

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL-CÓDIGO
FUCSIA**

**ESE VIDASINÚ
2020**

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. ADOPCIÓN.....	6
4. OBJETIVO.....	7
5. INSUMOS	8
6. DEFINICIONES:.....	8
7. ELEMENTOS ESPECÍFICOS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA) -ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA Y CLASIFICACION.	87
7.1. GRUPO A. CRITERIOS PARA AVISO INMEDIATO A JUSTICIA.....	¡Error! Marcador no definido.
7.2. GRUPO B. SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL, ACTIVAR RUTA DE ATENCIÓN – CÓDIGO FUCSIA.	¡Error! Marcador no definido.
7.3. GRUPO C. SOSPECHA LEVE DE VIOLENCIA SEXUAL.....	¡Error! Marcador no definido.
8. FACTORES DETERMINANTES	¡Error! Marcador no definido.
8.1. FACTORES DE RIESGO PERSONALES.....	¡Error! Marcador no definido.
8.2. FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	¡Error! Marcador no definido.
8.3. FACTORES DE RIESGO SOCIAL	¡Error! Marcador no definido.
9. MITOS – CREENCIAS Vs. REALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
10. ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD	¡Error! Marcador no definido.
10.1. ENTREVISTA EN CASOS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL..	¡Error! Marcador no definido.
10.2. CUÁNDO NO HACER ENTREVISTA DE DETECCIÓN CON LAS VÍCTIMAS.....	¡Error! Marcador no definido.
11. PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLINICA A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	¡Error! Marcador no definido.
11.1. RECIBIR Y ATENDER DE FORMA INMEDIATA.....	¡Error! Marcador no definido.

- 11.2. REALIZACIÓN DE LA ANAMNESIS: ¡Error! Marcador no definido.
- 11.3. INICIAR EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA Y MÉDICO-LEGAL..... ¡Error!
Marcador no definido.
- 11.4. ANTECEDENTES ¡Error! Marcador no definido.
- 11.5. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS ¡Error! Marcador no definido.
12. CADENA DE CUSTODIA ¡Error! Marcador no definido.
13. FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN ¡Error! Marcador no definido.
- 13.1. RUTA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL ¡Error! Marcador no
definido.
14. BIBLIOGRAFIA ¡Error! Marcador no definido.
15. ANEXOS ¡Error! Marcador no definido.
- 15.1. ANEXO 1. FAMILIOGRAMA..... ¡Error! Marcador no definido.
- 15.2. INSTRUCTIVO PARA EL INFORME DEL EXAMEN SEXOLÓGICO FORENSE.. ¡Error!
Marcador no definido.
- CONSENTIMIENTO INFORMADO..... ¡Error! Marcador no definido.
 - ABORDAJE DEL CASO ¡Error! Marcador no definido.
 - INFORMACIÓN ADICIONAL ¡Error! Marcador no definido.
 - EXAMEN MÉDICO FORENSE ¡Error! Marcador no definido.
- EXAMEN FORENSE ¡Error! Marcador no definido.
- Valoración psíquica/neurológica ¡Error! Marcador no definido.
 - Edad clínica: ¡Error! Marcador no definido.
 - Lesiones personales:..... ¡Error! Marcador no definido.
 - Hallazgos en el área genital..... ¡Error! Marcador no definido.
 - Hallazgos en la región anal y perianal: ¡Error! Marcador no definido.
 - Infecciones de transmisión sexual: ¡Error! Marcador no definido.
 - Embarazo: ¡Error! Marcador no definido.
- DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS..... ¡Error! Marcador no definido.
- MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO. ¡Error! Marcador no definido.
- INTERCONSULTAS Y REFERENCIAS ¡Error! Marcador no definido.
- ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES ¡Error! Marcador no definido.
- 3.10. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES ¡Error! Marcador no definido.
- 3.11. FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO QUE REALIZA EL EXAMEN..... ¡Error! Marcador no
definido.
- 3.12. INFORME A LA AUTORIDAD ¡Error! Marcador no definido.

ANEXO 1. INFORME PERICIAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACIÓN DE DELITO SEXUAL. ...	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES MÉDICO-LEGALES	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA ENTREVISTA MÉDICOFORENSE A MENORES DE EDAD.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 4. INSTRUCTIVO DE MANEJO DEL KIT PARA LA TOMA DE MUESTRAS EN LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA.....	87

1. INTRODUCCIÓN

Las víctimas de violencia sexual acuden a los servicios de salud venciendo muchas barreras personales y sociales que el evento de violencia les ocasiona, y llegan a la institución en condiciones de alta vulnerabilidad. Una vez allí esperan y necesitan un trato humano que les ayude a recuperar el control de sí, la dignidad, el dominio de su cuerpo y de sus emociones. La atención que se le brinde tendrá que garantizar un trato humano, digno y reparador; procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su medio familiar y social; garantizando los insumos médicos necesarios para la aplicación de dichos procedimientos e intervenciones.

Cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Siempre la víctima de violencia sexual se encuentra en una situación de crisis, que pone en peligro su vida. Se deben desarrollar todas las “acciones en el primer contacto con el Sector Salud” que amerite el caso, además de articulación con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención. La violencia sexual, desde su definición, es una urgencia, dado que altera “la integridad física, funcional y/o psíquica en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

La definición de urgencia dada por la Resolución 5261 de 1993 no la condiciona a evento agudo o crónico. Desde esta perspectiva, el abuso que ha venido progresando desde largo tiempo atrás es también una urgencia. Esa particularidad determina que su atención pueda darse en cualquier momento del desarrollo del evento y que el término de la atención inicial, que busca la estabilización del o la paciente, se extienda lo necesario para esa estabilización y comprometa los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros indispensables e inmediatos para alcanzarla.

Las cifras de violencia sexual y su situación en el marco de la realidad colombiana muestran sólo una parte de la altísima vulneración a los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres que son víctimas cotidianas de las violencias sexuales en el marco de relaciones familiares, sociales, comerciales, de delincuencia común y en el marco del conflicto armado. Sólo un pequeño porcentaje de ellas acceden a los servicios de salud buscando atención médica específica por causa de la violencia sexual.

El abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de la violencia sexual. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes y cada persona y grupo familiar la experimenta de forma distinta. Por ello dar respuesta a las necesidades especiales de las víctimas de violencia requiere conocimiento, preparación y una adecuada disposición personal para minimizar las posibles victimizaciones secundarias, surgidas de los procesos de intervención.

La atención en salud para personas que han sido víctimas de violencia sexual es generalmente una de las experiencias más retadoras para el personal de salud, debido

a que no sólo requieren de conocimientos técnicos específicos en el abordaje clínico del caso, sino también del despliegue de habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería y sobre todo ética, sensibilidad y solidaridad.

2. JUSTIFICACIÓN

En el ámbito nacional, la violencia sexual es priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables. La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de la vida. También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas. Cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Siempre la víctima de violencia sexual se encuentra en una situación de crisis, que pone en peligro su vida. Se deben desarrollar todas las “acciones en el primer contacto con el Sector Salud” que amerite el caso, además de articulación con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención. La violencia sexual, desde su definición, es una urgencia. Como urgencia no tiene pagos compartidos ni otros condicionantes (semanas mínimas de cotización) para su atención inmediata, en ninguna parte del territorio nacional.

Atender con calidad y oportunidad permite impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que, como seres humanos, profesionales y como sector se tiene ante las víctimas de violencia sexual.

La violencia sexual se ha posicionado progresivamente como un tema de gran interés para el país, por lo tanto, su abordaje ha avanzado en torno a la necesidad de brindar respuestas integrales a las personas que la sufren. Para el sector salud la violencia sexual ha sido reconocida como una problemática en salud pública que se presenta con enorme frecuencia y serias afectaciones para la salud física y mental de quienes la padecen.

3. ADOPCIÓN



Se adopta el modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de la Protección Social, enero de 2011.



Se adopta la resolución 4003 de octubre de 2008 y su anexo técnico del Ministerio de la Protección Social. Se adopta protocolo para el abordaje integral de violencia sexual desde el sector salud 2008.



Se adopta del Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Guía De Consulta Abreviada Para El Examen Sexológico Forense, Informe Pericial Y Manejo Del Kit Para La Toma De Muestras, en los sectores forenses y de salud. Bogotá, D.C. agosto De 2006.



Se adopta el término “**CÓDIGO FUCSIA**” para activar el Protocolo De Atención Integral Para Víctimas De Violencia Sexual En Los Sectores Forenses Y Salud con el fin de omitir el aviso en público de que una persona ha sido víctima de abusos de índole sexual, lo que ahonda el daño a quien llega a un servicio de urgencias por este tipo de vulneraciones. La estrategia apunta a que "si la persona ya ha sido violentada, conserve su confidencialidad y no se sienta más vulnerada".

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Brindar al equipo de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS



Ofrecer a los profesionales y equipos interdisciplinarios, procesos, procedimientos e insumos para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a la población más allá de la ocurrencia de los eventos que constituyen la violencia sexual y evitar la revictimización.



Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integralidad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.



Establecer el mecanismo para poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección y justicia para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.



Ofrecer instrumentos y formatos necesarios para cumplir con los procedimientos necesarios en los procesos de judicialización de los casos de violencia sexual.

5. ALCANCE











El presente protocolo debe ser utilizado por profesionales en salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia sexual que consulten en la E.S.E. VIDASINÚ, con el fin de garantizar la atención integral y oportuna a los pacientes.

6. POBLACIÓN OBJETO




La población objeto de las intervenciones definidas en el presente protocolo serán las víctimas de las diferentes formas de violencia sexual que sean atendidas en la E.S.E. VIDASINÚ por parte de equipos interdisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerado a las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores de

diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.

7. INSUMOS







-  Ruta de atención a víctimas de abuso sexual.
-  Formato de historia clínica institucional.
-  Formato informe pericial integral en la investigación de delito sexual.
-  Consentimiento informado institucional.
-  Consentimiento informado para realización de exámenes medicolegales.
-  Ficha de notificación obligatoria SIVIGILA.
-  Kit para la Profilaxis Post Exposición de atención integral de violencia sexual.
-  Kit para la toma de muestras biológicas en casos de delitos Sexuales.
-  Hoja de registro de cadena de custodia
-  Materiales para el examen físico: Fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, tallímetro, báscula.

8. DEFINICIONES

-  **Abuso sexual:** Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia¹, el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad preexistente en la víctima pueden ser del orden de la "superioridad manifiesta" o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.
-  **Acceso carnal:** según el Código Penal Colombiano, se entiende por acceso carnal "*la penetración del miembro viril por vía vaginal, anal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto*"².
-  **Acceso carnal violento:** penetración de miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal u anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u objeto.

¹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal, Magistrado Ponente Alfredo Gómez Quintero, proceso No. 24955 del 27 de julio de 2006.

² Artículo 212, Código Penal (Ley 599 de 2000).


-  **Acto sexual con menores de 14 años:** se refiere a los actos sexuales diversos del acceso carnal con menores de 14 años o en su presencia, o la inducción a prácticas sexuales.
-  **Acto sexual diverso del acceso carnal:** se considera como aquel comportamiento de índole sexual, *“apropiado para estimular la lascivia (lujuria, lubricidad, lívido) del autor y de la víctima o, al menos, de uno de ellos”*, y que sea diferente del acceso carnal³.
-  **Cadena de custodia:** es el procedimiento que se aplica para garantizar la permanencia de las condiciones de integridad, identidad, preservación, seguridad, continuidad y registro de los elementos físicos de prueba, así como la documentación de los cambios hechos en ellos por cada custodio, desde que estos son encontrados y recolectados hasta la finalización de la cadena por orden de la autoridad competente.^{4,5}
-  Elemento Material Probatorio (EMP): de manera general se entiende por EMP y EF cualquier objeto, instrumento o medio de conocimiento conducente al descubrimiento de la verdad, tales como huellas, marcas o rastros de origen físico, químico, biológico o electrónico, perceptibles a través de los sentidos o mediante la utilización de tecnología forense, cuyo análisis proporciona las bases científicas o técnicas para encaminar la investigación penal, lograr la identificación del autor o autores, y así confirmar o descartar la comisión de una conducta punible y la reconstrucción de los hechos
-  **Evidencia Física (EF):** “Cualquier elemento tangible pequeño o grande (incluye los EMP antes mencionados), cuyo análisis produce información que puede confirmar o descartar a una hipótesis sobre un punto en cuestión en un tribunal competente. Por ejemplo, una mancha de sangre recuperada en la escena o del cadáver o de la persona examinada. Se encuentran señalados de manera enunciativa en el artículo 275 del Código de Procedimiento Penal, Ley 906 de 2004”.
-  **Evidencia Traza:** es un término genérico que se utiliza para referirse a los elementos materiales probatorios y evidencias físicas muy pequeños, con frecuencia microscópicos; puede ser de origen biológico (por ejemplo, semen, sangre, cabellos y/o pelos, saliva y células epiteliales de la boca, polen y material vegetal diverso, etc.) o no biológico (por ejemplo, fibras, fragmentos de pintura o vidrio, partículas del suelo, residuos de pólvora, etc.). Su importancia radica en el principio de intercambio de Locard, es decir, la transferencia de elementos o partículas entre dos superficies en contacto. En el encuentro entre la víctima y el agresor, se transfiere evidencia física (tanto notoria, como imperceptible) del uno al otro y viceversa; ambos a su vez depositan pequeños elementos en la escena y recogen evidencia traza del lugar del


³ Sentencia de Casación 25743 de octubre 26 de 2006, Sala Penal, Corte Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Álvaro Orlando Pérez Pinzón.

⁴ Resolución No. 01890 de 2002, Fiscalía General de la Nación.

⁵ Artículos 288 y 289, Ley 600 de 2000 y artículos 254 y 255, Ley 906 de 2004 (Códigos de Procedimiento Penal Colombiano).

hecho. Este tipo de evidencia física de contacto es fundamental para orientar las investigaciones, pues permite correlacionar víctima agresor lugar del hecho^{6, 7, 8}.

 Explotación sexual: Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Según la legislación colombiana (Ley 985/05), se define explotación como: "el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona" (Artículo 3). Aplicada al contexto de la explotación sexual, ésta consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el cuerpo de otro ser humano, utilizado para provecho o beneficio. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW, plantea que los Estados-Partes deben tomar todas las medidas necesarias para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (Art. 6).

 Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes- ESCNNA: De acuerdo con el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes: "La explotación sexual consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultosas, en lo que reproduce una forma actual de esclavitud". Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo. En los delitos introducidos por las leyes 1329 y 1336 de 2009, el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación).

Modalidades de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes:

- ✓ Explotación sexual comercial: Se define como "la utilización de un niño-a en actividades sexuales a cambio de remuneración o cualquier otra forma de retribución". Ésta se puede presentar y observar en algunas calles y negocios tradicionales como whiskerías, bares, reservados y residencias (moteles), y de una forma más invisible en colegios, discotecas, parques, video juegos, hoteles, etc.
- ✓ Pornografía con niños y niñas: Es entendida como la producción, distribución y tenencia de "toda representación, por cualquier medio de comunicación, de un niño o niña menor de 18 años de edad, o con aspecto de niño o niña, involucrado en actividades sexuales reales o simuladas, de manera explícita o sugerida, con cualquier fin". Ésta se divide, según los materiales o contenidos,

⁶ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Procedimiento Estandarizado de trabajo "Manejo y estudio balístico de proyectiles y otros elementos relacionados recuperados en la necropsia médico-legal, Versión 01", Código DG-SIC-DNF-LBAL-M-PET-01, 2008-28-02.

⁷ Morales, Mary Luz "Manual para la práctica de Autopsias". División de Tanatología Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, 2001.


⁸ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. "Impacto del reenfoque forense en la atención de los delitos sexuales. En "Abriendo Puertas a un Nuevo Concepto de Contribución Forense a la Investigación Judicial en Colombia". INMLCF, 2001.


en pornografía blanda y endura. La primera hace referencia a imágenes desnudas y seductoras de niños o niñas, mientras que en la segunda se exhiben imágenes de acceso carnal y/o actos sexuales con niños o niñas.


Así mismo, según el fin, se divide en: pornografía comercialmente producida con fines de lucro, pornografía producida para ser circulada e intercambiada, pornografía utilizada con fines delictivos (chantaje, trata, etc.), y pornografía producida para consumo exclusivamente personal. Se puede encontrar en medios de acceso masivo como revistas, libros, Internet, programas de radio, películas, dibujos animados, etc., lo cual hace que se dificulte su control; sin embargo, existen países que han establecido leyes para proteger a los niños y niñas de este flagelo


- ✓ Turismo sexual que involucra niñas, niños, o adolescentes: Es la utilización de una niña, niño o adolescente en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo, por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector. Muchos de los turistas sexuales se aprovechan de su condición de seres anónimos (nadie los conoce y permanecen por poco tiempo), de la falta de control de las autoridades ante la dificultad para determinar qué turistas llegan con la intención de explotar niños o niñas, y de la permisividad de algunos grupos sociales (taxistas, administradores de hoteles, etc.) de las ciudades que visitan. Entre estos explotadores podemos encontrar hombres y mujeres de diversos estratos socioeconómicos, niveles educativos, y/o casados o solteros. Algunos pueden ser pedófilos que viajan con el propósito específico de tener contactos sexuales con niñas o niños, o turistas que de manera oportunista u ocasional abusan de los niñas o niños sin que ese haya sido el propósito inicial de su viaje.
- ✓ Trata con fines sexuales de niñas o niños : Se entiende por trata de personas, la “captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas (niños-as), recurriendo a la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra con fines de explotación. Esta explotación incluiría, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual...”.
- ✓ Matrimonios tempranos: Consiste en la venta encubierta de niñas, bajo la forma de matrimonios legales, para ser sometidas a servidumbre sexual por el marido, quien paga una suma de dinero por el derecho sobre la niña y luego la somete a sostener relaciones sexuales con él o con otras personas. Algunas veces implica el traslado de la niña a otra ciudad o país y la servidumbre doméstica. Puede realizarse también por motivos de inmigración, de mejoramiento de la situación familiar, entre otras posibilidades.
- ✓ Utilización sexual de niñas y niños por actores armados: Miles de niñas y niños involucrados en conflictos armados sufren el trauma de la guerra, no sólo como testigos de asesinatos y actos de violencia sexual contra sus familiares, sino también como familiares de desaparecidos y secuestrados, o como víctimas de violencia sexual en su contra. Son forzados a sostener relaciones sexuales con actores armados adultos o adolescentes mayores, así como a llevar armas, transportar drogas, cocinar y lavar. En varios casos, niñas y adolescentes femeninas son utilizadas para obtener información estratégica de actores del


conflicto y para ello deben establecer relaciones sexuales con los combatientes.


 Exposición de riesgo no ocupacional: Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto punzante, sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral, como la exposición sexual sin protección o con fallo de la misma, incluyendo la violencia sexual, la exposición parenteral en personas que se inyectan drogas (PID) o en personas que acceden a la aplicación de tatuajes o piercings (perforaciones corporales) con material no estéril o reusado, la exposición de mucosas, pinchazos accidentales o mordeduras.


 Fuente: Se refiere a personas, tejidos, objetos o sustancias, desde las cuales pueda ser posible la transmisión del VIH, las ITS o las Hepatitis B o C.


 Kit de Profilaxis Post-Exposición: Conjunto de pruebas rápidas y medicamentos necesarios para la prevención post-exposición ante las ITS, el VIH y la Hepatitis B y la Anticoncepción de emergencia. Deben estar disponibles las 24 horas del día en todos los servicios de urgencias o en los servicios de salud capacitados para la administración de la profilaxis. Se requiere que los Kits estén disponibles tanto para personas mayores, como para menores de 13 años.

 **Salud mental:** estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

 **Salud sexual y reproductiva:** “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”. Política nacional de salud sexual y reproductiva.

 Trata de personas con fines de explotación sexual: La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, en este caso, la víctima (por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarle o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede tener como víctimas tanto personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación), ni si la víctima era consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba.

 Tratamiento profiláctico post-exposición: Se refiere al manejo terapéutico farmacológico y otras medidas, encaminadas a reducir la probabilidad de que la personas expuestas ante las ITS, el VIH o la Hepatitis B, contraigan dichas infecciones.

 **Población diferencial:** pertenecen a este grupo población LGBTI (lesbianas, gay, bisexuales, transexuales e intersexuados), etnias, habitante de calle y población

desplazada.



Violencia sexual: la organización mundial de la salud (OMS), entiende la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en hogar, y el lugar de trabajo”. Se constituye además en un acto deliberado, consciente, intencional, ¡y racional; claramente instrumental y orientado a la consecución de unas metas a corto plazo que son deseadas por el sujeto agresor, sin tomar en cuenta las necesidades o derechos de quién es agredido.

Dentro del marco legal colombiano la violencia sexual. “se define como cualquier contacto, acto, insinuación o amenaza que degrade o dañe el cuerpo y la sexualidad de una niña, niño, adolescente (NNA), hombre o mujer y que atenta contra su libertad, dignidad, formación e integridad sexual; concepto que obviamente abarca cualquier daño o intento de daño físico, psicológico o emocional”.



Violencia sexual en el contexto del conflicto armado: a la luz del Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) y la Ley 1448 de 2011, en concordancia con los tipos establecidos por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, se considera que en el contexto del conflicto armado colombiano pueden describirse, entre otros posibles, los siguientes tipos de violencia sexual:

- ✓ Acceso carnal violento/ acto sexual violento con persona protegida: Incurre en estos delitos quien en el contexto del conflicto armado (incluyendo la situación de desplazamiento) cometa acceso carnal violento o acto sexual violento cuando la víctima es integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder de la parte adversa o es combatiente, pero se encuentra herida, enferma o náufraga o puesta fuera de combate. También si la víctima hace parte del personal sanitario o religioso, de los periodistas en misión o de los combatientes que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otra causa análoga. Está especificado en el Art. 138 del Código Penal Colombiano.
- ✓ Actos sexuales violentos con persona protegida: el Art. 139 del Código Penal Colombiano define que este delito ocurre cuando alguna persona" con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida". Las personas protegidas han sido especificadas como aquellas que pertenecen a los siguientes grupos humanos: los integrantes de la población civil; quienes no participan en las hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa; combatientes que se encuentran heridos, enfermos, náufragos, fuera de combate, o que hayan depuesto las armas por captura, rendición o causas análogas; personal sanitario o religioso; periodistas en misión o corresponsales de guerra acreditados; quienes fueron considerados apátridas o refugiados al principio de las hostilidades.
- ✓ Esclavitud sexual/ prostitución forzada: De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma) y los desarrollos jurisprudenciales de los Tribunales Ad-hoc, la esclavitud sexual, puede configurarse

en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad (es decir, el que se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de ese ataque) o como un crimen de guerra (es decir, las violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados internacionales o en los conflictos armados no internacionales). En este contexto la esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compra-venta, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía.

La prostitución forzada debe ser entendida como una forma de esclavitud sexual, que cuenta con un elemento diferenciador representado en el beneficio que recibe el agresor. En este orden, la prostitución forzada en el marco del Derecho Internacional Humanitario es definida como el acto a través del cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento, para de ésta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.

- ✓ Embarazo forzado: De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), el embarazo forzado, puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad o como un crimen de guerra. Por embarazo forzado se entiende el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional humanitario. El embarazo forzado guarda una estrecha relación con el delito de genocidio, puesto que se puede cometer este delito con el propósito de destruir total o parcialmente un grupo nacional, étnico, racial, religioso o político, por razón de su pertenencia al mismo.
- ✓ Tortura en persona protegida: Definida por el Código Penal colombiano en su artículo 137 como "el que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, inflija a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, de castigarla por un acto por ella cometido o que se sospeche que ha cometido, o de intimidarla o coaccionarla por cualquier razón que comporte algún tipo de discriminación". Cuando tales dolores o sufrimientos físicos o psíquicos se producen a través de actos de violencia sexual, se estará ante un caso de tortura sexual. El código especifica su ejecución en las personas protegidas por el derecho internacional humanitario que ya fueron descritas en apartados superiores.
- ✓ Otras formas de violencia sexual descritas en el conflicto armado colombiano: Independientemente de que no se encuentren aún descritas dentro de los tipos penales colombianos propios de violencia sexual en el marco del conflicto armado,

la investigación en el tema realizada en Colombia ha identificado que dentro del país se han cometido otros tipos de violencia sexual en el contexto del conflicto armado, tales como: regulación de la vida social, servicios domésticos forzados, esterilización forzada, y aborto forzado. Por regulación de la vida social, se considera el acto o conjunto de actos por los cuales, y mediante el uso de la fuerza o la amenaza de su uso se controla la sexualidad y la regula la vida afectiva. Por aborto forzado se entiende todo acto que tiene como finalidad la interrupción inducida de un embarazo en contra de la voluntad de la mujer embarazada. La esterilización forzada se entiende como la acción de planificación reproductiva definitiva producto de la obligación no consentida de la persona. Por servicios domésticos forzados se entiende el conjunto de acciones mediante el cual generalmente un grupo que detenta la fuerza obliga a un grupo de personas o a una persona a realizar para ellos labores domésticas que pueden trascender incluso a actos sexuales.

9. MARCO DE DERECHOS Y ÉTICO- CONCEPTUAL

La presentación de los diversos enfoques que sustentan el Modelo de Atención tiene una finalidad didáctica, a fin de que los agentes del sistema de salud asuman una visión integral de la problemática, necesidades, intereses y derechos de las víctimas de las violencias sexuales a fin de con el objeto de asegurar la integralidad de las respuestas de salud ante la violencia sexual y acciones para la prevención de este tipo de violencias de género. Los enfoques planteados dan cuenta de los puntos de vista orientadores, de tipo ético y conceptual, que adoptan el Ministerio de Protección Social y el SGSSS para la atención integral de las víctimas de violencias sexuales. Este Marco Ético y Conceptual debe presidir todas las intervenciones en salud y orientar las acciones, procesos y procedimientos a que haya lugar a fin de restablecer los derechos de las víctimas y garantizar la integralidad en la atención.

9.1. ENFOQUE DE DERECHOS

El Enfoque de Derechos prioriza los Derechos Humanos de las personas como universales, indivisibles e interdependientes; estos se hacen reales mediante la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Los derechos civiles y políticos se articulan con los derechos económicos, sociales y culturales, así como con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en la medida en que es en el cuerpo de las personas donde se establece su unidad y se hace posible el ejercicio de estos. Igualmente, la integridad física y mental de las personas se considera como presupuesto fundamental para el ejercicio del resto de sus derechos.

Según la Carta Universal de los Derechos Humanos (1948), los derechos humanos se definen como un conjunto de garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos sociales frente a acciones u omisiones por parte de los estados, gobiernos, grupos o personas, que puedan llegar a afectar sus libertades y su dignidad humana. Los derechos humanos son bienes o merecimientos individuales y sociales, materiales o espirituales cuya

realización es fundamental para el desarrollo integral del individuo y las comunidades dado que les permite desarrollar plenamente sus capacidades y potencialidades. La realización de los derechos humanos busca el bienestar y el desarrollo de las personas y las comunidades.

Los derechos humanos establecen valores para regular y controlar las relaciones mutuas entre los individuos, los grupos, las comunidades, los pueblos, el Estado y las naciones y establecen límites al ejercicio abusivo del poder. Los derechos humanos, en el terreno de las relaciones sociales, se dirigen a garantizar las relaciones democráticas y de equidad entre hombres y mujeres y entre adultos, niños y niñas y entre ciudadanos y ciudadanas en las distintas esferas de la vida económica, política, social y cultural. La Corte Constitucional Colombiana establece que la dignidad es fundamento de los derechos humanos, implica: el respeto a la vida y a la integridad; la abstención de cualquier trato cruel o degradante y, la prohibición expresa de la reducción de un ser humano a la condición de simple instrumento al servicio de una voluntad de poder.

En el sentido en que lo expresa la Corte Constitucional, respetar la dignidad en nuestra propia persona y en los demás significa que debemos tratar a los humanos siempre como fines y nunca como medios. En el campo de la sexualidad y la reproducción la dignidad significa que todas las personas por el solo hecho de existir tienen derecho a ser respetadas en su realidad corporal, psíquica y moral. Ni los hombres ni las mujeres pueden considerarse instrumentos, ni ser usados como objetos o como cosa sexual o como instrumentos de procreación.⁸⁷ “Es decir, ningún ser humano puede ser usado, vendido, comprado, traficado o explotado sexualmente.

Se consideran vulneraciones a la dignidad humana en el terreno de la sexualidad, todas las formas de violencia sexual, incluidas la trata de personas, la pornografía y la prostitución”⁸⁸. Siendo destinatarios de los derechos, en particular, grupos o poblaciones puestos en situación de vulnerabilidad, por diversas razones culturales, sociales, políticas, económicas o ambientales, tal es el caso, entre otras, población étnica (indígenas, afrocolombianas, raizales, pueblo ROM) personas en situación de desplazamiento, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, mujeres, personas en situación de discapacidad física, sensorial visual, sensorial auditiva, mental y cognitiva y LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales). Colombia ha suscrito un conjunto de instrumentos internacionales de derechos humanos, ha consagrado en la Carta constitucional el respeto a los mismos y ha suscrito los planes de acción a través de diversos convenios reafirmando su compromiso con los derechos humanos de todos estos grupos de personas.

9.2. ENFOQUE DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSR)

La sexualidad como condición humana y el ejercicio de la sexualidad son campos de ejercicio de derechos humanos. Esto significa que una sexualidad sana, orientada al disfrute y al desarrollo personal debe estar precedida por el respeto de la dignidad humana y de las libertades y derechos y orientada a la realización del proyecto de vida personal.

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos relativos al ejercicio de la sexualidad y de la reproducción que coadyuvan y garantizan que los seres humanos tengan y realicen una vivencia de la sexualidad y de la reproducción sana, libre, placentera y sin riesgos, como parte sustantiva del proyecto de vida. Estos hacen parte de los derechos humanos como campos de ejercicio de derechos y libertades de aspectos de la vida que históricamente se consideraban privados o íntimos tales como los relacionados con la vivencia y toma de decisiones en el mundo de las relaciones afectivas, las relaciones sexuales y los aspectos relacionados con la reproducción, los lazos parentales o de familia.

Los derechos sexuales y reproductivos se fundan y desarrollan la dignidad humana y se orientan a la regulación de las relaciones sexuales entre generaciones y entre hombres y mujeres, al logro de la armonía y la equidad sexual y por tanto se oponen a toda forma de discriminación, riesgo, miedo, amenaza, coacción y violencia en el terreno de la sexualidad y de la reproducción.

La sexualidad es un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.

Gráfico 12. Derechos sexuales

Derechos Sexuales
<ol style="list-style-type: none">1. El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.2. El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.3. El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.4. El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.5. El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.6. El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.7. El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no.8. El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.9. El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.10. El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.11. El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.12. El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.13. El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de la Protección Social.

Por su parte, los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello.

También implica el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, a la prevención de embarazos no deseados y a la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata. Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales: la autodeterminación reproductiva, entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia y la atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y programas de atención de cáncer uterino, de mamas y de próstata.

Grafico 13. Derechos reproductivos

Derechos Reproductivos
1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
2. El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
4. El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
5. El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
6. El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
7. El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.
9. Derecho a decidir interrumpir voluntariamente el embarazo en los casos permitidos por la Ley ⁹⁴

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de la Protección Social.

Son titulares de los derechos sexuales y reproductivos, todas las personas sin distinción de etnia, sexo, orientación sexual, condición social o económica. Los derechos sexuales y reproductivos están dirigidos a garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, homosexuales y heterosexuales, y entre adultos, niños y niñas, en los ámbitos de la sexualidad y a lograr el máximo nivel de su salud sexual y reproductiva. La vigencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos se aplica a todos los campos de la vida social de las personas, tanto en el ámbito público como privado, en la relación con su pareja, en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la vida comunitaria, en la calle y en la relación con el Estado.

9.3. ENFOQUE DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL

El enfoque de género en el desarrollo del modelo de atención busca evidenciar como la problemática de la violencia sexual tiene sus raíces y manifestaciones en la estructura

machista y patriarcal de nuestra sociedad, en la que hombres y mujeres, lo masculino y lo femenino, se encuentran en desigualdad e inequidad.

Las diferencias biológicas entre los sexos se constituyen en el primer eslabón sobre el cual hombres y mujeres son socializados diferencialmente, incluidos en patrones culturales de roles y estereotipos que definen creencias, comportamientos y actitudes sobre lo femenino y lo masculino, sobre el cuerpo y la sexualidad.












Históricamente a las mujeres y a lo femenino se les otorgó el espacio de lo privado caracterizado por funciones reproductivas en las que el rol biológico y cultural de la maternidad era el eje fundamental de la vida, en el marco de una sexualidad controlada por los hombres y en el control social y religioso de una vida casta y distante del placer; y a los hombres el espacio de lo público, con funciones productivas, en las que se planteaban elementos de control y poder sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

Estas diferencias convertidas en desigualdades e inequidades mantuvieron la noción del cuerpo y la sexualidad femenina bajo el control de lo masculino. Y a lo masculino, en la idea de una sexualidad masculina incontrolable, insaciable y en la que todo era válido en torno a la satisfacción. En particular, en el terreno de la sexualidad y de la afectividad las creencias machistas/patriarcales sustentan que las mujeres y la feminidad se fundamenta en el deber de agradar, depender afectivamente y aun económicamente y ser validadas en la vida familiar y social por los hombres. En razón de tales creencias las mujeres deberán socialmente disponerse a ser conquistadas mientras que de los hombres se espera que sean audaces sexualmente, dominantes; el culto al machismo favorece o estimula que el varón tenga múltiples relaciones sexuales desde temprana edad, sin preguntarse por las consecuencias de sus actos; se le estimula a la vivencia de la sexualidad acción frente a la sexualidad relación o compromiso y la agresividad sexual suele ser reconocida como un valor asociado a la masculinidad.

La cultura patriarcal socializa a las mujeres como objetos naturales de posesión masculina y a los hombres como normal y necesariamente agresivos; esta cultura ha desarrollado también el concepto de que el fenómeno de la violencia sexual depende de determinadas conductas femeninas, como no portarse bien, provocar, andar en la calle, vestirse seductoramente, entre otras. Estas diferencias persisten en la cultura pese a que en la vida real las mujeres han traspasado muchas fronteras y roto muchos paradigmas y estén cada vez más articuladas a la producción económica, a la generación de ingresos y a procesos de participación social y política. Persisten brechas de género que es necesario salvar en especial las referidas a la ciudadanía plena de las mujeres y a la eliminación de múltiples formas de violencia, en especial las violencias sexuales, que se ejercen en su contra por el solo hecho de ser mujeres.

En esta misma dirección es necesario contemplar los derechos que tienen las víctimas de violencias basadas en el género, lo cuales son enunciados por la Ley 1257 de 2008, y que son

de obligatorio cumplimiento para los operadores/as de justicia, administrativos, de policía y para las y los prestadores de servicios de salud, estos son:

-  Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad.
-  Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en el que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad.
-  Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos.
-  Dar su consentimiento informado para los exámenes medicolegales 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.
-  Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva.
-  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 de los de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o custodia.
-  Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos
-  Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos
-  La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia
-  La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en la Ley
-  A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los de procedimientos administrativo, judiciales o de otro tipo.

La orientación sexual existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto. A las personas con una orientación homosexual se las denomina a veces gay (tanto hombres como mujeres) o lesbianas (sólo a las mujeres).

La orientación sexual es diferente de la conducta sexual porque se refiere a los sentimientos y el concepto de orientación sexual, abarca los deseos, sentimientos, prácticas e identificación sexuales. La orientación sexual puede ser hacia personas del mismo sexo o de diferente sexo (orientación homosexual, heterosexual o bisexual). Por su parte, la identidad de género se refiere a la compleja relación entre el sexo y el género en referencia a la experiencia de autoexpresión de una persona respecto a las categorías sociales de masculinidad o feminidad (género). Una persona puede sentir subjetivamente una identidad de género distinta de sus características sexuales o fisiológicas.

Los términos concretos que las personas usan y con los que se identifican en cuestiones de orientación sexual e identidad de género varían mucho de una cultura a otra. No obstante, las categorías que comúnmente constituyen a la población LGBTI son:



Lesbianas: Mujer que es atraída afectiva y/o sexualmente por personas del mismo sexo/género. No precisa haber tenido, necesariamente, experiencias sexuales con otras mujeres para identificarse como lesbiana. El término viene desde la isla griega Lesbos, en donde vivía la poeta “Safo” quien enseñaba su arte a otras mujeres.



Gais: Término que se usa para hacer relación a los hombres que sienten atracción erótico-afectiva exclusivamente por otros hombres y viven su vida en esa dirección. Proviene del latín gaudiom, alegres.



Bisexuales: Hombres y mujeres cuyas manifestaciones afectivo-eróticas están dirigidas a personas de ambos sexos/géneros. Estas personas han sido objeto de múltiples consideraciones, pero en todo caso no significa que tengan relaciones al mismo tiempo con personas de ambos sexos.










Transgeneristas: Esta categoría tiene que ver más con la identidad sexual que con la orientación, aquí se incluyen a travestis, transexuales y transformistas quienes podrán tener una orientación sexual heterosexual, homosexual y bisexual. Terminología empleada para describir personas que transitan entre los géneros. Son personas cuya identidad de género trasciende las definiciones convencionales de la sexualidad. Según la psicóloga Marina Talero Monroy (2.007), la definición de transgeneristas, incluye personas que construyen una subjetividad genérica masculina en el cuerpo de una mujer, llamándose a sí mismo un “hombre transgeneristas” o que igualmente construye una subjetividad genérica femenina en el cuerpo de un hombre, llamándose a sí misma mujer transgeneristas



Transexual: Persona que tiene una identidad de género diferente del sexo que le fue descrito en el nacimiento. Los hombres y las mujeres transexuales pueden manifestar el deseo de someterse a intervenciones médicas y/o quirúrgicas para realizar la adecuación de sus características físicas de nacimiento (inclusive genitales) a su identidad de género constituida. Estas personas pueden tener una orientación heterosexual, homosexual o bisexual, dependiendo de cómo se identifiquen.



Intersexuales: Personas que tienen desde su nacimiento características físicas de ambos sexos. Anteriormente conocidas como personas hermafroditas, es el término general adoptado para referirse a una variedad de condiciones (genéticas y/o somáticas) con las que una persona nace, presentando una anatomía reproductiva y sexual que no se ajusta a las definiciones típicas de lo femenino o de lo masculino.

-  DragQueen: Se refiere a un hombre que viste prendas femeninas bajo un enfoque teatral, su esencia es la ironía y la sátira y hasta la ridiculización de lo femenino, se nota en los maquillajes y vestuarios. No necesariamente es gay o lesbiana o bisexual.
-  ?
-  Drag King: Se denomina así a una mujer que viste prendas masculinas, con una mirada teatral, su esencia es la burla, el humor y la exageración.
-  Transformista: Individuo que se viste con ropa del género opuesto movido por intereses artísticos.
-  Homofobia: Es un concepto que ha sido usado ampliamente. Es utilizado para describir una variada gama de fenómenos sociales relacionados con el prejuicio, la discriminación y la violencia contra las personas homosexuales ya sean hombres o mujeres, que se expresa en el lenguaje a través de descalificaciones, burlas o injurias, a través de actitudes de asco, incomodidad o franco rechazo, o a través de acciones de franca discriminación que pueden llevar a la exclusión, a la vulneración de derechos humanos tales como el derecho a la educación o al trabajo, a la violencia física o psicológica y en no raras ocasiones a crímenes de odio.
-  Lesbofobia: Palabra creada para representar el rechazo y/o la aversión a las lesbianas.
-  Transfobia: Palabra creada para representar el rechazo y/o aversión a transexuales.

Toda persona tiene una orientación sexual y una identidad de género. Cuando éstas no coinciden con las de la mayoría, se considera a menudo a la persona objetivo de discriminación o abuso. Toda persona debe poder disfrutar de todos los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Y sin embargo, millones de personas de todo el mundo se enfrentan a la ejecución, el encarcelamiento, la tortura, la violencia y la discriminación por su orientación sexual o identidad de género.

Los abusos contra los derechos humanos basados en la orientación sexual o en la identidad de género incluyen la violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la imposición de tortura y trato cruel, inhumano y degradante, la detención arbitraria por motivos de identidad o creencia, la restricción de la libertad de asociación y de los derechos básicos al debido proceso, y una alta frecuencia la violencia sexual.

9.4. ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial propone que las personas o grupos de población que tengan vulnerabilidades especiales (físicas, psíquicas, sociales o ambientales) frente a diversas formas de discriminación y violencia y en particular de violencia sexual, reciban una atención

acorde a su situación, características y necesidades especiales; y que estas necesidades puedan abordarse a través de mecanismos legales, servicios y de política pública diferenciales. En ese sentido el enfoque diferencial, basándose en el principio de la equidad, busca la igualdad real y efectiva; por lo tanto, disminuir situaciones de inequidad y dificultad en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, buscando lograr la equidad en el derecho a la diferencia.

El enfoque diferencial se refiere entonces a una atención que responda a las necesidades particulares desde las perspectivas de ciclo vital, género, orientaciones sexuales, pertenencia a un grupo étnico (indígena, afrodescendiente y ROM), ubicación dentro de un grupo social en posición socio – económica desventajosa, y a las diferentes discapacidades tanto físicas como mentales. Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona lo cual implica observar no solo a hombres o mujeres sino a estos en los diferentes momentos de su ciclo vital, perteneciendo a distintos grupos étnicos, en distintos contextos culturales y con experiencias particulares.

9.5. ENFOQUE DE INTEGRALIDAD

El enfoque de integralidad da cuenta del carácter eco-bio-psico-social de los seres humanos y propone aun una mirada desde lo espiritual de la persona víctima del delito sexual. La integralidad invita a considerar a los seres humanos como realidades complejas e indivisibles, atravesados por múltiples dinámicas que se interrelacionan. En especial la consideración de que el ser humano no se agota en la dimensión biológica o física o meramente en lo orgánico funcional. Esto es, una intervención integral implica actuar sobre la dimensión psicológica, social, legal y física del problema.

En el caso de la violencia sexual, entre otros, significa considerar el entorno afectivo y familiar, los aspectos emocionales, la atención en crisis, la desculpabilización de la víctima y el soporte psíquico tanto a la persona vulnerada como a su grupo familiar. De igual manera, hay que tener en cuenta las condiciones de vida y satisfacción de necesidades básicas que favorecen la vida, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos; los sistemas de creencias culturales acerca de la sexualidad, el cuerpo, la reproducción; las relaciones de poder entre sexos y entre generaciones; de las construcciones culturales de ser; de los factores protectores y de riesgo en la vivencia de la sexualidad y la reproducción; así como de la presencia o ausencia de institucionalidad.

Dar una respuesta integral al problema de la violencia sexual significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos de éstas por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación.

En el caso de la violencia sexual el abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas/sobrevivientes y la sanción de los agresores. La atención integral es el escenario propicio para la interacción de todos los enfoques descritos, ya que posibilitan responder a las necesidades particulares de cada una las víctimas/sobrevivientes en aras del restablecimiento de sus derechos. Es decir, debe atender las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y a las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

La atención integral supone llevar a cabo acciones de promoción, prevención, atención y restablecimiento de derechos que respondan a las necesidades particulares de los niños, niñas y adolescentes, de los y las adultos mayores, de las víctimas pertenecientes a comunidades indígenas o afro; o a las personas LGBTI.

10. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL.

Las sociedades cuentan con una serie de formas, manifestaciones, patrones explícitos o implícitos y simbólicos, a través de los cuales regulan, aceptan y rechazan prácticas y comportamientos de las personas que las conforman. Es de acuerdo con estas valoraciones que la cultura legitima ideologías, creencias y patrones que orientan el actuar de las personas. Las manifestaciones de la violencia ocurren de manera tan frecuente que muchas veces pasan a ser observadas por las sociedades como fenómenos normales, tolerados, aceptados, y en algunos casos promovidos como medios para ejercer control o resolver

situaciones conflictivas. En tal sentido las creencias ancestrales y atávicas, las prácticas familiares, culturales e incluso religiosas, pueden convertirse en formas de reproducción y validación social de los ejercicios de violencia.

Bajo este panorama, el fenómeno de la violencia sexual se ve influenciado y promovido por creencias y prácticas que legitiman el control masculino sobre la sexualidad y el cuerpo de otras-os. Expresiones populares como las “obligaciones conyugales”, el “impulso sexual incontrolable de los hombres”, visibilizan el cuerpo de la mujer e inclusive el de niñas y niños, como objetos de posesión para la satisfacción de otros, y la sexualidad masculina como centro de ejercicios de control, poder e inequidad entre géneros, generaciones, etnias, clases sociales.

Por ello, para enfrentar y generar acciones de promoción y protección frente a diversas formas de violencias psicológicas, físicas, sexuales, y la prevención específica hacia la violencia sexual se requiere desarrollar acciones urgentes en el nivel colectivo e individual que resignifiquen las relaciones entre géneros, y los roles y estereotipos de género tradicionales que sustentan las inequidades sociales; y que fortalezcan el empoderamiento de las mujeres y los grupos vulnerables, la identificación de riesgos, la protección y el autocuidado, el fortalecimiento de factores protectores en el ámbito familiar y comunitario, y la NO tolerancia a los ejercicios de violencia.

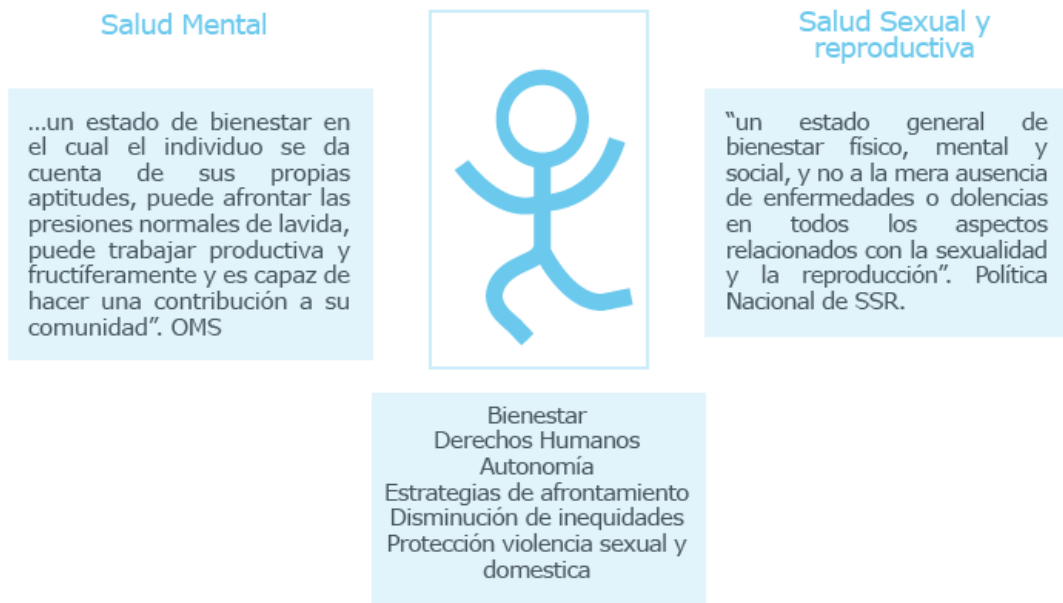
10.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el fomento de la salud se requiere el desarrollo de acciones que fortalezcan los factores protectores individuales, familiares, sociales y culturales y que disminuyan el riesgo de estos eventos de violencia de los individuos y comunidades; además, que logren generar acciones de autoprotección y de protección a otros. En este marco se define la promoción de la salud puesta en práctica desde las acciones, capacidades y posibilidades de los individuos, familias y comunidades.

Para incidir en el fortalecimiento de condiciones que promuevan bienestar y protejan a los seres humanos de sufrir diversas formas de violencia, la promoción de la salud debe hacer énfasis en la promoción de la salud mental y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como elementos protectores frente a estas situaciones de violencia.

A continuación, se verá cómo es esa relacionan:

Gráfico 14. Relación entre salud mental y salud sexual y reproductiva.





Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de la Protección Social.


Desde una mirada de la integralidad la salud mental y la salud sexual son definidas como estados de bienestar que al ser fortalecidos favorecen la calidad de vida y el ejercicio de derechos de las personas y de las comunidades.


Al generar condiciones que promueven la salud mental los individuos y comunidades pueden mejorar su capacidad para resolver situaciones difíciles, adaptarse a nuevas condiciones y desarrollar mecanismos para superar las adversidades. De otro lado, al garantizar las condiciones para tener un ejercicio efectivo y real de los derechos sexuales y reproductivos los individuos podrán contar con las condiciones para ejercer sus derechos con autonomía, bienestar, sin riesgos para su salud, y promover la eliminación de la violencia doméstica y sexual.

Estas acciones en conjunto se ligan a la calidad de vida tanto de la dimensión individual como social de las personas, promueven comportamientos protectores que minimizan riesgos de ser víctimas de violencia sexual y tienen como base común:

 El conocimiento, reconocimiento y exigibilidad de derechos (humanos y sexuales y reproductivos) como garantes de una atmósfera de seguridad y libertad que empodera a los individuos y comunidades al concederles reconocimiento como seres humanos basados en el respeto y el trato digno;

 El fortalecimiento de la autonomía como eje de desarrollo de los seres humanos, bajo la cual se toman decisiones y se construyen posibilidades de acción.






 La posibilidad de construir estrategias para afrontar y resolver situaciones de la vida, a partir de la evaluación de recursos individuales, familiares, comunitarios, sociales e institucionales.

 Aporte a la disminución de inequidades (género), reconociendo y valorando la diversidad de los seres humanos y la tolerancia.











10.2. FACTORES PROTECTORES FRENTE A LA VIOLENCIA SEXUAL

La promoción de la salud mental y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se fundamenta en la identificación de situaciones deseables para el beneficio de los seres humanos y el mejoramiento de la calidad de vida con las máximas posibilidades, por ello busca el fortalecimiento de factores protectores identificados en la esfera individual, familiar, social y cultural para protegerse y proteger a otros de situaciones de violencia.


Individuales

-  Conocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
-  Desarrollo de habilidades sociales: comunicación, asertividad, resolución de conflictos.
-  Reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos.
-  Reconocimiento del cuerpo (público y privado).
-  Positiva autoestima, autoconcepto, autoimagen, autodeterminación.

Familiares

-  Convivencia democrática en la familia: todos son escuchados, respetados y se tienen en cuenta para tomar decisiones en familia.
-  Mujeres, niños y niñas como sujetos de derechos: respeto y trato digno.
-  Buena comunicación con adultos significativos (efectiva y afectiva).
-  Información científica clara y oportuna sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y violencia sexual.
-  Vínculo afectivo fortalecido. Adecuado ejercicio de la autoridad.
-  Patrones de crianza coherentes con los derechos humanos: respeto y dignidad.
-  Valoración de la diversidad de género.
-  Vinculación a la familia de otras redes de apoyo (institucionales, sociales...) Valoración de la diversidad.
-  Buen trato y crianza positiva.
-  Credibilidad de las situaciones de violencia manifestadas por algún miembro de la familia, con énfasis en mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Institucionales, sociales y culturales

-  Existencia de oferta de servicios sociales fundamentados en la equidad, la accesibilidad

y la credibilidad.



Relaciones equitativas entre hombres y mujeres; entre adultos/as y niños, niñas y adolescentes en los medios de comunicación, representación política, y sociedad.



Promoción de buen trato institucional.



Espacios de participación visible, democrática y accesible.



Educación sexual oportuna en el marco de la sexualidad en su dimensión integral, y entendida como la no estimulación temprana de los niños y niñas a actividades sexuales.



Apoyo social y existencia visible de redes comunitarias.

10.3. ACTIVIDADES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN GENERAL

Las actividades de promoción están dirigidas a incrementar los factores protectores en individuos, grupos, familias y comunidades en los escenarios de la vida diaria (hogar, centro educativo, universidad, sitio de trabajo, lugares públicos), promoviendo las habilidades para la vida y las redes de apoyo social. Estas actividades idealmente deben ser intersectoriales.



Actividad: Intervención o actividad comunitaria realizada por psicólogo-a, médico-a, enfermera-o, trabajador-a social u otro-a integrante del equipo de salud, con centros educativos, colegios, universidades, centros de capacitación, sitios de trabajo, empresas, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación, entre otros.

10.3.0. Prevención de la violencia sexual


La prevención busca brindar herramientas para el manejo de factores de riesgo que determinan niveles de vulnerabilidad de los seres humanos frente al evento de violencia sexual, los cuales se determinan en la relación con experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad y los valores culturales. Por lo anterior queda claro que si bien, de acuerdo con los niveles de riesgo y la vulnerabilidad identificada, se enmarcan acciones de prevención son dimensiones relativas de los grupos humanos y no se constituyen en causa directa de violencia sexual. Es decir, que en la medida que es una dimensión relativa se determina en relación con los contextos y las características de los territorios y las personas que los conforman, lo que hace que, al contar con espacios protectores como la familia, la escuela y la comunidad, a pesar de la vulnerabilidad humana, social y económica, se pueda evitar la violencia sexual y mitigar sus efectos.

Gráfico 15. Acciones de prevención de acuerdo con los riesgos y la vulnerabilidad.




Prevención selectiva		Vulnerabilidad humana + social y económica. Grupos vulnerables.
Prevención indicada		Individuos y grupos específicos. Con alta vulnerabilidad a sufrir violencia sexual.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de la Protección Social.

 Prevención Universal - Riesgo leve: Desde la vulnerabilidad humana todas las personas están en un nivel de riesgo de sufrir violencia sexual. La prevención universal se dirige por ese riesgo humano a toda la población.

La violencia sexual, al tratarse de un evento de agresión de un ser humano a otro - marcado y sostenido por patrones de desigualdad y relaciones de dominación y poder, es un evento frente al cual todas las personas presentan algún grado de vulnerabilidad y que requiere de acciones específicas para su prevención.

 Prevención Selectiva - Riesgo medio. Dirigida a subgrupos de la población con riesgos significativamente superiores al promedio, en los cuales aparte de la vulnerabilidad humana, se suman condiciones de vulnerabilidad social y económica, situaciones que requieren la priorización de acciones a estos grupos.

Vulnerabilidad humana sumada a la social y económica: Además de ser vulnerables por la fragilidad natural del ser humano, la violencia sexual aumenta la vulnerabilidad en los seres humanos quienes por su etapa de ciclo vital, sexo/género/orientación sexual o situación específica, es decir, por el hecho de “ser”, tienen características que los ponen en desventaja y riesgo real de ser agredidos como mujeres, niñas y niños, adolescentes, adultos mayores y personas en situación de discapacidad (física, mental y cognitiva). Además de la propia condición humana y de pertenecer a grupos vulnerables para la violencia sexual, un riesgo medio lo define la aparición de vulnerabilidad social y económica que surgen como producto de las desigualdades entre los seres humanos enmarcadas y sostenidas por el marco cultural que las envuelve, y en la forma en que la estructura sociedad sitúa a determinados grupos.

Se incluyen en este grupo las personas en estado de marginación por su condición racial, religiosa, sexual, política, económica, como por ejemplo población LGBTI, personas en situación de prostitución, y en situación de calle. La vulnerabilidad económica generada en aquellas personas que, por su situación de desempleo, subempleo, condiciones de trabajo precario o cesante con carencia de seguridad social y económica, viven en ambientes económicamente débiles, marginales y de

pobreza, y con incapacidad de acceder a bienes y servicios, condiciones frente a las cuales resulta muy riesgoso sufrir cualquier forma de violencia sexual.



Prevención Indicada: Riesgo alto. Dirigida a individuos y grupos en alto riesgo con síntomas mínimos, pero detectables como niños y niñas con comportamientos sexuales inadecuados para la edad; niños, niñas y adolescentes viviendo con personas con antecedentes de violencia sexual, en condiciones de hacinamiento y conviviendo con familia extensa (tíos, primos...); niños y niñas trabajadores y desescolarizados; mujeres, niñas, y personas LGBTI viviendo dentro de zonas sometidas a conflictos armado interno nacional, en situación de desplazamiento forzado por dicho conflicto, o desarraigadas por haber sido víctimas de desastres naturales.

10.3.1. Factores de riesgo.

La prevención parte de la identificación del problema, en este caso, la violencia sexual como situación que afecta todas las dimensiones del ser humano, por lo cual a partir de la identificación de los riesgos y las vulnerabilidades se diseñarán e implementarán acciones para la prevención de este evento. Los siguientes factores de riesgo para la violencia sexual propuestos por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud orientarán estas acciones:



Sociales

- ✓ Estructuras inequitativas.
- ✓ Poderes económicos que utilizan a la infancia y las mujeres como objeto de consumo.



Culturales

- ✓ Modelos autoritarios que privilegian el poder masculino y basan la identidad masculina en el dominio.
- ✓ Falta de reconocimiento de los niños, las niñas, las mujeres, y las personas LGBTI, entre otros grupos humanos vulnerables, como sujetos de derechos Creencias erróneas y mitos sobre el abuso sexual, la violencia sexual, la sexualidad, la niñez, y la condición femenina.

Gráfico 16. Mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual infantil y de adolescentes.

MITOS – FALSAS CREENCIAS	REALIDAD
Los agresores suelen ser personas desconocidas.	Importantes investigaciones coinciden en el hallazgo de que aproximadamente el 80% de los agresores sexuales son personas cercanas (familiares, amigos).

Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas físicas.	La mayoría de los abusos sexuales son sutiles y no dejan mayores huellas físicas, además de desaparecer rápidamente.
Los abusos sexuales son incidentes aislados que ocurren en callejones oscuros.	La verdad es que son más frecuentes de lo que se imagina y ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que las personas están seguras (escuela, hogar, iglesia entre otros).
Los abusadores sexuales son personas de estratos socioculturales bajos.	Existen entre los abusadores sexuales personas de alto rango social y elevado nivel académico.
Los niños y adolescentes varones son raramente abusados.	Las estadísticas muestran cómo los niños y los adolescentes hombres también sufren abusos sexuales, aunque en menor proporción que las niñas y las adolescentes mujeres.
Las niñas, los niños y adolescentes mienten acerca del abuso sexual.	Es muy poco frecuente que un niño, niña o adolescente invente este tipo de relatos, por eso siempre se les debe prestar atención y creerles
Sólo se abusa de las/os adolescentes.	Se abusa de niños y niñas de todas las edades
Las personas sobrevivientes de violencia sexual provocaron el evento y hubieran podido defenderse	Ningún argumento justifica la violencia sexual en ninguna etapa del ciclo vital. Jamás un niño, niña, mujer, u otra persona provoca dicha situación; en el caso de los niños, niñas y adolescentes, por la etapa del ciclo vital que atraviesan, están en estado de mayor indefensión que otras víctimas ante el poder, la autoridad, y la fuerza del agresor.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de la Protección Social.

Familiares

- ✓ Familias donde hay violencia crónica de diversos tipos hacia mujeres, niñas, niños y otras personas especialmente vulnerables (repetición transgeneracional de la violencia).
- ✓ Familias donde la madre tiene un bajo nivel académico y un alto nivel de dependencia económica con respecto al padre o a quien hace sus veces.
- ✓ Familias altamente tradicionales que funcionan dentro de roles de sexo/género rígido, e intolerantes con la diversidad y el ejercicio democrático del poder.
- ✓ Familias altamente tradicionales que generan y sostienen imágenes de género, facilitadoras de ejercicios de poder y control en contra de mujeres, niñas, niños, y adolescentes.
- ✓ Roles materno y paterno confusos, de dominio, de dependencia. Falta de límites y autoridad justa.
- ✓ Ausencia de figuras protectoras que brinden seguridad al niño o niña. Falla en el

- vínculo y apego padres/madres-hijos/hijas.
- ✓ Familias cerradas, aisladas, con poco contacto social y pobres redes sociales.

10.3.2. Factores de riesgo para violencia sexual dentro de territorios sometidos a conflictos armados.

La violencia sexual, comúnmente, es utilizada como arma de guerra por distintos tipos de actores armados. En general, las mujeres, las niñas, las adolescentes femeninas, los niños y las personas LGBTI son los grupos humanos usualmente afectados por diversas modalidades de violencia sexual ejecutadas dentro de dichos contextos; no debe olvidarse que las confrontaciones armadas suelen exacerbar las inequidades de género que ya se venían padeciendo desde los tiempos de paz, y exacerban por lo tanto, las vulnerabilidades preexistentes para padecer violencia sexual, aunque dotándolas de un nuevo marco de significación, a través del cual las acciones de violencia sexual se convierten en repertorios bélicos, ejecutados con la intencionalidad de injuriar al enemigo a través del cuerpo de sus mujeres y otros grupos de personas vulnerables. Además, de aterrorizar / controlar las comunidades de pertenencia de las víctimas, desestructurando a la vez su tejido social⁹.

Las violaciones a los DDHH y el DIH (incluyendo los actos de violencia sexual cometidos en el contexto de la guerra) no son, por regla general, producto de personas enfermas, sádicas ni irracionales; no obstante, el uso de drogas y alcohol por parte de los combatientes suele facilitar que liberen impulsos criminógenos estimulados en sí mismos por los contextos de guerra. Se ha encontrado que, por sí misma, la educación a combatientes en torno a los principios de los derechos humanos, el derecho internacional humanitario, y los principios de la misión médica, no hacen que los respeten más; sin embargo, la acción humanitaria basada en dichos principios puede hacer que, por reciprocidad, los combatientes estén más dispuestos a respetarlos, de modo que se concluye que en torno a los principios humanitarios “la mejor difusión es la acción”¹⁰.

10.3.3. Factores de riesgo para violencia sexual y otras formas de violencia basada en género, en poblaciones desplazadas internas, retornadas, refugiadas o albergadas

Aunque las inequidades por razones de género y la discriminación son las causas centrales de la violencia sexual, existen otras que se adicionan dentro de escenarios sociales en crisis, y que pueden determinar el tipo y alcance de la violencia sexual ejercida. Dentro de tales

⁹ Villelas, M. (2010). “La violencia sexual como arma de guerra”. Agencia Catalana de Cooperación al Desenvolupament. Quaderns de construcció de pau, No. 15. Disponible en: http://escolapau.uab.es/img/qcp/violencia_sexual_guerra.pdf.

¹⁰ Muñoz, D; Frésard, J. (2004) “El origen del comportamiento en la guerra. Comprender y prevenir las violaciones del DIH”. Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR – 16 p.

contextos en crisis, como los que caracterizan las situaciones de desplazamiento forzado interno o de retorno, las de refugio por desplazamiento externo, o las de albergue con motivo de desarraigo del sitio de origen por desastres naturales o antrópicos, se han identificado los siguientes factores de riesgo para que una persona se convierta en víctima de violencia sexual u otras formas de violencia basada en género¹¹:

Grafico 17. Factores de riesgo para violencia sexual y otras formas de violencia basada en género en poblaciones desplazadas internas, retornadas, refugiadas o albergadas

Factores de riesgo para violencia sexual	
Riesgos Individuales	Pérdida de seguridad; dependencia, discapacidad física y mental; falta de alternativas para hacer frente a cambios en la condición socioeconómica; abuso de alcohol y uso o abuso de sustancias psicoactivas; traumatización psicológica y estrés debida al conflicto, huida, o desplazamiento; alteración de roles dentro de la familia y la comunidad; ignorancia o falta de conocimiento sobre los derechos individuales consagrados en las leyes nacionales e internacionales.
Normas sociales y cultura	Creencias y prácticas culturales y tradicionales discriminatorias; algunas creencias religiosas discriminatorias.
Marco legal y prácticas en la administración de justicia	Discriminación y condonación de la violencia sexual y por motivos de género; falta de protección legal para los derechos de las mujeres y las NNA; desconocimiento o puesta en práctica defectuosa de leyes contra la violencia sexual y por motivos de género; falta de confianza en las autoridades que aplican las leyes; aplicación de leyes y prácticas basadas en la costumbre y tradiciones que refuerzan la discriminación de género; falta de sensibilidad en general y de campañas de defensa y promoción que condenen y denuncien la violencia sexual y por motivos de género; prácticas discriminatorias en la administración de justicia y aplicación de la ley; bajos índices de denuncia de incidentes y falta de confianza en la administración de justicia; falta de voluntad para enjuiciar todos los casos reportados a las autoridades; bajo número de casos enjuiciados en proporción a los reportados; inaccesibilidad a puestos de policía y tribunales debido a ubicación remota de los albergues; ausencia de oficiales de la ley de género femenino; falta



¹¹ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados – ACNUR -(2003). "Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta". ACNUR. 164 p.

	de recursos y equipo administrativo para los servicios locales del sector justicia y deficiencia en el recurso humano disponible; leyes o prácticas en la administración de justicia que apoyen la discriminación de género.
Derivados directamente de la guerra y el conflicto armado imperante	Fractura de las estructuras sociales; imposición de poder político y control sobre ciertas comunidades; diferencias étnicas; discriminación socio – económica.
Situaciones derivadas directamente de la condición de persona refugiada, retornada, y desplazada interna	Colapso de las estructuras de apoyo social y familiar; ubicación geográfica y medio ambiente local, por ejemplo, en áreas de alta criminalidad; diseño y estructura social del campamento (sobrepoblación, viviendas multifamiliares, albergues comunales); diseño de servicios e instalaciones; liderazgo predominantemente masculino en el campamento, decisiones sesgadas por género; falta de disponibilidad de comida, combustible, actividades para generación de ingresos; falta de protección civil que garantice seguridad a las personas; falta de presencia de ONG en el campamento (ACNUR, CICR, etc); falta de registro individual y tarjetas de identificación; hostilidad de la población local hacia los albergados/refugiados (se considera que las personas refugiadas/desplazadas están siendo privilegiadas con recursos materiales).

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de la Protección Social.

10.4. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL AL INTERIOR DE LA ESE VIDASINÚ

En la E.S.E. VIDASINÚ como escenario estratégico para liderar acciones de prevención en violencia sexual buscarán:

-  Aprovechar el contacto de los diferentes servicios y programas y de las comunidades para brindar elementos continuos para la prevención, y contribuir a la articulación de acciones que promuevan la calidad de vida, la salud mental y la salud sexual y reproductiva en las comunidades pese a las realidades complejas.
-  Promover la construcción e implementación de programas de sensibilización para usuarios y usuarias y para el personal asistencial y administrativo de la institución desde la perspectiva de derechos a fin de incidir en la cotidianidad de los servicios de salud con elementos que propendan por la prevención de la violencia sexual.

Las acciones de prevención de la violencia sexual deben construirse a partir del análisis de necesidades frente a cada etapa de ciclo vital, las características del contexto y la perspectiva de derechos. También debe ofrecer elementos, particulares y singulares con base en la evaluación del riesgo y las vulnerabilidades. Teniendo en cuenta que las niñas, niños y

adolescentes configuran un grupo humano especialmente vulnerable a la violencia sexual, es importante desarrollar acciones específicas para ellos que brinden elementos de prevención ante el riesgo de ser víctima de abuso sexual:







?

Oportunidad de hacer promoción del cuidado y pautas de crianza protectoras en primera infancia: ruta de atención materno-perinatal, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, Ruta de atención integral en la primera infancia e Infancia, en las cuales se sugiere desarrollar acciones educativas con padres, madres y cuidadores sobre pautas de crianza, desarrollo infantil, orientaciones para eliminar el castigo (psicológico y físico) como forma de disciplinar y orientar, derechos de la infancia, factores protectores y de riesgo frente a la violencia sexual (y sobre otros tipos de violencia), direccionamiento sobre centros de información y ayuda.

En la Ruta de Atención Integral en la Primera Infancia e Infancia, es necesario incluir acciones de seguimiento, acompañamiento y orientación a las familias en las que se detecten vulnerabilidades especiales que aumenten el riesgo del infante a sufrir de negligencia, abandono, maltrato y violencia sexual.

10.4.0. Prevención de la violencia sexual en la Primera Infancia:

Se debe hacer promoción del cuidado y pautas de crianza protectoras en primera infancia como en los controles prenatales, cursos prenatales y programa de crecimiento y desarrollo. Se deben desarrollar acciones educativas con padres, madres y cuidadores sobre:










-  Pautas de crianza.
-  Desarrollo infantil.
-  Orientaciones para eliminar el castigo (psicológico y físico) como forma de disciplinar y orientar.
-  Derechos de la infancia.
-  Factores protectores y de riesgo frente a la violencia sexual (y sobre otros tipos de violencia).
-  Direccionamiento sobre centros de información y ayuda.

Esto aplica para programas educativos en preparación para la maternidad y la paternidad, o con padres y madres o personas cuidadoras o significativas de niños y niñas que asisten a los programas de crecimiento y desarrollo. Promoción del empoderamiento femenino en el contexto de relaciones familiares armónicas. Información sobre derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.

En los programas de crecimiento y desarrollo es necesario incluir acciones de seguimiento, acompañamiento y orientación a las familias en las que se detecten vulnerabilidades especiales que aumenten el riesgo del infante a sufrir de negligencia, abandono, maltrato y violencia sexual.











10.4.1. Prevención de la violencia sexual en la Infancia

En los programas dirigidos a la infancia se deben incluir acciones para:

-  Favorecer el autocuidado.
-  La privacidad en el manejo del cuerpo.
-  La valoración y el respeto por su cuerpo
-  El autoconcepto y la autoestima
-  El fortalecimiento de emociones y su expresión en relaciones y vínculos de confianza.
-  Identificación de factores de riesgo.
-  Fortalecimiento de factores protectores: pautas comunicacionales, solución de conflictos, toma de decisión, favorecimiento de procesos de participación en los escenarios familiares, educativos y comunitarios.
-  Fortalecimiento de las relaciones familiares y empoderamiento femenino.
-  Difusión sobre derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.




10.4.2. Prevención de la violencia sexual en la Adolescencia

Para la adolescencia las actividades de prevención buscarán fortalecer los procesos de:

-  Autoestima.
-  Promoción de derechos sexuales y reproductivos.
-  La valoración del cuerpo como territorio de derechos.
-  Procesos de comunicación con las figuras de autoridad.
-  Promoción de conductas que eviten estereotipos sexistas.
-  Fortalecimiento de las capacidades y confianza para la toma de decisión e implementación de límites.
-  Establecimiento de relaciones democráticas con otros y otras.
-  Promoción de los derechos sexuales y reproductivos, así como el conocimiento de los recursos institucionales y la ampliación de redes de apoyo.
-  Promoción del empoderamiento femenino en el contexto de relaciones familiares y sociales armónicas.
-  Información sobre derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.





10.4.3. Prevención de la violencia sexual en la Adulthood y Vejez

Durante la adultez y vejez se debe realizar acciones de:







-  Promoción de derechos sexuales y reproductivos.
-  Promoción de la salud mental.
-  Promoción de derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.

De otro lado, en el marco de las acciones de promoción y prevención de la violencia sexual los adultos pueden ser actores en el proceso de generar factores de protección hacia personas con mayor vulnerabilidad frente a la violencia sexual.

En la adultez y vejez los procesos de prevención deben partir de la perspectiva de derechos desde la cotidianidad y la vida personal (¿cuáles son mis derechos?, ¿han sido vulnerados? ¿Qué he hecho o qué puedo hacer para conseguir la restitución de mis derechos vulnerados?); de tal forma que en un segundo momento se establezcan procesos de prevención enmarcados en el rol que desempeñan las y los adultos especialmente significativos en la vida familiar y comunitaria, ubicados en los contextos en los que se desenvuelven. Cada rol requerirá un proceso de construcción específico:



-  Cuidadores de niños, niñas y adolescentes (padres, madres, educadoras de primera infancia, promotores y educadores de salud, educadores y educadoras).
-  Mujeres de distintas edades e inserciones sociales.
-  Profesionales de la salud (medicina, salud mental, trabajadores sociales y otras disciplinas de contacto directo con usuarios y usuarias de los servicios de atención).
-  Líderes comunitarios (organizados formal e informalmente).

Para el diseño e implementación de acciones de promoción y prevención de acuerdo con las vulnerabilidades específicas es necesario que en cada etapa de ciclo vital se haga análisis situacional para garantizar el impacto en la población:

-  ¿Se reconoce la violencia sexual?
-  ¿Son evidentes o legitimadas las situaciones de violencia sexual?
-  ¿Cómo se comprende la violencia sexual?
-  ¿Cuáles son los grupos y situaciones de riesgo: edades, condiciones de sexo/género, lugares, otras formas de violencia, conflicto armado?
-  ¿Con qué recursos cuentan las comunidades?
-  ¿Qué han hecho para evitar situaciones de violencia sexual?

11. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA E.S.E. VIDASINÚ

Existen al menos tres formas en las que el sector salud tiene conocimiento de eventos de violencia sexual:

-  Cuando la víctima asiste al servicio de salud teniendo como motivo de consulta la situación de violencia sexual.
-  Cuando la persona ha sido remitida por otra institución (que ya ha hecho la detección del caso de violencia sexual), con el fin que la institución de salud de inicio

al protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual.



Cuando la sospecha de la violencia sexual (Abuso, asalto o cualquier otra modalidad) surge de la sensibilidad y la mirada entrenada del profesional de salud quien detecta signos y síntomas relacionados con la violencia sexual que originan la sospecha y su diagnóstico.

A continuación, se desarrollan elementos que los profesionales de la salud de la E.S.E. VIDASINÚ deben conocer para buscar e identificar en sus consultantes, casos de violencia sexual que hayan ocurrido o se presenten actualmente y en los que aún no se haya hecho la revelación de la situación de violencia ni se hayan iniciado los procesos de atención en salud.

Debido a la alta prevalencia de la violencia sexual, es posible, detectar casos en cualquier consulta o programa de salud, con un especial énfasis en aquellos que atienden a población con mayor riesgo, como los niños, las niñas, las y los adolescentes, las mujeres, así como también personas con discapacidad, grupos étnicos, población LGBTI, personas víctimas de violencia social y política, incluyendo a las víctimas de desplazamiento forzado y personas que habitan o han habitado en la calle. Los profesionales de la salud tendrán que estar atentos a la presencia de síntomas, signos, indicios físicos, emocionales, comportamentales o condiciones particulares que lo orienten para detectar y tratar lo más tempranamente posible los distintos tipos de violencia sexual, y tener claridad sobre cuando la violencia sexual es evidente, cuando es altamente sugestiva, cuando existe la sospecha, y cuando incluso puede llegar a descartarse.

11.1. SIGNOS, SÍNTOMAS Y FACTORES DE RIESGO QUE DEBEN ALERTAR LA SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL.

A continuación, se plantean signos, síntomas y condiciones que han sido identificados como factores de riesgo y vulnerabilidad frente a las violencias sexuales. La identificación de estos factores debe generar en el sector salud, acciones de prevención en la población y seguimiento activo de los mismos para detectar posibles eventos de violencia sexual y el inicio de acciones de salud, protección y acceso a justicia.



Niños o niñas:

Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo del NNA.

- ✓ Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.
- ✓ Temor para estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
- ✓ Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal
- ✓ Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y/o no judicializados
- ✓ Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente
- ✓ Quienes conviven personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.

- ✓ Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes
- ✓ Conducta suicida.
- ✓ Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- ✓ Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar.
- ✓ Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- ✓ Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.



Adolescentes:

- ✓ Embarazos tempranos (menor de 14 años)
- ✓ Conducta suicida
- ✓ Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual.
- ✓ Comportamiento bulímico
- ✓ Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas
- ✓ Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- ✓ Aquellos aislados y con escasa red de soporte social
- ✓ Bajo rendimiento escolar
- ✓ Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado.
- ✓ Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc.)
- ✓ Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja
- ✓ Desconocimiento de los DSR
- ✓ Con poca red de apoyo social y familiar
- ✓ Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.



Mujeres:

- ✓ Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales.
- ✓ Evidencia de otras formas violencia basada en género contra las mujeres o sufridas durante la infancia.
- ✓ Dolor pélvico crónico sin causa aparente
- ✓ Aquellas con dependencia económica de su pareja
- ✓ Aquellas aisladas y con escasa red de soporte social
- ✓ Quienes ejercen la prostitución
- ✓ Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol.
- ✓ Usuaris de servicios de atención prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales.
- ✓ Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto.
- ✓ Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc.)

- ✓ Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc., desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.



Personas en condición de discapacidad:

- ✓ Embarazo en menor de 14 años con algún tipo de discapacidad
- ✓ Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica
- ✓ Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
- ✓ Menores de edad con cualquier tipo de limitación sensitiva, motora, física o cognitiva que manifiesten temor a la socialización con adultos.
- ✓ Adultos que muestren situación de sobreprotección con menores con cualquier tipo de limitación y/o que teman dejar el menor a cargo de algún miembro específico de la familia o cercano al núcleo familiar.
- ✓ Niño, niña o adolescente que manifieste rechazo a la evaluación por parte de profesionales de la salud.
- ✓ Niños, niña, adolescente o adulto en condición de discapacidad con expresiones de hipersexualidad o por el contrario rechazo al contacto corporal afectivo.
- ✓ Con intentos de suicidio y depresión de aparición súbita no relacionados con la cotidianidad alrededor de la situación de discapacidad.
- ✓ Aquellas confinadas en hospitales mentales.



Persona en condición de desplazamiento forzado o habitantes civiles de zonas sometidas a efectos del CAIN:

- ✓ Mujer, niña o adolescente sometida a falta de garantía de satisfacción de las necesidades básicas en zona receptora de desplazados, en zona sometida a confrontación armada o con presencia activa de cualquier actor armado.
- ✓ Mujer de cualquier edad con cualquier motivo de consulta, en especial aquellos relacionados con violencia de cualquier índole.
- ✓ Niña, adolescente o mujer embarazada
- ✓ Vivienda en condición de hacinamiento
- ✓ Ejercicio de prostitución, en zona receptora de desplazados o dentro de zona con presencia de actores armados de cualquier tipo.
- ✓ Personas LGBTI, niños, niñas y adolescentes con cualquier motivo de consulta.
- ✓ Antecedentes de abortos, o solicitud de atención médica del aborto incompleto.
- ✓ Embarazos no deseados
- ✓ ITS/VIH
- ✓ Trabajo doméstico o precario
- ✓ Testigo de masacres o incursiones militares por parte de cualquier actor armado.
- ✓ Testigo de combates.
- ✓ Mujer, niña o adolescente que fue obligada a preparar alimentos o a realizar labores domésticas para cualquier actor armado dentro de una zona de combate.
- ✓ Persona de género femenino y de cualquier edad que ha habitado dentro de comunidades sometidas a confinamiento forzado.
- ✓ Síntomas depresivos, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- ✓ Signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.



Persona que se identifica como perteneciente LGBTI:

De estas personas quienes son muy pobres y/o viven en condiciones de exclusión social.

- ✓ Quienes ejercen la prostitución
- ✓ Quienes tienen problemas de abuso a sustancias psicoactivas o han tenido procesos de intoxicación aguda por SPA en condiciones no seguras
- ✓ Personas viviendo en hoteles o piezas de pago diario



Persona habitante o con antecedente haber habitado la calle



Persona perteneciente a un grupo étnico indígena o afrodescendiente:

- ✓ Usos y costumbres que validan la violencia sexual.
- ✓ Participación de fiestas colectivas con altos niveles de alcoholización
- ✓ Habitantes en zonas sometidas a efectos del CAIN, con presencia de cualquier tipo de actor armado.
- ✓ Embarazos tempranos (menor de 14 años)
- ✓ Quienes realizan trabajo doméstico particularmente niños, niñas y adolescentes
- ✓ En situación de desplazamiento forzado o migración interna.
- ✓ Con signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo

11.2. ELEMENTOS ESPECÍFICOS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NNA






La mayoría de los casos de abusos sexuales contra los niños y las niñas se da al interior de los hogares, el victimario es un familiar o conocido de la familia. Con frecuencia la dinámica del abuso inicia mediante estrategias de seducción, sobornos o amenazas por parte del adulto, sin usar la fuerza física. El abusador mediante estas estrategias establece un vínculo con el niño o la niña creando un “secreto” con el cual el niño lo protege de la denuncia. El abuso sexual puede ser repetitivo y crónico y puede pasar mucho tiempo antes de que ocurra la identificación o revelación del evento.

Frente a los delitos relacionados con asaltos sexuales, en los que el ejercicio de la fuerza o la amenaza de usarla pone en especial situación de vulnerabilidad al NNA, la revelación, aunque difícil ocurre con mayor frecuencia y en un tiempo menor, por lo cual es más frecuente que estos casos lleguen a las instituciones teniendo como motivo de consulta la situación de violencia sexual.









Los casos de ESCNNA tienen otra dinámica, siendo considerados abusos sexuales, tienen por particularidad que convierten al NNA en un objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies, en las que muchas veces el NNA no reconoce su victimización. Y la sociedad tampoco.

Los acercamientos o exploraciones sexuales y/o coitales entre niños y niñas de su misma edad y desarrollo, de forma espontánea y sin presiones o manipulaciones no constituyen actos abusivos. Éstos pueden sospecharse cuando la diferencia de edad entre ellos y ellas se encuentran entre tres a cinco años, y de acuerdo con la ley cuando un menor de 14 años tiene contacto sexual con uno mayor de 14 años.






11.2.0. Condiciones en las cuales se puede establecer con certeza la violencia sexual.







-  Desgarros del himen entre las 4 y las 8 de su cuadrante en el examen físico
-  Documentación de semen en cualquier parte del cuerpo con o sin relato de violencia sexual
-  Diagnóstico de sífilis, gonorrea o VIH habiéndose descartado la transmisión perinatal
-  Cuando una persona vio la violencia sexual o existe un registro del acto
-  Embarazo en menor de 14 años (cuando el compañero es mayor que ella entre 3-5 años o es mayor de 14 años).

11.2.1. Condiciones en las que es altamente probable la violencia sexual.








-  Se da un relato de agresión o violencia sexual
-  Se diagnóstica infección por chlamydia o tricomoniasis
-  Hay comportamientos muy sexualizados para su edad y nivel de desarrollo
-  Embarazo precoz (niña menor de 14 años)
-  Sangrado vaginal traumático (importante hacer un diagnóstico diferencial con otros traumas)
-  Cuerpos extraños en ano o vagina (descartando exploración por el menor)
-  Sangrado en ano o vagina, descartando enfermedades orgánicas que las expliquen
-  Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración, que puede incluir: laceración aguda del himen, equimosis del himen, laceraciones perianales que se extienden desde el esfínter anal, ausencia de himen, himen cicatrizado, cicatriz de la fosa navicular o laceración, marcada e inmediata dilatación del ano (más de 2 cm) al poner al niño en posición rodilla pecho (ese hallazgo es compatible con violencia sexual si no existe una historia significativa de constipación, la ampolla rectal está vacía de heces o no existe déficit neurológico que lo explique). Signos de infecciones de transmisión sexual: flujo genital (existe un flujo no relacionado con maltrato en las niñas pequeñas, pero si es purulento debe pensarse en enfermedad de transmisión sexual) o uretral.

11.2.2. Condiciones en las que hay posibilidad de violencia sexual


-  Hay evidencias de otras formas maltrato infantil
-  Hay temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
-  Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
-  La encopresis habiéndose descartado constipación funcional es sugestiva.
-  Infecciones urinarias a repetición sin una clara causa aparente.


-  Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y no judicializados
-  Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente
-  Quienes conviven con adultos que exhiben abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
-  Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes
-  Diagnóstico de condilomatosis en el área genito-anal.
-  Equimosis en paladar (el equipo de salud debe tener en cuenta el contexto y las edades en que los niños tienden a introducirse objetos en cavidad oral).


11.2.3. Comportamientos sexuales de niños y niñas que no se presentan usualmente en el desarrollo que pueden alertar la probabilidad de violencia o abuso sexual

-  Juegos con contenidos sexuales en niños y niñas menores de 5 años muy sugestivos de abuso: intenta tener coito, pone la boca en partes sexuales, hace sonidos sexuales, pide a otros hacer actos sexuales, coloca objetos en vagina y/o recto, pretende que los juguetes tengan sexo.
-  Juegos con contenidos sexuales en niños y niñas menores de 5 años sugestivos de abuso: masturbación con juguetes u objetos, tocamientos a otros niños en partes sexuales, tocamiento a partes sexuales de adultos, tocamientos a partes sexuales de animales, habla acerca de actos sexuales, habla coquetamente, desviste a otros niños(as).
-  Juegos o conductas sexuales en niños y niñas de edad escolar (6 a 12 años) muy sugestivos de abuso sexual: intenta tener coito, pone la boca en partes sexuales, toca partes sexuales de los adultos, toca partes sexuales de animales, coloca objetos en vagina y/o recto, desviste adultos contra su voluntad, pone la boca en los senos, pide a otros hacer actos sexuales, muestra sus partes sexuales a los adultos, besa a otros niños, incluyendo dentro de los besos el uso de la lengua.
-  Juegos o conductas sexuales en niños y niñas de edad escolar (6 a 12 años) sugestivos de abuso sexual: dibujar partes sexuales, masturbarse con objetos o juguetes, toca partes sexuales de otros niños(as) en público, frota su cuerpo contra otras personas, muestra sus partes sexuales a otros niños(as), besa a adultos que no conoce bien.
-  Preocupación excesiva por temas sexuales en niños y niñas menores de 10 años.
-  Masturbación excesiva en niños y niñas menores de 10 años. Considerar situaciones de tipo inflamatorio y/o infeccioso que pueden inducir rascado en genitales, y estos pueden llegar a producir pequeñas lesiones.
-  En preadolescentes de 10 a 12 años, aquellos que se tocan sus partes sexuales en público

11.2.4. Otros comportamientos a tener en cuenta para sospechar abuso sexual

 Temor a los adultos(as), rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras con las cuales existe un vínculo cercano. Considerar el contexto, pues este comportamiento se hace relevante cuando se trata de un cambio de conducta inesperado; por ejemplo, cuando tenían una relación armónica con alguien y de pronto lo rechazan o no quieren volver a visitar a esa persona, sin explicación lógica aparente.

 Intento de suicidio en adolescente, gestante o no.

 En adolescentes, expresiones de conducta sexual inusuales para la edad.

En cuanto a la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNA), se han descrito los siguientes signos de sospecha, que han de ser evaluados contextualmente para que sea otorgado el debido valor dentro del proceso de detección de posibles víctimas; la presencia de uno o más de los indicadores que serán expuestos NO garantiza la presencia ESCNA, por lo cual ante cada caso se debe usar el juicio clínico y efectuar una valoración integral individualizada.

SIGNOS DE SOSPECHA DE ESCNA DESDE EL SECTOR SALUD	
1.	ARREGLO PERSONAL INUSUAL PARA SU EDAD Y CONDICIÓN: ropa notablemente justa al cuerpo, corta o transparente; ropa usualmente utilizada para fiestas o eventos nocturnos y poco adecuada para uso diario; maquillaje excesivo; ropa costosa y de difícil acceso dada su condición económica.
2.	MUESTRA TEMOR EXCESIVO AL BRINDAR INFORMACIÓN PERSONAL: oculta información sobre sus actividades o domicilio.
3.	VIVE EN UNA CASA DE HUÉSPEDES, HOTEL U OTRO LUGAR INUSUAL PARA SU EDAD Y CONDICIÓN.
4.	SE REFIERE A ACTIVIDADES COMO MODELAJE, O SESIONES FOTOGRÁFICAS INUSUALES PARA SU EDAD Y CONDICIÓN.
5.	TIENE ACTITUDES QUE PARECEN MUY ADULTAS PARA SU EDAD.
6.	NO MANTIENE VÍNCULOS FAMILIARES, ESTÁ SOLO O ACOMPAÑADO DE ALGÚN ADULTO CON QUIEN MANTIENE UNA RELACIÓN DIFÍCIL DE EXPLICAR.
7.	TERCERAS PERSONAS (VECINOS-AS, FAMILIARES, AMIGOS-AS, MAESTRAS-OS, ETC) APORTAN INFORMACIÓN SOBRE UNA POSIBLE ESCNA
8.	EN EL EXÁMEN FÍSICO: existen huellas corporales de abuso sexual o de actividad sexual inusual para su edad y condición (tal como se ha explicitado en cuadros anteriores); muestra golpes o moretones que pudieran indicar que ha sido golpeado por los explotadores.
9.	HA PASADO LARGOS PERÍODOS EN LA CALLE O EN OTROS LUGARES PÚBLICOS.
10.	ES UNA PERSONA NNA TRANSEXUAL O INTERSEXUAL QUE VIVE EN SITUACION DE ESTIGMATIZACIÓN Y PRECARIEDAD.
11.	ES UN-A NNA HABITANTE DE UNA ZONA FUERTEMENTE CONTROLADA POR ACTORES ARMADOS, O HA SIDO DESPLAZADA-O POR LA VIOLENCIA, Y VIVE EN SITUACIÓN DE PRECARIEDAD E INSATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES BÁSICAS.
Adaptado a partir de Fuente: Oficina para México y Cuba de la Organización Internacional del Trabajo (2005)	


11.2.5. Otras consideraciones sobre la detección de casos de violencia sexual en niños y niñas y adolescentes.

Los profesionales tienen la responsabilidad de sospechar y detectar los posibles casos de violencia o abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, sin embargo, también deben saber que no todas las molestias o signos referidos al área anogenital, ni todos los síntomas comportamentales, aunque se hayan asociado, significan violencia sexual.


Es dañino para los pacientes y sus familias establecer sin bases razonables la sospecha de abuso sexual. Por eso, en este apartado se describen algunos síntomas, signos, problemas de salud o comportamentales que se han asociado con la violencia sexual, pero que aisladamente y de acuerdo con las evidencias científicas tienen poco valor predictivo para sospecharla o diagnosticarla. En estos casos, los clínicos estarán en la obligación de descartar otras patologías antes que pensar en abuso sexual.

11.2.5.1. Signos o síntomas que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual.

En presencia de los siguientes signos y síntomas la posibilidad de que se esté frente a un caso de violencia sexual es baja, por lo tanto, hay que buscar otras causas y analizar cada caso dentro de su contexto. Cuando se considera cada signo o síntoma de manera aislada es arriesgado pensar en violencia sexual. En estos casos, busque otros indicios basados en los elementos de detección y factores de riesgo señalados anteriormente. Una vez evaluado el caso en su contexto y ante el indicio de sospecha de abuso sexual se debe iniciar el proceso de atención integral en salud.

 Signos o síntomas físicos que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual.

- ✓ Vulvovaginitis a repetición. La primera causa de vulvovaginitis a repetición en la edad pediátrica es la vulvovaginitis inespecífica y se asocia con infecciones por gram negativos y con problemas en el aseo, la higiene genital o con variantes anatómicas. Se insiste en que la asociación de vulvovaginitis con abuso o violencia sexual, de manera aislada, es muy baja.
- ✓ Dificultad para caminar o sentarse. En estos casos hay que iniciar buscando otras causas como trauma o vulvovaginitis.
- ✓ Sangrado en boca. Iniciar buscando otras causas como trauma o enfermedades periodontales.
- ✓ Infecciones urinarias a repetición. Hay que investigar factores predisponentes como malformaciones anatómicas, reflujo vesico-uretral o mala higiene.
- ✓ Enuresis. Interrogar si es primaria o secundaria, indagar otras posibles causas: infección urinaria u otros eventos traumáticos emocionales; por ejemplo, la llegada de un nuevo hermanito(a) a la casa.
- ✓ Encopresis y dolor al defecar. Buscar otras causas como constipación crónica funcional, disfunciones familiares severas, etc. Estos casos deben remitirse al gastroenterólogo pediatra.



 Signos o síntomas comportamentales que pueden estar asociados a múltiples causas, además de la violencia sexual.

- ✓ Desórdenes de la alimentación. Hay reportes de una tasa relativamente alta de antecedentes de violencia sexual en aquellas personas con cuadros de bulimia, aunque la asociación a la anorexia nerviosa es baja. Raramente la violencia sexual en niños y niñas pequeños se expresa con alteración del apetito.

- ✓ Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.) y miedo a dormir solo, en especial cuando esto no se presentaba previamente. Esta situación se debe casi siempre a malos hábitos de sueño.
- ✓ Regresión del lenguaje. Se deben descartar patologías del Sistema Nervioso Central en primera instancia.
- ✓ Autoestima disminuida. Siempre buscar otras causas y analizar el caso dentro de su contexto, como elemento aislado es aventurado pensar en violencia sexual.
- ✓ Preocupación excesiva por temas sexuales en preescolares y escolares. Se recuerda que existen comportamientos sexuales naturales y saludables que pueden incluir exploración o juegos sexuales entre niños y niñas de la misma edad. Estos encuentros son motivados por la curiosidad habitual o bien por la exposición a los medios de comunicación masiva, que incluyen la televisión, los videojuegos o el Internet, exponen a niños y niñas a imágenes de contenido sexual, especialmente a los bailes eróticos.
- ✓ Consumo de alcohol y drogas. En estos casos se debe explorar, además, otras situaciones familiares (abandono, desescolarización, dificultades afectivas, etc.).
- ✓ Trastornos por somatización (dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas no evolutivas y otros). En la mayoría de los casos de somatización, los factores psico-emocionales desencadenantes son distintos a la violencia sexual.
- ✓ Depresión con o sin ideación suicida.
- ✓ Cambios repentinos en el rendimiento escolar y relaciones en la escuela.
- ✓ Ansiedad e inestabilidad emocional.
- ✓ Fugas de la realidad.
- ✓ Pérdida de la memoria.
- ✓ Neurosis y fobias.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Conductas autoagresivas.

11.2.6. Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral.

También la violencia sexual tiene expresiones en la cavidad oral. Aunque es más frecuente que la cavidad bucal sea evaluada en los programas de salud oral, es recomendable que el personal médico la incorpore en sus procesos de detección. En las VVS es frecuente encontrar lesiones en los orales y periorales, ocasionadas por:

-  Agresiones como puños, patadas, o golpes con algún otro elemento usado para someter a la persona a quien se desea acceder.
-  Haber forzado a la víctima a practicar sexo oral, dentro de un acto simbólico de control / sumisión.

Las lesiones en boca asociadas a penetración oral, se presentan en un 27% de los casos, así mismo, diferentes investigaciones realizadas en asalto sexual, violencia doméstica y maltrato infantil, coinciden en decir que la cara es la región más comúnmente implicada.









12. ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA ESE VIDASINÚ.

La respuesta integral al problema de la violencia sexual significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos de éstas por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación.

En el caso de la violencia sexual el abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas y la sanción de los agresores. Dentro de ese contexto, la atención clínica de las víctimas de violencia sexual requiere trascender los procesos de atención individual, hacia la inclusión y activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se establecen vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento de violencia sexual.



La violencia sexual es un problema social y de salud que tiene implicaciones jurídicas y no al revés. Por eso, la atención integral a las víctimas de violencia sexual y su familia tiene como objetivo asegurar su atención, recuperación y protección integral, desde una perspectiva de la restitución de derechos. Por tanto, lo primero es la víctima, no es su relato, o su familia, o la evidencia, o el juicio o la policía. Ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización dentro de la asistencia sanitaria.

La atención en salud incluye los siguientes objetivos:


-  Dar apoyo emocional
-  Tratar las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia sexual (emergencias médicas/psicológicas– trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc.), así como los cuidados médicos más específicos como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, IVE, etc.
-  Toma de evidencias forenses cuando aplique
-  Realizar las medidas de protección de las víctimas
-  Tratamiento y rehabilitación de su salud mental
-  Orientación a la familia
-  Realizar la denuncia/reporte de la violencia sexual
-  Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.

REVICTIMIZACIÓN

En la E.S.E. VIDASINÚ no se debe ahorrar esfuerzos para garantizar que las víctimas de violencia sexual NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. En este sentido, una persona sobreviviente de violencia sexual puede pasar por tres procesos de victimización:


-  Victimización primaria: las consecuencias que sufre la persona sobreviviente como producto directo de la violencia sexual.
-  Victimización secundaria o revictimización: sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia sexual, a los testigos y a la familia les infieren las


instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermeros-as, psicólogos-as, trabajadores sociales, personal administrativo entre otros), justicia (policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados al no tener claros procesos y procedimientos para la restitución de derechos.


 **Victimización terciaria:** producto de la estigmatización que la sociedad realiza sobre el o la sobreviviente de violencia sexual luego del evento.


La victimización secundaria es producida por las instituciones y sus funcionarios, mientras que la victimización terciaria se explica más por procesos sociales y culturales. El entendimiento y abordaje de las acciones, dinámicas y procesos que facilitan y producen tanto la victimización secundaria como la terciaria son estrategias que se deben incluir dentro del tratamiento integral a las víctimas de violencia sexual y a sus familias.

Dentro de los procesos que generan victimización secundaria se han descrito:

 Ausencia o poca coherencia y complementariedad en los objetivos de los distintos sectores que participan en la atención a las víctimas. Así las metas jurídicas, sociales, psicológicas, pedagógicas o médicas se establecen sin un ordenamiento lógico y articulado de intervención.

 Poca claridad y definición de límites y/o competencias entre las distintas disciplinas o sectores implicados. Así, se presentan superposición y/o repetición de revisiones médicas, entrevistas, entre otras.

 Problemas de la infraestructura y espacios donde se practica la atención

 Falta o poca capacitación y/o entrenamiento en el tema por parte del personal que brinda la atención.

ACCIONES QUE GENERAN REVICTIMIZACIÓN	SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN
<p>Se sugiere la responsabilidad del hecho es del sobreviviente de violencia sexual Ejemplo: El profesional de salud le dice:</p> <p>Y que hacía a esa hora sola-o. Usted permitió que le hicieran eso. Pudo haberse defendido. Con esa forma de vestir, como no iba a provocar esa situación. Porque no averiguó quien era el acompañante. Porque no gritó o llamó a alguien en su ayuda. Porque consumió o aceptó atenciones</p>	<p>Ser enfático en que el responsable es el agresor:</p> <p>Usted no tuvo la culpa de lo sucedido. El agresor es el total responsable de lo que sucedió. Se es víctima y no responsable del evento de violencia sexual Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.</p>
<p>Someter a la víctima a preguntas constantes y/o insistentes sobre los hechos sin tener claro el objetivo ni la competencia.</p> <p>¿Cuántas veces sucedió? ¿Qué le decía? ¿Qué le hacía? ¿Con que la amenazo? Entre otros detalles que no aportan al proceso y si reviven de forma reiterada la situación.</p>	<p>Conocer claramente la competencia dentro de los procesos de atención. Para el sector salud la competencia es la recuperación de la salud, la realización adecuada de la historia clínica según lo descrito. El esclarecimiento de los hechos es competencia de la justicia.</p>



<p>Responsabilizar a la persona sobreviviente de violencia sexual por el resultado del proceso judicial: Si no lo cogen (al agresor u agresora), es su culpa por no contar todo lo que paso (o por no dejarse tomar las muestras). Estuvo en sus manos meterlo a la cárcel, algo ntuvo que hacer mal.</p>	<p>El resultado del proceso judicial no debe recaer en la víctima.</p>
<p>Actuar sin conocimiento y/o entrenamiento: esto se puede evidenciar, por ejemplo, en intentos de reconfortar o alentar minimizando lo que sucedió y diciendo que lo olvide. "Es mejor que lo olvide, al final sólo la o lo tocaron". "Eso no fue nada, peor el caso de (...)". Hacer afirmaciones extremas frente al evento como "toda persona que ha sufrido violencia sexual, queda traumatizada por siempre y nunca puede recuperarse..."</p>	<p>Es indispensable conocer y desarrollar competencias para atención adecuada que promuevan la salud y su recuperación protección y la contención. Por ejemplo, la escucha del relato libre de la víctima, cuando se inicia la experiencia de atención a las VVS, puede dar buenos resultados por los retos que representa el direccionamiento con preguntas específicas. El prestador de salud debe desarrollar habilidades comunicativas tanto con el lenguaje verbal como no verbal que trasmite credibilidad y empatía ante lo narrado o también debe saber consignar el relato en la historia clínica.</p>






12.1. POLITICA INSTITUCIONAL

La E.S.E VIDASINÚ mediante la Resolución 236 de 2017 adopta el programa y la política institucional de atención en salud para víctimas de violencia sexual en la cual ***"la E.S.E. VIDASINÚ se compromete a garantizar una atención integral y humanizada a las personas víctimas de violencia sexual o que se encuentren en riesgo de esta, con enfoque y perspectiva de derechos, garantizando privacidad y confidencialidad en su proceso, brindando de esta forma una atención oportuna, con personal calificado de acuerdo a los protocolos establecidos, garantizando la activación del código institucional y las rutas interinstitucionales, promoviendo la protección, acceso a la justicia y un seguimiento adecuado"***.





12.2. PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DIRIGIDOS A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

La E.S.E. VIDASINÚ implementa de manera permanente acciones de Información, Educación y Comunicación -IEC, dirigidas hacia la comunidad en general, en torno a los siguientes temas:









-  **Carácter de urgencia médica:** cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, SIEMPRE es considerado una urgencia médica y por consiguiente se debe brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
-  **La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.**

-  Derechos: se debe dar a conocer los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
-  Disponibilidad de los servicios de salud: se deberá informar los servicios de salud disponibles en la E.S.E. Vidasinú para las víctimas de violencia sexual, especialmente los servicios de urgencias y la manera de acceder a ellos.
-  Horarios de atención: los horarios de atención de esos servicios de urgencias los cuales están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.
-  Beneficios de una atención oportuna: se debe informar los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada, lo cual contribuye a disminuir los riesgos en la salud asociados a este evento.
-  Acudir inmediatamente o lo más pronto posible: es necesario que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

Además, en la E.S.E. VIDASINÚ se debe hacer búsqueda activa de casos sospechosos de violencia sexual prestando especial atención a los pacientes que consultan en:






-  Ruta de atención integral en la primera infancia e infancia.
-  Ruta de atención integral en la adolescencia, juventud adultez y vejez.
-  Ruta de atención materno perinatal.
-  Programa de seguimiento a ITS-VIH/SIDA.

Durante la atención en las rutas y programas mencionados anteriormente se debe prestar especial atención a las siguientes poblaciones altamente vulnerables:





-  Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
-  Usuarios con antecedentes de seguimiento en programas de salud mental y psiquiatría.
-  Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
-  Mujeres y otras personas con discapacidad.
-  Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios.
-  Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
-  Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
-  Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes.







Derechos de las víctimas de violencia sexual- Ley 360 de 1997.

Son derechos de las víctimas de violencia sexual los siguientes:

-  Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
-  Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
-  Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
-  Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
-  Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
 - ✓ Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
 - ✓ Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
 - ✓ Recopilación de evidencia médica legal.
 - ✓ Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito.



Durante la prestación del servicio en la E.S.E. VIDASINÚ se deben tener en cuenta e informar los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación, los cuales todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

-  Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también la institución de salud para la prestación de la atención requerida.
-  Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia.
-  Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones que tenga sobre la enfermedad que sufre.
-  Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.





-  Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
-  Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos a pagar por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
-  Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
-  Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
-  Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
-  Su derecho a morir con dignidad ya que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

12.3. VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA E.S.E. VIDASINÚ.

La E.S.E. VIDASINÚ garantiza las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual mediante la preparación e implementación institucional teniendo en cuenta las siguientes acciones:

-  Contar con una persona responsable que será profesional de las ciencias de la salud o sociales, la cual será delegada por las directivas de la institución.
-  Comité institucional de atención a víctimas de violencia sexual de la E.S.E. VIDASINÚ encargado de liderar el despliegue de la política de violencia sexual en la institución. El comité se encuentra integrado por los siguientes funcionarios:
 - ✓ Subdirector científico.
 - ✓ Coordinador médico asistencial.
 - ✓ Líder del equipo de calidad
 - ✓ Profesional con funciones de auditor de urgencias.
 - ✓ Profesional con funciones de auditor de consulta externa.
 - ✓ Coordinador(a) de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
 - ✓ Profesional especializado en epidemiología.
 - ✓ Profesional líder de la política institucional de violencia sexual.
 - ✓ Coordinador(a) de SIAU.
 - ✓ Profesional responsable del comité en la institución.
 - ✓ Profesional en trabajo social.

✓ Profesional en psicología.


-  Incluir en el programa de capacitación anual de la E.S.E. VIDASINÚ acciones de información y capacitación para el personal administrativo y asistencial que pueda llegar a establecer contacto con una víctima de violencia sexual con el fin de garantizar la adherencia al presente protocolo.
-  Disponer del flujograma de atención a víctimas de violencia sexual y que este sea conocido por el personal administrativo y asistencial, el cual deberá estar en las carteleras informativas de los diferentes servicios y también en los diferentes medios informativos con los que cuenta la E.S.E. VIDASINÚ.
-  La E.S.E. VIDASINÚ garantiza los insumos y dotación necesaria para la atención de casos de violencia sexual, los cuales están disponibles en los servicios de urgencias a través de kits para profilaxis post exposición y kits para recolección de evidencias forenses los cuales serán descritos más adelante en el presente protocolo.
-  Garantizar las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran. Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.

12.4. RECEPCIÓN INMEDIATA DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS


La violencia sexual puede desencadenar situaciones que pueden poner en peligro la vida y la estabilidad física y emocional de las personas víctimas por lo cual estos casos siempre son considerados una urgencia médica. Por esta razón se debe brindar atención de urgencias en la E.S.E. VIDASINÚ teniendo en cuenta la normatividad vigente. Por ninguna razón es aceptable interponer barreras de acceso en la atención de los pacientes víctimas de violencia sexual.

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias son: 1) que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual, o 2) que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias¹².

12.4.0. Clasificación del Triage en urgencias:

-  Atención en las primeras 72 horas: la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. En el corto plazo se requiere evaluar y atender traumas físicos y emocionales, intoxicaciones y otras situaciones clínicas y sociales urgentes generadas por la victimización.

¹²Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 459 de 2012. Por la cual se adopta el Protocolo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual".

 Atención después de las 72 horas: luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad **I de triage** independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta. En el mediano y largo plazo, la revelación de haber sido víctima de violencia sexual entraña riesgo para la vida y la estabilidad por reactivación de síntomas ansiosos, depresivos, potencial riesgo suicida y de revictimización.










Durante la atención inicial de urgencias en la E.S.E. VIDASINÚ, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual.

12.5. REALIZAR UNA COMPLETA VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA VÍCTIMA

Durante la atención de urgencias se debe realizar una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental.

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en el presente protocolo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir¹³.

Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual.

-  Atención de urgencia. Inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física.
-  Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual.
-  Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida.
-  Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h)
-  Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE.
-  Recolección de evidencias forenses.
-  Orientación a la familia
-  Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos
-  Remisión a protección y reporte a justicia.

¹³ 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.

Es indispensable que se asuma y atienda el caso como una urgencia médica de acuerdo con la clasificación del triage antes mencionada; evaluar y atender de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona; con la persona estabilizada, se continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación de los derechos de las víctimas de violencia sexual y por la toma del consentimiento informado para la atención clínica integral.

Seguidamente se debe tener en cuenta los siguientes pasos para garantizar una atención integral:

12.5.0. Anamnesis de la víctima de violencia sexual.

Durante la atención inicial en la E.S.E. VIDASINÚ se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta.

Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima.














En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

Nivel de desarrollo según la edad y aspectos que pueden llegar a ser caracterizados respecto a un evento traumático relatado espontáneamente por una víctima menor de 12 años:

Edad	Quién	Qué	Donde	Cuando	# de veces	Circunstancias
3 años						
4 a 6						
7 a 8						
9 a 10						
11 a 12						

Fuente: Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words), ICITAP, Colombia, 2008.

Durante la anamnesis es indispensable tener en cuenta los siguientes aspectos:

-  Evitar la revictimización de la persona que está siendo atendida.
-  Evaluar la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir un nuevo evento de violencia sexual.
-  Asegurar condiciones de confidencialidad y privacidad,
-  Tomar los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica.
-  En cuanto al incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta que se está atendiendo, debe quedar caracterizado en la historia clínica de acuerdo con la descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acompañantes.
-  Registrar también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaciones médico - legales (acciones de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida). Consulte el "Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" para complementar sobre este tema.
-  Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual. No obstante, su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia.
-  Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente registrar, por ejemplo, si hay antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual, entre otros.
-  No es pertinente preguntar ni registrar, para efectos de la valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales.
-  Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida, SOLAMENTE en casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de DNA.
-  Historia de mutilación sexual femenina, (Ablación del Clítoris).
-  Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos.
-  Estado ante el VIH/Sida.




12.5.1. Examen clínico general de la víctima de violencia sexual

Es importante tener en cuenta que si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y hetero agresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado).





En la E.S.E. VIDASINÚ se debe brindar atención humanizada a la víctima durante toda la valoración clínica por parte del equipo de salud, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada intervención necesaria, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos. Estos son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

Atención inicial en salud mental: dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la evaluación e intervención terapéutica de urgencias por parte de un profesional especializado en salud mental (psicólogo/a). Este profesional derivará a la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia (médica/o psiquiatra o psicólogo/a clínico).


En este sentido, los componentes del examen clínico son:


-  Valoración de la apariencia general.
-  Examen clínico mental.
-  Examen físico completo.

Es indispensable que:

-  Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección.
-  Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades.
-  La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental.
-  Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados. en el cuello y los senos (incluyendo sugilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben


tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.


 Durante todo el procedimiento de examen físico de la víctima de violencia sexual, se le debe informar todo lo que se va a hacer, solicitando su permiso para hacerlo.


 Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábanas, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada


12.5.2. Examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual.


Durante la realización del examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:


 Se recomienda valorar cuidadosamente, dependiendo de la edad, de la narración y vivencia que tenga la persona sobre los hechos, la pertinencia o no de realizar examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en tocamientos.


 Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en el organismo; hacen somatización, en diferentes dolores pélvicos y el examen cuidadoso y explicado es tranquilizador y previene la presentación de las patologías enunciadas.

 Cuando la consulta inicial se hace después de 72 horas, pero antes de una semana de transcurrida la agresión sexual, la valoración física y genital se debe orientar a documentar 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.

 Si la consulta ocurre después de una semana de la agresión sexual, y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico. Sin embargo, un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en este tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado sin alteraciones, puede resultar tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Debe también documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.

 Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por éste, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración.

 Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal. 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 los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de éstas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.

12.5.3. Examen físico y recolección de elementos materiales probatorios o evidencia física.

De acuerdo con la anamnesis la o el médico decide la utilidad y pertinencia del examen físico y la recolección de los elementos materia de prueba (prendas, fluidos)

12.5.3.1. Examen de cavidad bucal

Cuando el agresor emplea la violencia física para someter a la víctima se pueden producir lesiones, que involucran en conjunto o de manera aislada el tejido blando, el hueso y las estructuras dentales. La observación de las lesiones debe hacerse de manera meticulosa, para no omitir ningún hallazgo que pueda orientar en estos casos, describiendo forma, tamaño y ubicación exacta de las lesiones, dejando en lo posible registro fotográfico.

En algunos casos el coito oral o las actividades sexuales relacionadas con la boca no se acompañan de lesiones traumáticas o huellas residuales, la cavidad oral debe ser evaluada en busca de fluidos y células del agresor, estableciendo la presencia o ausencia de signos clínicos que hagan sospechar infecciones de transmisión sexual y cuando sea del caso, aplicar criterios odontológicos para valoración de edad, de ser posible con el apoyo de un profesional de esta área.

Recolección de evidencia traza

12.5.4. Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual.

12.5.4.1. Diagnósticos clínicos específicamente relacionados con el evento de violencia sexual sufrido

Estos diagnósticos deben ser realizados de acuerdo con las características documentadas sobre la agresión sexual. que ha motivado la consulta. El diagnostico siempre debe ser registrado tanto en la historia clínica, como en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a modo de diagnóstico principal. Los códigos del CIE - 10 a utilizar son los siguientes:

MODALIDADES DE VIOLENCIA SEXUAL						
FICHA DENOTIFICACIÓN		TIPO DE VIOLENCIA	DEFINICIÓN PROTOCOLO VVS	COD - CIE 10		
ABUSO SEXUAL: "superioridad manifiesta" o las relaciones de autoridad dadas por edad, poder o autoridad, incapacidad física o psicológica de la víctima	4	ABUSO SEXUAL	Acceso carnal abusivo con menor de catorce años	la víctima en este delito es una niña o niño menor de 14 años que es accedido sexualmente (penetración). Esta determinado únicamente por la edad, por lo tanto, no hay lugar a realizar cuestionamientos sobre el consentimiento dado por la niña (o).	T742	Abuso sexual.
		Actos sexuales con menor de catorce años	En este delito la niña o niño menor de 14 años es objeto de prácticas sexuales diferentes a la del acceso carnal. También se comete este delito cuando se realizan actos sexuales consentidos o forzados en presencia de la niña o niño o se persuade a la niña o niño a realizar prácticas sexuales.			
		Acceso carnal o acto sexual abusivo con incapaz de resistir	La víctima se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad de resistir preexistente o derivada de la superioridad manifiesta que existe entre el agresor y la víctima, en razón de la relación de autoridad o poder.			
	7	EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	Proxenetismo con menor de edad	La víctima menor de 18 años de edad es usada como un objeto sexual por parte del agresor, quién obtiene una utilidad o cualquier tipo de beneficio del cuerpo de NNA facilitando, participando en cualquier forma de comercio con el menor.		
		Demanda de explotación sexual comercial con persona menor de 18 años de edad	La víctima menor de 18 años es objeto de actos sexuales o es accedida carnalmente por la persona que solicita o demanda el acto o acceso, esta solicitud o demanda se realiza mediante pago o promesa de pago de dinero o cualquier otro tipo de retribución, que beneficia finalmente a la persona que ejerce dominio sobre el niño, niña o adolescente.			
		Pornografía con personas menores de 18 años	Los niños, niñas y adolescentes además de ser objeto de abuso sexual, actos sexuales o acceso carnal violento, se ven sometidos a ser fotografiados, filmados y grabados por el agresor, quien finalmente hace uso del material pornográfico comercializándolo, divulgándolo, exhibiéndolo, entre otros.			

MODALIDADES DE VIOLENCIA SEXUAL								
FICHA DENOTIFICACIÓN		TIPO DE VIOLENCIA	DEFINICIÓN PROTOCOLO VVS	COD - CIE 10				
		Turismo sexual / explotación sexual de nna asociada al turismo	La víctima es explotada sexualmente en actividades asociadas al turismo, es decir, que la persona que comete este delito, es quien organiza o promueve actividades turísticas usando a niños, niñas y adolescentes como objetos sexuales.					
5	ACOSO SEXUAL	Acoso sexual	La víctima es perseguida, hostigada, asediada o acosada por parte del agresor, quién busca obtener un beneficio sexual no consentido para sí o para un tercero, haciendo uso de su superioridad, relación de autoridad o de poder, derivadas de la edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica.	T743	Abuso psicológico			
VIOLACIÓN/ ASALTO SEXUAL. "uso de fuerza o amenaza"	6	VIOLACIÓN	Acceso carnal violento	La víctima es accedida sexualmente con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto mediante fuerza y/o amenaza, por vía vaginal, anal u oral.	Y050	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda		
			Acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir	La persona es disminuida por su agresor a través del uso de narcóticos, bebidas alcohólicas, golpes u otras técnicas, que reducen su capacidad de responder o estar alerta. La víctima pierde el conocimiento o no comprender lo que ocurre.				
	12	ACTOS SEXUALES CON USO DE LA FUERZA	Acto sexual violento	La víctima es sometida bajo fuerza o amenaza, a todo tipo de tocamientos/ manoseos de carácter sexual, que no implican penetración.			Y050	Agresión sexual con fuerza corporal. En escuelas. Otras instituciones y áreas administrativas públicas.
	14	OTROS ACTOS SEXUALES	Esterilización/ planificación forzada	Acción de planificación reproductiva definitiva producto de la obligación no consentida de la persona			Y052	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
			Mutilación	Acción de mutilación sexual femenina (ablación del clítoris) o masculina				
			Aborto forzado	Se entiende todo acto que tiene como finalidad la interrupción inducida de un embarazo en contra de la voluntad de la mujer embarazada				
	10	TRATA DE PERSONAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL	Explotación de prostitución ajena	La víctima, que es captada por la fuerza o mediante engaños, es explotada en la prostitución, por aquellas personas que la han negociado y acogido.			Y054	Agresión sexual con fuerza corporal. En otro lugar especificado.
			Otras formas de explotación sexual	Deja abierta la opción a otras finalidades como la pornografía o la servidumbre sexual.				
			Matrimonio servil	La víctima es engañada por la persona que efectúa una propuesta amorosa, quién una vez acoge a la víctima, cambia su forma de actuar y la esclaviza sexualmente y en labores domésticas.				
			Turismo sexual	La víctima es explotada sexualmente en una actividad asociada al turismo, es decir, que es usada como un elemento para promocionar la actividad turística.				
SEGUIMIENTOS		No aplica	No aplica	Z088	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.			

12.5.4.2. Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual.

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados 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	Código CIE -10 Nombre del Diagnóstico
Y070	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y071	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y072	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.
Y073	Otros síndromes de maltrato por autoridades Oficiales.
Z60A	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z651	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
Z655	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades.

12.5.4.3. Diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental.

Deben ser registrados 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 que apliquen para el caso evaluado.

12.5.4.4. Diagnósticos clínicos de la esfera física.




Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, aquellos que sean documentados durante la valoración efectuada, utilizando los respectivos códigos CIE -10.

12.5.4.5. Diagnósticos de lesiones de causa externa

Además, en los registros RIPS de Consulta (AC) y de Urgencias (AU) en el apartado de causa externa utilizar los códigos:



9: sospecha de maltrato físico.

-  10: sospecha de abuso sexual.
-  11: sospecha de violencia sexual.
-  12: sospecha de maltrato emocional.

12.6. TOMA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA VÍCTIMA EN LA EVALUACIÓN INICIAL.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es pre-requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS - VIH/SIDA en las primeras 72 horas.

En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en niñas, niños y adolescentes-NNA, entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, son indicativos de violencia sexual. La presencia de Chlamydia o Trichomona resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

12.6.0. Caracterización de la exposición de riesgo.

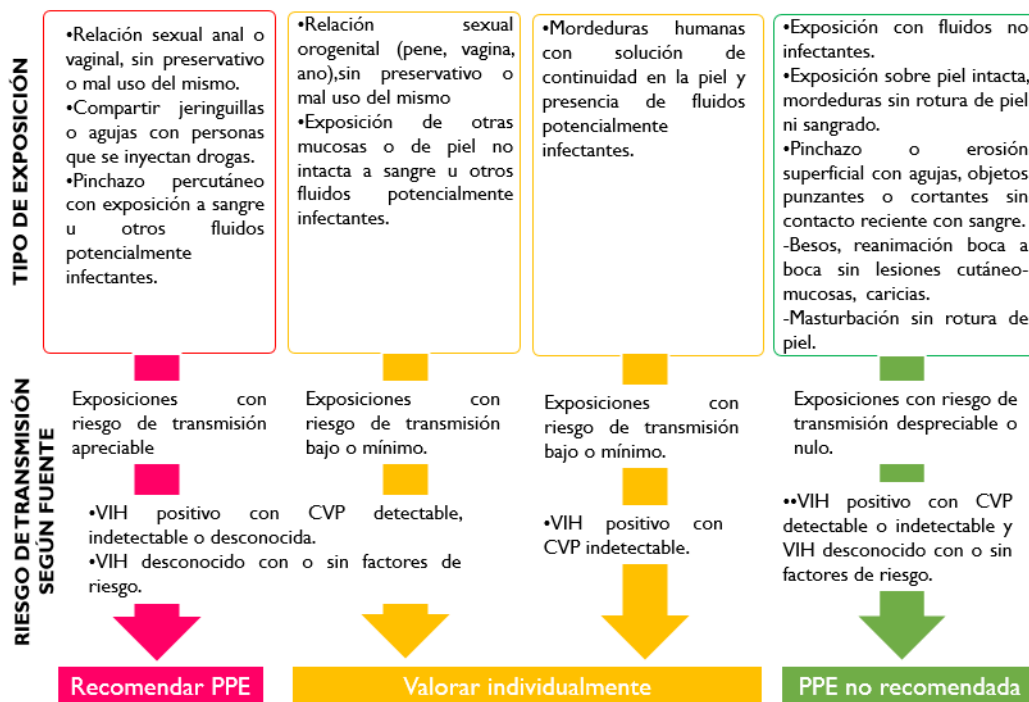
Se debe indagar información relacionada con: la caracterización de la persona expuesta (mayor o menor de 13 años, antecedentes médicos y de vacunación, gestante o no gestante), características de la fuente (conocido, desconocido frente al VIH, VHB y VHC, tratamiento que recibe), mecanismo de exposición, datos del tipo de fluido de contacto, antecedentes de vacunación de la persona expuesta, respuesta inmunológica a la vacunación, tiempo de evolución de la exposición en horas y minutos.

Para tomar la decisión de inicio de la Profilaxis se deben tener en cuenta aspectos relevantes relacionados con las características de la fuente, tipo de mecanismo de exposición, fluidos a que ha sido expuesta la persona, antecedentes de vacunación de la persona expuesta, tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo.

12.6.1. Recomendaciones de Profilaxis Post-Exposición

Es importante tener en cuenta al momento de decidir la Profilaxis Post Exposición el tipo de exposición y el riesgo de transmisión según la fuente como se muestra a continuación:

Grafico 1. Recomendaciones de Profilaxis Post Exposición.



CVP: Carga Viral Positiva

Fuente: 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 C.

12.6.2. Solicitud de análisis de laboratorio al inicio de la atención de urgencia.

Con el objeto de obtener una línea de base sobre parámetros clínicos trazadores, relacionados con la toxicidad o los efectos secundarios de los medicamentos que se administrarán para la profilaxis post-exposición, o necesarios para la toma de decisiones de inicio o no de la profilaxis, se requiere solicitar los siguientes análisis paraclínicos:

- Cuadro hemático completo, función renal y hepática
- Prueba rápida para el VIH, VHB y VHC.
- Prueba rápida de sífilis y descarte de otras ITS en las exposiciones sexuales.
- Prueba de embarazo en mujeres con exposición sexual.

El inicio de la PPE debe realizarse dentro de las 72 horas desde ocurrida la exposición. Si por algún motivo no se pueden obtener los resultados de los paraclínicos en ese plazo de tiempo no debe retardarse el inicio de la PEP.

En casos de inicio de la atención tardía de la persona expuesta (más allá de 72 horas) debe evaluarse si aún son aplicables las profilaxis contra embarazo (hasta 5 días) y hepatitis B (hasta 7 días en exposición percutánea y 14 días en exposiciones sexuales).

12.7. INICIO DE PROFILAXIS PARA VIH, ITS, VHB Y DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN PERSONAS DE 13 AÑOS Y MÁS.

En la E.S.E. VIDASINÚ se cuenta con un kit para menores de 13 años en cada uno de los servicios de urgencias, disponibles las 24 horas y serán monitorizados por el equipo de regentes de farmacia quienes deben garantizar su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes. Los kits estarán disponibles en caso de ser necesitado en una sede diferente por falta de alguno de sus componentes debido a utilización.

Es obligatorio que el talento humano cuente con entrenamiento para administrar profilaxis post-exposición,

12.7.0. Componentes del kit de profilaxis post-exposición para personas de 13 años y más.

A continuación, se relaciona el contenido de los Kits para personas de 13 años y más, víctimas de violencia sexual:

Gráfico 2. componentes del Kit para para PPE para personas de 13 años y más.

PROFILAXIS						
	Composición	Sugerencia de contenido			Cantidad	Tiempo
VIH	Combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos / nucleótidos (ITIAN)	1ra opción	2da opción	Alternativa	30 tab.	30 días
	ARV de otra familia	Tenofovir 300 mg/ emtricitabina 200 mg	Dolutegravir x 50 mg	Darunavir x 800 mg / Atazanavir x 300 mg / ritonavir x 100 mg		
Hepatitis B	Vacuna contra hepatitis B				3 amp.	0, 1, y 6 meses
	Gammaglobulina contra VHB				1 amp.	Dosis única
Otras ITS	Antibióticos para prevenir las infecciones por clamidia, sífilis, gonococo y tricomonas	Ceftriaxona 1 gr.			1 amp.	Dosis única
		Metronidazol 2 gr.			4 tab.	
		Azitromicina 1 gr.			2 tab.	
Anticoncepción de Emergencia	En Gestantes	Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI			1 amp.	Dosis única
	Progestina sintética 2da generación	Levonogestrel			2 tab.	Dosis única
	Dispositivo intrauterino (DIU).				1	Dosis única
PRUEBAS RÁPIDAS						
VIH	Pruebas rápidas para VIH + solución diluyente. Se recomiendan pruebas con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5%.					2
Hepatitis B	Pruebas rápidas para antígeno de superficie de hepatitis B + solución diluyente					2
Hepatitis C	Pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente					2
Sífilis	Pruebas rápidas de sífilis + solución diluyente. Se recomiendan pruebas duales con VIH, para simplificar la logística y la aplicación del protocolo.					2
Embarazo	Pruebas rápidas de embarazo					2
	Micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas					10
	rotulador permanente para pruebas rápidas.					1
	Formatos de control de inventario y de fecha de vencimiento.					5
	Formatos de reporte de interpretación de las pruebas rápidas.					5



Fuente: 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 C.

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.

12.7.1. Administración de profilaxis post exposición del VIH:

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

Es indispensable que:

-  Ordene o suministre la profilaxis para VIH/Sida. SIEMPRE está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.
-  La profilaxis para VIH/Sida está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

El servicio de salud que atienda la urgencia en la E.S.E. VIDASINÚ e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos, entregar al alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual

Es indispensable que:

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario, teniendo en cuenta el tipo de exposición y el riesgo de transmisión según la fuente (Ver grafico 1)



Gráfico 3. Administración profilaxis del VIH.

Composición	Combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos / nucleótidos (ITIAN)	ARV de otra familia		
		Segunda elección	Segunda elección	Alternativa
Elección de medicamento	Primera elección	Segunda elección	Segunda elección	Alternativa
Presentación	Tenofovir 300 mg/ emtricitabina 200 mg Tabletas	Dolutegravir 50 mg Tabletas	Darunavir 800 mg/ Ritonavir 100 mg Tabletas	Atazanavir 300 mg/ Ritonavir 100 mg Tabletas
Dosis	1 tableta (dosis fija combinada)	1 tab	1 tab de cada una	1 tab de cada una
Vía	Oral	Oral	Oral	Oral
Frecuencia	Una vez al día	Una vez al día	Una vez al día	Una vez al día
Duración tratamiento	30 días	30 días	30 días	30 días
Total tabletas	30	30	30	30

Fuente: 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 C.

12.7.2. Administración de profilaxis otras ITS.

Es indispensable que:

-  Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual.
-  Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección.

La administración de profilaxis contra otras ITS se da en dosis única y se resume a continuación:

Gráfico 4. Administración de profilaxis otras ITS.

Elección medicamento	Primera elección	Primera elección	Primera elección	Adicional en Gestantes
Presentación	Ceftriaxona amp gr.	Metronidazol tab 500 mg.	Azitromicina tab. 500 mg	Penicilina Benzatínica amp 2'400.000 UI
Dosis	500 mg (1/2amp)	2 gr. (4 tabletas.)	1 gr. (2 tabletas.)	1 amp.
Vía	I.M.	Oral	Oral	I.M.
Frecuencia	Dosis Única	Dosis Única	Dosis Única	Dosis Única
Duración tratamiento	1 día	1 día	1 día	1 día
Observaciones		Evitar metronidazol en el 1er trimestre.	En gestantes reemplazar azitromicina por claritromicina (50 mg/kg/día repartida en 3 tomas por 7 días) o amoxicilina (50 mg/kg/día, dividida en tres tomas por 7 días).	En caso de antecedente de alergia a la Penicilina, se debe proceder a desensibilizar.

Fuente: 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 C.

12.7.3. Profilaxis de la hepatitis B en persona 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 y en el nivel de títulos de anticuerpos adecuados para Hepatitis B superiores a 10 mIU/mL en la persona expuesta. 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.

Vacuna contra Hepatitis B:

Idealmente se debe iniciar durante las 72 horas post-exposición.

- ✓ Dosis para adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años inclusive.
- ✓ Dosis adultos: 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.

 **Gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG).**

Se puede aplicar 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 7 días después de exposiciones percutáneas y hasta 14 días después de exposiciones sexuales. La dosis a 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.

A continuación, se resume la administración de profilaxis de hepatitis B

Gráfico 6. Elección del medicamento para profilaxis de hepatitis B.

Elección de medicamento	Primera elección	Primera elección
Presentación	Gammaglobulina hepatitis B HEPABIG® Laboratorio GREEN CROSS Solución para inyección 200 UI / I ml.	Gammaglobulina hepatitis B IMMUNOHBs® Laboratorio KEDRION BIOPHARMA Solución para inyección 180 UI / I ml.
Dosis	Según Edad	Según Edad
≤ 18 años	32 a 48 U.I/Kg de peso.	8 IU/kg con un máximo de 500 UI.
> 18 años	1000 a 2000 UI	≥ 500 UI, según la intensidad de la exposición.
Vía	I.M.	I.M.
Frecuencia	Dosis Única	Dosis Única
Duración tratamiento	1 día	1 día
Observaciones		-Debe aplicarse junto I ra dosis de vacuna contra la HB.

Fuente: 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 C.

Gráfico 5. Indicación de la profilaxis de hepatitis B según el estado vacunal de la persona.

INDICACIÓN PROFILAXIS VHB		Estado vacunal persona			
		Sin antecedente vacunal o esquema incompleto		Esquema Completo	
		Vacunas	Gammaglobulina	Vacunas	Gammaglobulina
HBsAg agresor	HBsAg positivo o desconocido	3 dosis	Dosis Única*	I Refuerzo**	NO
	HBsAg negativo		NO	NO	NO
*Iniciar preferiblemente en primeras 24 horas y máximo 14 días. **Iniciar preferiblemente en primeras 24 horas y máximo 7 días.					



Fuente: 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 C.

12.7.4. Anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE.

La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual.

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual que acudan a la E.S.E. VIDASINÚ.

La administración de la profilaxis de la anticoncepción de emergencia se realizará de acuerdo al tiempo transcurrido desde la ocurrencia del hecho hasta la fecha de consulta:

-  Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
-  Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que ésta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una opción de las mujeres frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbi-mortalidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser integral y con perspectiva de género.

De acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o éste implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y éste deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco días corridos entre la solicitud y la realización de una IVE a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho **(VER PROTOCOLO IVE)**.

12.8. INICIO DE PROFILAXIS PARA VIH, ITS, VHB Y DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS.

En la E.S.E. VIDASINÚ se cuenta con un kit para menores de 13 años en cada uno de los servicios de urgencias, disponibles las 24 horas y serán monitorizados por el equipo de regentes de farmacia quienes deben garantizar su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes. Los kits estarán disponibles en caso de ser necesitado en una sede diferente por falta de alguno de sus componentes debido a utilización.

Es obligatorio que el talento humano cuente con entrenamiento para administrar profilaxis post-exposición,

12.8.0. Componentes del kit de profilaxis post-exposición para personas menores de 13 años.

A continuación, se relaciona el contenido de los Kits para personas de 13 años y más, víctimas de violencia sexual:

Gráfico 6. componentes del Kit para para PPE para personas menores de 13 años.

PROFILAXIS					
	Composición	Sugerencia de contenido	Cantidad	Tiempo	
VIH	Combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIAN)	1ra elección	2da elección - anemia o intolerancia		
		Zidovudina Solución oral 10 mg/ml. Frasco 240 ml Tab. 300 mg.		7 60	30 días
		Lamivudina Solución oral 10 mg/ ml Frasco 240 ml Tab. 150 mg		2 60	30 días
		Hemoglobina <10 mg/dl cambiar Zidovudina por Abacavir Solución oral 20 mg/ ml Frasco 240 ml Tab. 300mg	2 60	30 días	
	ARV de otra familia	Lopinavir/ Ritonavir Solución oral 400/100 mg/5 ml. Tabletas 100/25 mg		1 120	30 días
		Intolerancia a Lopinavir/Ritonavir reemplazarlo por Raltegravir Tab masticable 25 mg Tab masticable 100 mg Tab. recubierta de 400 mg	180 180 60	30 días	
Hepatitis B	Vacuna contra hepatitis B		3 amp.	0, 1, y 6 meses	
	Gammaglobulina contra VHB		1 amp.	Dosis única	
Otras ITS	Antibióticos para prevenir las infecciones por clamidia, sífilis, gonococo y tricomonas	Ceftriaxona 1 gr . Metronidazol Suspensión. oral 250mg/ 5 ml. Frasco 120 ml.. Azitromicina Suspensión. oral 200mg/ 5ml. Frasco 15 ml.	1 amp. 1 frasco 1 frasco	Dosis única	
	En Gestantes	Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI	1 amp.	Dosis única	
	Anticoncepción de Emergencia.	Progestina sintética 2da generación	Levonogestrel	2 tab.	Dosis única
	Dispositivo intra-uterino (DIU).		1 unidad.	Dosis única	
PRUEBAS RÁPIDAS					
VIH	Pruebas rápidas para VIH + solución diluyente. Se recomiendan pruebas con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5%.		2		
Hepatitis B	Pruebas rápidas para antígeno de superficie de hepatitis B + solución diluyente		2		
Hepatitis C	Pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente		2		
Sífilis	Pruebas rápidas de sífilis + solución diluyente. Se recomiendan pruebas duales con VIH, para simplificar la logística y la aplicación del protocolo.		2		
Embarazo	Pruebas rápidas de embarazo		2		
	Micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas		10		
	rotulador permanente para pruebas rápidas.		1		
	Formatos de control de inventario y de fecha de vencimiento.		5		
	Formatos de reporte de interpretación de las pruebas rápidas.		5		

Fuente: 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 C.

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.

12.8.1. Administración de profilaxis post exposición del VIH:

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

Es indispensable que:



Ordene o suministre la profilaxis para VIH/Sida. SIEMPRE está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.



La profilaxis para VIH/Sida está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

El servicio de salud que atienda la urgencia en la E.S.E. VIDASINÚ e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos, entregar al alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual

Es indispensable que:

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario, teniendo en cuenta el tipo de exposición y el riesgo de transmisión según la fuente **(Ver gráfico 1)**

El servicio de salud que atienda la urgencia en la E.S.E. VIDASINÚ e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos entregar al alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.


Gráfico 7. Administración de profilaxis post exposición del VIH en personas menores de 13 años.


Composición	Combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos / nucleótidos (ITIAN)						ARV de otra familia								
Elección de medicamento	1ra elección				2da elección		1ra elección		2da elección						
Presentación	Zidovudina Si Hb > =10 mg/dl		Lamivudina		Abacavir No aprobado en < 3 meses Si Hb <10 mg/dl		Lopinavir/ Ritonavir		Raltegravir No aprobado en neonatos Si Intolerancia a Lopinavir/Ritonavir						
	Solución oral 10 mg/ml 240 ml.	Tab 300 mg	Solución oral 10 mg/ ml 240 ml	Tabletas 150 mg	Solución oral 20 mg/ ml 240 ml	Tabletas 300mg	Solución oral 80/20 mg/ml 160 ml	Tabletas 100/25 mg	Tabletas masticables 25 mg	Tabletas masticables 100 mg	Tabletas recubiertas 400 mg				
14 d - 11 mes y <15 kg	Para estos medicamentos se tendrá en cuenta el peso del paciente.						300/75 mg/m2 ASC		No indicado para este rango						
> 12 meses y <15 kg							230/57,5 mg/m2 ASC								
4 - 8.9 kg	12 mg/kg*														
9 - 9.9 kg	9 mg/kg*		4 mg/Kg		8 mg/ Kg										
10 - 13.9 kg															
14 - 14.9 kg															
15 - 19.9 kg					1/2 tab							1/2 tab			
20 - 20.9 kg														2 tab	
21 - 21.9 kg														3 tab	
22 - 25.9 kg					1/2 tab AM y 1 tab PM							1/2 tab AM y 1 tab PM			
26 - 27.9 kg															
28 - 29.9 kg														4 tab	
30 - 39.9 kg															
40 kg o más	1 tab		1 tab		1 tab				3 tab						
> =12 años	Para estos medicamentos se tendrá en cuenta el peso del paciente.										1 tab				
Vía	Oral		Oral		Oral		Oral		Oral						
Frecuencia	c/ 12 horas		c/ 12 horas		c/ 12 horas		c/ 12 horas		c/ 12 horas						
Duración tto	30 días		30 días		30 días		30 días		30 días						
Contenido del kit (dosis máximas)	7 frascos	60 tab.	2 frascos	60 tab.	2 frascos	60 tab	1 frasco	240 tab	180 tab.	180 tab.	60 tab.				

Fuente: 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 C.

12.8.2. Administración de profilaxis otras ITS.

Es indispensable que:

 Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual.

 Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección.

La administración de profilaxis contra otras ITS se da en dosis única y se resume a continuación:

Gráfico 8. Administración de profilaxis otras ITS.

Elección de medicamento	Primera elección	Primera elección	Primera elección
Presentación	Ceftriaxona amp 500 mg.	Metronidazol Solución oral 250mg / 5ml 120 ml	Azitromicina Sln oral 200mg /5ml 15ml
Dosis			
< 12 años	50 mg/kg	20 mg/Kg	10 mg/Kg
12 años	1 amp		
Vía	I.M.	Oral	Oral
Frecuencia	Dosis Única	Dosis Única	Dosis Única
Duración tratamiento	1 día	1 día	1 día

Fuente: 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 C.

12.8.3. Profilaxis de la hepatitis B en persona 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 y en el nivel de títulos de anticuerpos adecuados para Hepatitis B superiores a 10 mIU/mL en la persona expuesta. 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.

 Vacuna contra Hepatitis B:

Idealmente se debe iniciar durante las 72 horas post-exposición.

- ✓ Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- ✓ Dosis para adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años inclusive.

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.

 **Gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG).**

Se puede aplicar 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 7 días después de exposiciones percutáneas y hasta 14 días después de exposiciones sexuales. La dosis a 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.

A continuación, se resume la administración de profilaxis de hepatitis B

Gráfico 9. Elección del medicamento para profilaxis de hepatitis B.

Elección de medicamento	Primera elección	Primera elección
Presentación	Gammaglobulina hepatitis B HEPABIG® Laboratorio GREEN CROSS Solución para inyección 200 UI /1 ml.	Gammaglobulina hepatitis B IMMUNOHBs® Laboratorio KEDRION BIOPHARMA Solución para inyección 180 UI /1 ml.
Dosis	Según Edad	Según Edad
≤ 18 años	32 a 48 U.I/Kg de peso.	8 IU/kg con un máximo de 500 UI.
> 18 años	1000 a 2000 UI	≥ 500 UI, según la intensidad de la exposición.
Vía	I.M.	I.M.
Frecuencia	Dosis Única	Dosis Única
Duración tratamiento	1 día	1 día
Observaciones		-Debe aplicarse junto 1ra dosis de vacuna contra la HB.

Fuente: 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 C.

Gráfico 10. Indicación de la profilaxis de hepatitis B según el estado vacunal de la persona.

INDICACIÓN PROFILAXISVHB		Estado vacunal persona			
		Sin antecedente vacunal o esquema incompleto		Esquema Completo	
		Vacunas	Gammaglobulina	Vacunas	Gammaglobulina
HBsAg agresor	HBsAg positivo o desconocido	3 dosis	Dosis Única*	I Refuerzo**	NO
	HBsAg negativo		NO	NO	NO
*Iniciar preferiblemente en primeras 24 horas y máximo 14 días. **Iniciar preferiblemente en primeras 24 horas y máximo 7 días.					

Fuente: 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 C.



12.8.4. Anticoncepción de emergencia.

12.8.5. Anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE.

La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual.

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual que acudan a la E.S.E. VIDASINÚ.

La administración de la profilaxis de la anticoncepción de emergencia se realizará de acuerdo al tiempo transcurrido desde la ocurrencia del hecho hasta la fecha de consulta:

-  Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
-  Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que ésta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una opción de las mujeres frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbi-mortalidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser integral y con perspectiva de género.

De acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o éste implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y éste deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco días corridos entre la solicitud y la realización de una IVE a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho **(VER PROTOCOLO IVE)**.

12.9. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar

dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo. Por esta razón, durante la atención inicial en la E.S.E. VIDASINÚ se garantizará la remisión a las especialidades en salud mental: medico/a psiquiatra o psicología clínica, adicional a las intervenciones no especializadas que se describen a continuación:

12.9.0. Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima

En la E.S.E. VIDASINÚ se debe promover una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores buscando siempre proteger la salud mental de la víctima y una resolución positiva de la victimización sexual.











Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido. Estas jornadas serán incluidas en el plan de capacitación anual en la institución.

12.9.1. Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son brindados por la médica o el médico general de urgencias, junto con las demás personas del equipo de salud no especializado en salud mental, que atienden el caso con el objetivo de preparar el terreno para la posterior recuperación emocional de la víctima. Por lo tanto, es importante que las personas profesionales en medicina, demás personas profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual estén entrenadas para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

La médica o médico general de urgencias debidamente entrenado/a debe efectuar también la evaluación inicial en salud mental y el manejo de los riesgos de auto y hetero agresión que encuentre en la víctima, e cuyos casos deberá garantizar la remisión a segundo nivel de atención para valoración médica especializada de urgencias con la o el psiquiatra, la o el psicólogo clínico o con entrenamiento en clínica, para que se garantice el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental.


Los primeros auxilios psicológicos para las víctimas de violencia sexual involucran los siguientes componentes:










-  Orientación y apoyo a la víctima en tomo a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
-  Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
-  Promover la desculpabilización de la víctima.
-  Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.
-  No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
-  Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
-  Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
-  Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
-  Activar estrategias y rutas de protección.
-  Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

Al médico/a general SIEMPRE le corresponderá la detección y estabilización previa de las víctimas de violencia sexual, que exhiban riesgo de auto o heteroagresión, así como la hospitalización o remisión para protección en casos de riesgo de revictimización o ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima, pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas de la atención de urgencias médicas, que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta

No se debe:

-  Decir le entiendo perfectamente o imagino por lo que está pasado, porque aparte de inadecuado, es falso.

-  Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión.
-  Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona.
-  Fingir que se ha comprendido, cuando no es así.
-  Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal.
-  Aconsejar con frases como: creo que deberías ... ¿Cómo es que no...?
-  Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: ánimo ¡no es para tanto!
-  Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella.
-  Instruir con frases como: esto puede ser una experiencia interesante si
-  Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: ¿Cuándo empezó todo? No, esto no fue así.

12.10. PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA.

En la E.S.E. VIDASINÚ la médica o el médico general que atiende la consulta inicial de urgencia con una víctima de violencia sexual debe dejar debidamente programados y consignados en la historia clínica todos los seguimientos que se requieren e informar sobre su importancia a la persona, y a su familia, cuando sea el caso.

Es importante tener en cuenta el consentimiento previo de las víctimas adultas para hacer su búsqueda activa en caso de que no se presenten a los seguimientos. Este consentimiento o desistimiento informado debe quedar establecido en el contacto inicial, y registrado en la historia clínica.

En los niños, niñas y adolescentes, es obligatoria la búsqueda activa ante pérdida del caso en los seguimientos. Se tiene previsto que a cada víctima de violencia sexual le sean realizados un total de cinco consultas de control luego de efectuada la atención inicial de urgencia, con la siguiente periodicidad: a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses.

El médico o médica de urgencias que atiende la consulta inicial de la víctima de violencia sexual es el responsable tanto de programar los seguimientos ambulatorios, como de efectuar durante la atención de urgencias el seguimiento a la realización de todos los paraclínicos, procedimientos, tratamientos e interconsultas que sean solicitadas a la víctima de violencia sexual como parte de esa atención urgente.

12.10.0. Seguimiento Paraclínico de las personas con exposición de riesgo ante las ITS, VIH y Hepatitis B y C.

En todos los casos de exposición de riesgo ante las ITS, VIH y Hepatitis B y C en una víctima de violencia sexual, con o sin profilaxis post exposición administrada, se debe instaurar un plan de seguimiento clínico y de laboratorio, información y apoyo psicológico, al respecto de su exposición al VIH, las ITS, la Hepatitis B y la Hepatitis C, así como del riesgo de embarazo, si aplica.

El seguimiento de las personas expuestas es de seis meses. La única excepción es la realización de una nueva serología para VIH a las 48 semanas, en el caso de sufrir una infección por el VHC, tras la exposición a una fuente coinfectada por el VIH-VHC.

De otra parte, las personas que han sufrido una exposición de riesgo, deben ser informadas sobre los signos y síntomas de la infección aguda por el VIH: fiebre, linfadenopatías, faringitis, exantemas, mialgias o artralgias, o con menos frecuencia, diarrea, cefalea, nauseas/vómito, hepato-esplenomegalia, pérdida de peso aguda, o síntomas neurológicos; dichos signos o síntomas del Síndrome retroviral agudo, suelen presentarse hasta diez semanas después de haberse producido la infección, siendo este un período de alta infectividad. En el caso de que dichos síntomas o signos aparezcan, se debe realizar una carga viral del VIH, con independencia del tiempo transcurrido desde la exposición accidental.

Los pacientes que inicien PPE, además, deben ser informados de los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral, de las posibles interacciones medicamentosas y de la necesidad de tener una buena adherencia al mismo, para que resulte exitoso (mínimo del 95%).

Así mismo, se debe recomendar a la persona expuesta, prácticas que permitan evitar la posible transmisión del VIH a terceros durante el período de seguimiento, mediante la utilización de condón, entre otros (IIIA). Igualmente, se debe dar soporte emocional a la persona expuesta y a su familia. Se debe enfatizar en la recomendación de no donar sangre u órganos durante el período de seguimiento para prevenir la posible transmisión de ITS, VIH o Hepatitis B o C.

Gráfico 11. Resumen de intervenciones incluidas en cada seguimiento.

SEGUIMIENTO	ACCIONES
A las 2 semanas	Asesoría para IVE
	Asesoría para ingreso a ruta maternoperinatal si desea continuar embarazo
	Revisión resultados ITS – solicitar pruebas confirmatorias
	Iniciar tratamiento si no se ha iniciado
	Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tto especializado.
	Si toma antiretrovirales instrucciones sobre los signos de toxicidad.
A las 4 semanas	Si toma antiretrovirales analítica general: cuadro hemático, glicemia, función hepática, función renal.
	Solicitar prueba de sub-unidad beta gonadotropina coriónica.
	Aplicación de segunda dosis de vacuna de hepatitis B (si aplica)
	Si toma antiretrovirales instrucciones sobre los signos de toxicidad.
	Si toma antiretrovirales analítica general: cuadro hemático, glicemia, función hepática, función renal.
	Seguimiento a la ruta de atención procesos y procedimientos recibidos, a otros diagnósticos
A los 3 meses	Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tratamiento especializado
	Seguimiento diagnóstico para VIH-prueba confirmatoria-asesoría en VIH.
	Prueba para VHC
	Seguimiento diagnóstico para Sífilis con prueba rápida (Treponémica)
A los 6 meses	Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tratamiento especializado
	Seguimiento diagnóstico para VIH-prueba confirmatoria-asesoría en VIH
	Aplicación de tercera dosis de vacuna de hepatitis B (si aplica)
	Prueba de VHB.
	Prueba de VHC
A los 12 meses	Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tratamiento especializado

Fuente: 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 C.



12.11. REMISIÓN HACIA OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Durante la atención integral en salud de una víctima de violencia sexual en la E.S.E. VIDASINÚ puede requerir el concurso de otros profesionales sanitarios adicionales a los mencionados hasta ahora por este protocolo, hacia quienes debe ser remitida la víctima en virtud de sus necesidades clínicas.

De manera rutinaria debe contemplarse, como mínimo, la remisión a los siguientes profesionales:



Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.

-  Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogos/os clínicos) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia sexual.
-  Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

12.12. DERIVACIÓN HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA SEXUAL

Cuando el caso es identificado en primera instancia en cualquiera de los servicios ofertados en la E.S.E. VIDASINÚ, es decir, ante la revelación directa o la detección de casos de violencia sexual, se debe activar inmediatamente al sector protección, si se trata de una víctima menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF, y si se trata de una víctima mujer adulta debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia, con el fin de dar inicio al proceso de restablecimiento de derechos y que se tomen las medidas de protección integral a las que tienen derecho las víctimas de violencia sexual.

De manera simultánea, la E.S.E. VIDASINÚ debe activar el sector justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial - SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional - estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia.

En casos excepcionales, cuando por razones de seguridad las derivaciones a justicia o protección pongan en peligro la posibilidad de prestar los servicios de salud debidos, o arriesguen la salud y la vida de la víctima o los prestadores de salud, por ejemplo, cuando se atiende a víctimas en contextos fuertemente afectados por el conflicto armado interno, el personal de salud puede cumplir con el deber de informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre los casos sin necesidad de efectuar denuncias formales, mediante el reporte anónimo efectuado a las sedes centrales del ICBF o la Fiscalía en Bogotá, en donde se indique el tipo de victimización encontrada, el lugar de ocurrencia, y datos generales sobre la víctima (por ejemplo, edad y sexo), de modo que nadie quede expuesto a nuevas victimizaciones.

De otra parte, el caso puede ser recepcionado inicialmente por el sector justicia (Fiscalía, Policía Nacional o Comisarías de Familia), quienes deberán remitir al sector salud preferiblemente al servicio de urgencias, para que se presten los servicios de atención integral.

12.13. PROCEDÍMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

12.13.0. Diligenciamiento completo de la Historia Clínica para víctimas de violencia sexual

La Historia Clínica recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento clínico y epidemiológico de cada caso de violencia sexual detectado por el sector salud.

12.13.1. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal

Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual sufrida según los listados CIE - 10 presentados en el numeral 9.4.4. del presente protocolo (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"), recuerde caracterizar tanto el contexto de ocurrencia de la victimización sexual 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 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible), como indicando otros diagnósticos clínicos asociados al principal de violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionado.

Se debe diligenciar en los RIPS el correspondiente código de "lesiones por causa externa".

12.13.2. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica vigentes.

Todo caso de violencia sexual atendido en la E.S.E. VIDASINÚ, sospechosos o confirmado, se constituye como un evento de interés en salud pública y deberá notificarse de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública vigente en el momento de la consulta, utilizando siempre la ficha de notificación individual más actualizada disponible para este evento. Tanto el protocolo de vigilancia epidemiológica como la ficha de notificación se encuentran disponibles en las carpetas de habilitación en los equipos de cómputo de la E.S.E.; Así mismo, podrán ser consultadas en la página web del Instituto Nacional de Salud.

12.14. REALIZAR LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDA EN LA E.S.E. VIDASINÚ.

La E.S.E. VIDASINÚ cuenta con un profesional de la medicina general responsable de ejecutar el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución y que tenga atenciones de morbilidad contradas entre la EAPB y la E.S.E., de modo que será éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias, las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requiera la víctima para la estabilización de su salud en el corto, mediano y largo plazo.


Para los casos en que los usuarios no cuenten con atención de morbilidad en la E.S.E. VIDASINÚ, será la EAPB la responsable de garantizar los seguimientos, para lo cual todo caso será informado a la EAPB del paciente al momento de la activación de la ruta intersectorial por la persona delegada para esta función en la institución.


Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados. Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes 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.

12.15. CIERRE DE CASO

El médico o médica general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual atendido por el sector salud es el responsable del efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización de este, el manejo dado y los pronósticos obtenidos.

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

-  Educación de la víctima en cuanto a sus derechos Información a la víctima sobre promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas. Verificación de que han sido comprendidas por la víctima y sus acompañantes todas las indicaciones terapéuticas, así como la información sobre las rutas de atención integral a seguir, una vez abandonado el consultorio.

-  Asesoramiento integral sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prevención de embarazos.

BIBLIOGRAFIA

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Reglamento Técnico para la Determinación del Estado de Embriaguez Aguda. Imprenta Nacional 2006.
- Ley 906 de 2004 por medio de la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Ley 600 de 2000 por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.
- Fiscalía General de la Nación. Manual de Procedimientos del Sistema de Cadena de Custodia. Bogotá 2004.

Para ampliar y/o profundizar la información de este instructivo se debe consultar los siguientes reglamentos técnico forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, disponibles en la página web www.medicinalegal.gov.co:

- 1 “Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual. Versión 02, Agosto de 2006” Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Resolución 000571 de 2006).
- 2 “Instructivo para Manejo y Descripción de Prendas de Vestir en Casos de Delitos Sexuales”. En: Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual. Versión 02, Mayo de 2006” Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Resolución 000586 de 2002).
- 3 “Reglamento Técnico Forense para la Determinación del Estado de Embriaguez Aguda. Versión 01, Dic. 2005” Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Resolución 001183 de 2005).
- 4 “Guía Práctica para el Dictamen de Lesiones Personales” Primera Edición, Feb. 2001. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Resolución 001019 de 2004).
- 5 “Reglamento Técnico Forense para la Determinación de Edad en Clínica Forense Versión 02 Dic. 2005. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Resolución 001019 de 2004).

SEGUIMIENTO

Para hacer esta confirmación/descarte se deben realizar los seguimientos con pruebas de anticuerpos a los 3, 6 y 12 meses.