañe en la realización de la respectiva declaración. Para que posteriormente se efectúe la inclusión en el Registro Único de Víctimas por parte de la Unidad Nacional para la Atención y Reparación Integral a las víctimas, para adelantar los procesos de protección y reparación integral.

Respecto a las medidas para garantizar la protección en relación con la vida, integridad personal, se debe informar a la Fiscalía General de la Nación para que se tomen las medidas en el marco del Programa de Protección a Víctimas y Testigos y de acuerdo con los procedimientos del programa.

Para garantizar el acceso a la justicia, se debe informar a la Fiscalía General de la Nación para que se tomen las medidas respecto a la investigación penal a través de los canales que sean definidos en el territorio, teniendo en cuenta las características de la violencia y las

⁴⁷ Parágrafo del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

medidas de seguridad que se deben tomar al respecto, para las víctimas, como para los profesionales de la salud y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

5.3.2. Personas adultas

En el caso de víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, si ésta en la atención revela la ocurrencia de la violencia, se debe preguntar a la víctima si ya efectuó la declaración de la violencia ante la Defensoría del Pueblo, en caso negativo se debe remitir a la víctima a la Defensoría del Pueblo para que efectúe la declaración, para que posteriormente la Unidad para las Víctimas valore el relato y se realice la inclusión en el Registro Único de Víctimas, para adelantar los procesos de protección y reparación integral.

Si la víctima informa que ya ha efectuado la declaración del hecho victimizante, y de acuerdo con su relato requiere de medidas de protección, se debe informar de forma inmediata a la Secretaría de Gobierno Departamental, para que adelante los procedimientos relacionados con la protección a las víctimas. Para garantizar el acceso a la justicia, se debe informar a la Fiscalía General de la Nación para que se tomen las medidas respecto a la investigación penal a través de los canales que sean definidos en el territorio, teniendo en cuenta las características de la violencia y las medidas de seguridad que se deben tomar al respecto, para las víctimas, como para los profesionales de la salud y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

5.3.3. Defensores de derechos humanos

En el caso que las víctimas de violencia sexual sean defensoras de derechos humanos, grupos sindicales, miembros de la misión médica, miembros de grupos étnicos, periodistas o comunicadores sociales, se debe activar la ruta de protección con la Secretaría de Gobierno Departamental, informando a la Secretaría o Dirección Territorial de Salud, para que se coordine con la Unidad Nacional de Protección - UNP las medidas de protección integral a las que tienen derecho las víctimas de violencias sexuales.

Para garantizar el acceso a la justicia, se debe informar a la Fiscalía General de la Nación para que se tomen las medidas respecto a la investigación penal a través de los canales que sean definidos en el territorio, teniendo en cuenta las características de la violencia y las medidas de seguridad que se deben tomar al respecto, para las víctimas, como para los profesionales de la salud y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

CAPÍTULO III. RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL PROCESO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA LAS VIOLENCIAS SEXUALES

En Colombia se implementan el SIVIGE cuya función es integrar e interoperar diferentes herramientas de información entre registros administrativos en salud, justicia, protección, migración; estudios y encuestas para realizar procesos de caracterización, seguimiento y evaluación que en su conjunto son el insumo para la toma de decisiones de política y de gestión, nacional y local. El Ministerio y el Instituto Nacional de Salud gestionan diversas fuentes de información que permiten evidenciar la atención integral en salud a las personas víctimas de violencias de género, incluida la violencia sexual, a saber: la historia clínica, el registro individual de la prestación de servicios – RIPS, el SIVIGILA, y las estadísticas vitales - EEVV. Los cuales son de obligatorio cumplimiento.

La obligatoriedad de esta documentación en la historia clínica respeta el derecho a la intimidad, el secreto profesional, la garantía a no declarar contra sí mismo, cónyuge o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil; todos de rango Constitucional. La utilización de estas herramientas de información permite contar con información válida, oportuna y confiable para llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de las violencias sexuales de forma individual y colectiva.

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

1. Historia Clínica

El reporte y registro de la información comienza con la valorización integral en salud de las víctimas de violencia sexual en la historia clínica, responsabilidad del equipo de salud. La historia clínica cumple dos propósitos fundamentales en los casos de violencia sexual. El primero, relacionado con el registro completo de la situación en salud de la persona; las actividades, procesos y procedimientos y decisiones terapéuticas implementadas. El segundo, de recolección de información con propósitos legales que, contribuya a la investigación de la violencia sexual.

Se deberá registrar la pertenencia étnica de la persona víctima, edad, orientación sexual e identidad de género, si tiene o no discapacidad, clase socioeconómica, y el territorio en el que habita o en el que ocurrió el hecho de violencia sexual. El personal de salud deberá registrar lo que le consta de los relatos sin suprimir ningún detalle y debe ser lo más completa posible de acuerdo con lo que la víctima narró, los signos que evidencia en el examen físico y los resultados de los análisis clínicos.

Así mismo, y en aras de evitar la revictimización con la repetición de pruebas diagnósticas, exámenes médicos y toma de elementos materiales probatorios o evidencia física, se debe incluir en la historia clínica, la información contenida en el documento normativo para el abordaje forense en la investigación de la violencia sexual emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), institución rectora del sistema médico forense del país (Ley 938 de 2004).

Información precisa y detallada que debe tener la Historia Clínica:

- a. Registro de consentimiento y asentimientos informado
- b. Información sobre los hechos cuando proviene de documentos de relatos previos (Denuncia, entrevista judicial, otras atenciones en salud o instituciones de protección). En este caso, solo se complementará la información faltante en la entrevista.
- c. Relato de la víctima o su acompañante, especificando quién provee la información. En el caso de personas con discapacidad o con otras lenguas o idiomas, es necesario identificar la forma como se comunican, para hacer uso de los apoyos, ajustes, salvaguardias o interpretación necesarios. Así como hacerles notar a acompañantes y traductores la necesidad de mantener bajo confidencialidad la información de la víctima, para preservar su derecho a la intimidad y a la justicia.
- d. Fecha, hora, lugar de los hechos, si se trata de uno o varios eventos, si era uno o varios agresores (número, sexo, relación con la víctima y si el victimario resultó lesionado en los hechos), actos relacionados con la violencia sexual (amenazas, ataduras, golpes, quemaduras, uso de armas, seducción, engaños, besos, succiones, mordeduras, tocamientos, retiro violento de prendas), penetración indicando el sitio (cavidad oral, vagina, ano), especificar si se introdujo otra parte del cuerpo u objeto, si hubo eyaculación, si se usó condón, lubricantes, etc.
- e. En los actos referidos, especificar si se emplearon amenazas, engaños, ataduras, golpes, quemaduras, armas y tipo, etc.
- f. Describir el uso de sustancias psicoactiva.
- g. Actividades posteriores a los hechos si el evento fue reciente (ingesta de alimentos o bebidas, vómito, defecación, lavado de dientes, uso de enjuague bucal, inserción o retiro de tampones o diafragmas, ducha vaginal, baño, ducha o lavado corporal, cambio de ropa, etc.).
- h. Síntomas o molestias relacionados con los hechos (sangrado, flujo, disuria, dolor, enuresis, encopresis, estreñimiento, etc.).
- i. Relaciones sexuales deseadas y consensuadas en la semana anterior (vaginal, anal, oral, eyaculación, uso de condón, etc.), si es necesario obtener muestras.
- j. Descripción de prendas que utilizaba en el momento de los hechos y especificar qué prendas se dejan para análisis. (Tener en cuenta que en la anamnesis no se debe generar revictimización ni emitir juicios de valor con respecto a la vestimenta)

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”*

- k. Examen físico general, signos vitales, descripción de lesiones, examen genital cuando se requiera, neurológico con signos de embriaguez si se requiere.
- l. En niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, en quienes no se pueda establecer edad documental, especificar último diente erupcionado (contribuye a establecer la edad de la víctima) y caracteres sexuales secundarios (Tanner) y pruebas necesarias para establecer edad radiológica o clínica.
- m. Diagramas corporales para ubicación de las lesiones identificadas o registro fotográfico.
- n. Descripción de las muestras clínicas y forenses obtenidas.
- o. Formatos de cadena de custodia.
- p. Notificación judicial (telefónica o presencial), nombre de la persona que recibió la notificación y su identificación, autoridad que solicita la valoración (nombre, No. identificación, institución, teléfono de contacto, dirección, fecha, hora) y número único de noticia criminal.

Tener en cuenta que, en caso de que la víctima de violencia sexual haya recibido atención en otro servicio de salud, se anexe la remisión, copia de la historia clínica o de exámenes practicados. En niños, niñas y adolescentes se debe documentar de manera precisa y completa los hallazgos del historial médico, el examen físico y las pruebas forenses y cualquier otra información relevante, a los fines del seguimiento adecuado y el apoyo a los sobrevivientes para acceder a los servicios policiales y legales, al mismo tiempo que se protege la confidencialidad y se contiene la angustia de los niños, niñas o adolescentes y sus cuidadores.

Así mismo la historia clínica debe tener diligenciada toda la información de cada una de las actividades, procesos y procedimientos realizados en la atención ante el caso de violencia sexual detectado por el sector salud, incluida la determinación de apoyos y ajustes razonables para las personas con discapacidad que lo hayan requerido. La incorporación de la información anteriormente citada en la historia clínica le permitirá al profesional de la salud realizar el informe, en caso de que sea solicitado por la autoridad competente. En caso de tener acceso al Programa SICLICO (Sistema de Información de Clínica Forense), se debe diligenciar el formato del informe para el personal médico. Se sugiere (sin ser obligatorio) comunicarse con la Dirección Regional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) para que pueda diligenciar, allí le informarán cómo acceder y la clave de este.

2. Registro en los RIPS

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es un sistema de información para el sector que permite identificar los motivos de consulta, las atenciones en salud y los diagnósticos clínicos egreso hospitalario. Es obligatorio el registro de diagnósticos principales y secundarios en el RIPS utilizando los respectivos códigos CIE – 10 (o posteriores).

Para violencias sexuales se debe tener en cuenta que los códigos establecidos en el sistema no permiten muchas veces identificar la forma de violencia sexual que se está atendiendo por eso importante tener en cuenta las recomendaciones:

- a. Registro de la Causa Externa por Violencia Sexual (para personas adultas) y Abuso sexual (niños, niñas y adolescentes).
- b. Registro de Diagnósticos Clínicos principales por Abuso Sexual y Agresión Sexual Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual según los listados CIE – 10. Tabla 19. (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”).

Con el fin de relacionar las formas de violencias sexual definidas al inicio del protocolo y la relación de ellas con el diagnóstico clínico, se ha establecido que todos los casos de violencia sexual por acceso carnal (violento) son casos de agresión sexual (Y05), por

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

acceso canal abusivo, actos sexuales, acoso y violencias sexuales en niños, niñas y adolescentes se registran mediante el T74.2 Abuso sexual. Los casos de explotación sexual y trata de personas en Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios (Y05.5).

Tabla 19. Códigos CIE 10 que permitan el reporte de las violencias sexuales

Código CIE- 10	Nombre del Diagnóstico
T74.2	Abuso sexual.
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal.
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda.
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.
Z412	Circuncisión ritual o de rutina.

Fuente: Tomado del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. CEI-10

- c. Registro de todos los Diagnósticos secundarios relacionados con las afectaciones físicas y de salud mental que se requieran además de los diagnósticos Z que se necesiten empleando los campos correspondientes a diagnóstico relacionado (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 “Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades” si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno o el código Y07.0. sí ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión de la pareja de la persona víctima. Con el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible).

Los diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la violencia sexual, se registran como diagnósticos secundarios y su registro es obligatorio en la historia clínica:

Tabla 20. Diagnósticos específicos en niños, niñas y adolescentes adicionales

Código CIE- 10	Nombre del Diagnóstico
Z614	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
Z615	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario

Fuente: Tomado del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. CEI-10

Tabla 21. Otros diagnósticos, organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso y con los códigos CIE – 10 incluidos en el siguiente cuadro u otros adicionales necesarios

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales.
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z65.1	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades.

Fuente: Tomado del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. CEI-10

- d. Registros de CUPS y CUMS que se realizaron para la atención de acuerdo con los servicios prestados.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual”

- e. Completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de Salud que se necesite.
- f. Se debe registrar los diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental. Es obligatorio el registro en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 (o posteriores) que apliquen para el caso evaluado.

3. Fichas de vigilancia en salud pública actualmente vigentes en cada ente territorial

Esta ficha de vigilancia en salud pública de las violencias de género y violencias intrafamiliares solo se registra una vez se ha terminado la atención de la víctima en el servicio de urgencias o en consulta externa donde se ha identificado el caso, porque es hasta ese momento que se cuenta con la información suficiente para hacer el registro de la Cara A datos personales de la víctima y la Cara B caracterización de las violencias entre esas violencia sexual, la forma, el agresor, el escenario y ámbito donde ocurrió.

4. Estadísticas Vitales

El registro de nacido vivo de madres menores de 14 años y el registro de Defunción por violencia también son registros que aportan a la violencia sexual del país, por la importancia de caracterizar y diligenciar todas variables que cada uno de los registros tiene en el registro de defunción por favor incluir la muerte por violencia sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almendro MT, Ortiz B, García R, Sánchez del Hoyo P. (2013). Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo. *Psicopatol. salud ment.*, 22, 51-63. Descargado de: <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Almendro-Maria-22.pdf>

Arruabarrena, M. (1996) Manual de protección infantil. Barcelona: MASSON. Masson ISBN/ISSN: 9788445810460

Asensi, L. F. (2007). Violencia de género: consecuencias en los hijos. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 9(4). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/violencia-familiar>.

Barudy L. (1998) El dolor invisible en la infancia una lectura ecosistémica del maltrato infantil Barcelona: Paidós Ibérica, 1998. ISBN: 84-493-0494-6

Buvinic M, Morrison A, Orlando M. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 43, p. 167-214. Descargado de: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11204309.pdf>

Cantón, J. & Cortés, M. (2000). Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Madrid: Pirámide. Descargado de: <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=792909>

Centro de Memoria Histórica-. USAID – OIM- ONU Mujeres (2017). La guerra inscrita en el cuerpo Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado. Bogotá

Centro por la Justicia y el Derecho Internacional, CEJIL. (2010). Debida Diligencia en la Investigación de Graves Violaciones a Derechos Humanos. CEJIL/Buenos Aires, Argentina

Chmielowska, M., & Fuhr, D. C. (2017). Intimate partner violence and mental ill health among global populations of Indigenous women: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 689–704. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1375-z>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual"

Consejo Distrital para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual (2004) "Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual". Alcaldía Mayor de Bogotá - Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá. 62 p.

Corporación AVRE (2011). Impactos Psicosociales En Casos De Violencia Sexual En El Marco De La Violencia Política. Intervención para el Tribunal simbólico contra la violencia sexual. Descargado de:

<https://www.humanas.org.co/archivos/Microsoft Word - Documento Tribunal Avre 2 .pdf>

Dallos M, Pinzón A, Barrera C, Mujica J, Meneses Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 1

Del Río González, E (s.f). El acoso sexual como conducta delictiva en Colombia. Disponible en: <https://docs.google.com/Doc?id=dc2skt3218fbbwh7dv&pli=1> Citado de: 26/11/11.

Echeburúa E, de Corral P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia Emotional consequences in victims of sexual abuse in childhood. Cuad. med. forense No. 43-44 Málaga ene./abr. Descargado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006

Foro Internacional de Mujeres Indígenas FIMI- ONU Mujeres (2012). Mairin Bila Baikra: Las Voces De Las Mujeres Indígenas. Diagnóstico Participativo sobre Violencia contra las Mujeres Indígenas en centro América. <http://www.fimi-iiwf.org/>

Gray, S., & Rarick, S. (2018). Exploring Gender and Racial/Ethnic Differences in the Effects of Child Sexual Abuse. Journal of Child Sexual Abuse, 27(5), 570–587. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1484403>

Gilmore S, Guillerot J, Sandoval C. (2020) MÁS ALLÁ DEL SILENCIO Y EL ESTIGMA: reparaciones con perspectiva de género para víctimas de violencia sexual en programas domésticos de reparación. Reparations, Responsibility & Victimhood in Transitional Societies. University Belfast. University Square. t: 028 90973893. <https://reparations.qub.ac.uk> . 9781916256194

Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M., & Berry, A. (2016). The Nature of Posttraumatic Growth in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. Journal of Child Sexual Abuse, 25(2), 201–220. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1119773>

Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics March, 137 (3) e20154079; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>

Horno, P., Santos, A., & Del Molino, A. (2001). Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. España: Save the children. Descargado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf

Hospital del Sur E.S.E. (2003) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", Bogotá. p. 56.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009) Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Versión 3. 172 p.

Jewkes R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention The Lancet. Volume 359, Issue 9315, P.1423-1429. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)

Continuación de la resolución *"Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual"*

Jaffe P, Suderman M, Schieck E. (1999). Programa Escolar contra la violencia: Canadá. Capítulo 11. En: El costo del silencio. Violencia Doméstica en las Américas. Banco Interamericano de Desarrollo. Washintong DC. ISBN-10 : 1886938555

Lipchik, E (2004) "Terapia Breve Centrada en la Solución". Buenos Aires, Amorrortu, p. 320.

López, F. (1995). Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Ministerio de Asuntos Sociales Madrid. Descargado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=241493>

Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia" Revista de Neurología 2011;52(8): 489-503. Descargado de <https://medes.com/publication/65795>

Médicos Sin Fronteras - España (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. MSF - OCBA, Colombia, p. 18.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia - Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual". 374 p.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Lineamiento Para El Cuidado De La Salud Mental Y Las Armonías Espirituales De Los Pueblos Y Comunidades Indígenas En El Marco Del SISPI, En Articulación con la Política Nacional De Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá D.C

Ministerio del Interior. (2016) Observatorio del Delito Trata de Personas. Descargado de: <https://tratadepersonas.mininterior.gov.co/trata-de-personas/finalidades>.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003) Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington.

ONIC. USAID. (2012). Mujeres Indígenas Sabias Y Resistentes. Bogotá. ISBN: 978-958-8430-04-1

ONU Mujeres, OMS, UNFPA, PNUP. UNDOC. (2020). Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia. Elementos centrales y directrices relativas a la calidad de la atención. Módulo 2. 12 p

ONU. CEDAW. (2014) Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Comité sobre los Derechos del Niño, Recomendación General 31 / Observación General 18, párrafo 7).

OXFAM (2010) Encuesta de violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Colombia. 30 p

PAHO/WHO (2002) Serie Género y Salud Pública, Violencia Sexual basada en Género y Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

PAHO/WHO-ONU Mujeres, UNFPA. (2014) Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual Manual clínico.

Piñeros, S (2010) "El niño agresivo". 20 p.

Sánchez S., Trujillo J. Guzmán M. Caja de herramientas para la adecuación técnica y la pertinencia cultural de los programas, y servicios de salud pública con los pueblos indígenas,

Continuación de la resolución *"Por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual"*

afrocolombianos y rom. MSPS -Cooperación Técnica, OPS/OMS Colombia. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural [Internet pdf.] Bogotá; 2015

Sánchez O, Carrillo A, Babativa J, Rengifo M, Miguez L, (2017). Encuesta de Prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015. Bogotá. En: <https://humanidadvigente.net/wp-content/uploads/2017/08/Encuesta-de-prevalencia-de-violencia-sexual-CSCG.pdf>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008) "Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud". Bogotá. Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). 138 p.

Stéphanie Alixa, Louise Cossettea, Mireille Cyr b, Jean-Yves Frappierc, Pier-Olivier Caron d. and Martine Hébert a. (2020). Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study. Journal of Child Sexual Abuse. Vol. 29, No. 4, 432–447. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1678543>

Stéphanie Alix, Louise Cossettea, Martine Hébertb, Mireille C and Jean-Yves Frappierd. Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame. Journal of Child Sexual Abuse, 26(2), 158–174. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10538712.2017.1280577>

Talmon, M (1990) "Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter", San Francisco. Jossey - Bass Inc, p. 146.

UNICEF. (2007). Informe Mundial Sobre La Violencia Contra Los Niños Y Niñas. Paulo Sérgio Pinheiro. Experto Independiente. Descargado de: [https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf)

UNICEF. (2019). Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe. Nueva York. Descargado de: <https://www.unicef.org/lac/media/7301/file/PDF%20Perfil%20del%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf>

Velásquez, S (2003) "Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar". Barcelona. Ed. Paidós. P. 334. Zeig, J (2004) "Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas", Buenos Aires, Amorrortu, p.

Villanueva I, El Abuso Sexual Infantil: Perfil Del Abusador, La Familia, El niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. Psicogente, Vol. 16, Núm. 30, Julio-diciembre, 2013, Pp. 451-470. Barranquilla, Colombia.

World Health Organization United Nations High Commissioner for Refugees (2004). "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons". 76 p.