

RESOLUCIÓN 459 DE 2012

(marzo 6)

Diario Oficial No. 48.367 de 9 de marzo de 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de las facultades legales contenidas en los artículos 2o numeral 30 del Decreto número 1146 de 2007 y, en desarrollo de los artículos [8o](#) y [13](#) de la Ley 1257 de 2008 y 5o del Decreto número

CONSIDERANDO:

Que la Ley [1146](#) de 2007, “por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia contra niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente” en el Capítulo III establece disposiciones relacionadas con la atención para niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, la responsabilidad de los actores del Sistema de Salud, tanto público como privado, así como de los hospitales y centros de salud de carácter público, quienes brindan atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados;

Que el artículo [10](#) de la citada ley, estableció que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe expedir un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, a los profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;

Que el artículo [8o](#) de la Ley 1257 de 2008, “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal y de Ejecución Penal, se dictan otras disposiciones”, consagra los derechos de las víctimas de violencia sexual, a recibir atención integral en salud suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica, entre otros;

Que el artículo [13](#), numeral 1 de la Ley 1257 de 2008, consagra medidas en el ámbito de la salud, por las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe elaborar o actualizar los protocolos de atención de las víctimas de violencia sexual en las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres, teniendo en cuenta la prevención y protección de las víctimas y promoviendo el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos reproductivos;

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto número 4796 de 2011, “por el cual se reglamentan los artículos 8o y 13 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones”, señalando en su artículo 5o que “(...) De igual forma se adopta el Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. PROTOCOLO DE ATENCIÓN. Adoptar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento para las instituciones de salud, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.



ARTÍCULO 2o. MODELO DE ATENCIÓN. Adoptar el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Sexual, publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, como marco de referencia para la atención a personas víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.



ARTÍCULO 3o. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN. El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante la presente resolución será revisado y actualizado cada dos (2) años.



ARTÍCULO 4o. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN. El Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante la presente resolución, será revisado y actualizado cuando se considere pertinente.



ARTÍCULO 5o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 6 de marzo de 2012.

La Ministra de Salud y Protección Social,

BEATRIZ LONDOÑO SOTO.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ALCANCE

JUSTIFICACIÓN

POBLACIÓN

1. GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

2. PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

2.1 PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual

2.2 PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a víctimas de violencia sexual desde el sector salud

2.3 PASO 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas

2.4 PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima

- 2.4.1 Parte A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual
- 2.4.2 Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual
- 2.4.3 Parte C: El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual
- 2.4.4 Parte D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual
- 2.5 PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima
- 2.5.1 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión
- 2.5.2 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión
- 2.5.3 Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión
- 2.5.4 Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitados durante la atención en salud de la víctima
- 2.6 PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud
- 2.7 PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud
- 2.8 PASO 8. Asegure anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo
- 2.9 PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima en su consulta
- 2.9.1 Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta
- 2.9.2 Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial
- 2.10 PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima
- 2.11 PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de la víctima de violencia sexual
- 2.12 PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual
- 2.12.1 Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en la atención de la víctima de violencia sexual
- 2.13 PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que corresponden
- 2.13.1 Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual en formato USB/CD complementarios de este protocolo
- 2.13.2 Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente
- 2.13.3 Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada entidad
- 2.13.4 Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamientos nacionales que se establezcan
- 2.14 PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida
- 2.15 PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

3. SINOPSIS DEL PROCESO EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL POR EL SECTOR SALUD

4. SINOPSIS DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es una problemática mundial que en las últimas décadas ha sido reconocida como un problema de derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad y otros. Se constituye en una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en el ámbito personal y social.

Desde finales de la década de los noventa, en Colombia se han producido avances relevantes frente a la materia legislativa, su reconocimiento como una problemática de salud pública, el establecimiento de políticas y la adopción de guías y protocolos de atención.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con sus funciones y responsabilidades, desarrolló el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual a las instituciones prestadoras de servicios profesionales y equipos interdisciplinarios como una herramienta de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, acorde con el “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”, en el marco del Convenio 620 de 2010 celebrado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República con el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En el proceso de construcción del Protocolo, y el Modelo que lo sustenta, se contó con la participación de profesionales de diversas disciplinas (pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría, auditoría en salud, salud pública, medicina forense, odontología forense, psicología clínica), organizaciones no gubernamentales; ninguno de los cuales manifestó conflicto de intereses para su participación. En el instrumento se incorporan recomendaciones de profesionales usuarios del Protocolo en el sector salud y en el sector de protección y justicia que asistieron a los procesos de capacitación en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual organizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el país durante el año 2010.

Este documento describe, a través de quince pasos prácticos, los lineamientos a seguir para la atención integral de las víctimas de violencia sexual por el personal del sector salud a lo largo de los siguientes tópicos de acción: 1. La preparación del personal para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual. 2. La verificación de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual. 3. La recepción inmediata a la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas. 4. La valoración de la víctima. 5. La toma de las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima. 6. La profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud. 7. La profilaxis para VIH/ITS durante la consulta inicial por salud. 8. La anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 9. La derivación inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta. 10. Los seguimientos y derivación hacia otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. 11. La derivación hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. 12. La vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan. 13. Los seguimientos rutinarios de las víctimas de violencia sexual atendida por el sector salud. 14. El adecuado cierre de caso. El Protocolo no se centra en la detección, sino en la atención en salud de las víctimas, una vez detectadas.

Los contenidos que se incluyeron dentro de cada uno de los pasos, y los pasos mismos, fueron seleccionados a partir de las personas expertas participantes, incorporando las retroalimentaciones hechas por las y los profesionales que asistieron a las capacitaciones ya mencionadas y a los contenidos propuestos por el Modelo que sus

Adicionalmente, se sometieron a una validación técnica interna a cargo de profesionales del Ministerio de Salud y del Convenio 168 de 2010.

Uno de los principios éticos en que se basa el presente protocolo, y que debe ser garantizado durante el proceso de reconocimiento que la autonomía de las víctimas es prevalente ante las recomendaciones médicas y cualquier indicación, proceso o procedimiento incluido para la atención integral de la violencia sexual.

Está prevista la actualización periódica de los contenidos tanto del Protocolo como del Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual, acorde con los cambios que sucedan en el conocimiento relevante sobre el sistema de seguridad social en salud colombiano, y las retroalimentaciones que se continúen recibiendo de los profesionales usuarios de este protocolo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el respeto de las víctimas.

Objetivos Específicos

1. Ofrecer a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios herramientas metodológicas y conceptuales para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a la población afectada por eventos que constituyen la violencia sexual y evitar la revictimización.
2. Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones para garantizar la integralidad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.
3. Poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección, justicia y educación, para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.
4. Ofrecer instrumentos y formatos necesarios para cumplir con los procedimientos necesarios en la atención de los casos de violencia sexual.

ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contiene los procesos contemplados en la normatividad vigente para los actores del SGSSS y de aplicación a nivel nacional en los servicios en salud.

El Protocolo ha sido diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud debidamente entrenados en la atención de víctimas de violencia sexual en las diferentes IPS y, principalmente en sus servicios de urgencias, en todo el territorio nacional. El protocolo ofrece a los sectores de protección, justicia y educación, información pertinente sobre los procesos que deben contemplarse en la atención integral de víctimas de violencia sexual.

JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual tiene repercusiones en el bienestar y la salud física, mental y social de las víctimas y de la sociedad en general.

Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma de violencia sexual, la relación con el agresor, las condiciones o situaciones de las víctimas como por ejemplo la edad, el contexto en el que se pro-

sexuales, es decir, relaciones familiares, sociales, comerciales o en el conflicto armado, las redes de respuesta y atención de las instituciones y los recursos personales para sobreponerse al hecho violento.

Las formas más frecuentes de violencia sexual son el abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual de niñas y adolescentes. Las cifras de las que se dispone evidencian solamente una parte de la realidad de los casos.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en 2010, realizó 20.142 encuestas, de las cuales el 84% correspondió a mujeres y el 16% a hombres^[1]. Teniendo en cuenta la edad, el 86% de las víctimas son niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. De acuerdo con las variables de sexo y edad, de todas las víctimas de 10 y 14 años son el grupo más afectado y, entre los hombres, los niños de 5 a 9 años son las principales víctimas sexuales. Entre los principales agresores se encuentran: familiares (padrastrós, padres y tíos/as) con un 32,53%, personas desconocidas en un 19,69% y la pareja o ex pareja con un 47,78%. El sitio más común de ocurrencia de los hechos de violencia sexual fue la vivienda (59% de los casos).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 encontró que el 9,7% de las mujeres de las zonas urbanas han sido violadas por su compañero o esposo. Las mujeres más afectadas por la violencia sexual en las relaciones de pareja tienen las siguientes características sociodemográficas: están entre 40 y 49 años de edad, anteriormente, habitan en zonas urbanas y en las regiones Central, Pacífica y Bogotá, no tienen ningún nivel de educación superior y cuentan con primaria^[2].

La ENDS 2010 también evidenció que el 5,7% de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años fueron violadas por alguien diferente al cónyuge. Según algunas características socioeconómicas, los grupos de mujeres más afectadas por la violencia sexual perpetrada por alguien diferente al esposo o compañero, son las mujeres entre los 30 y los 39 años de edad, solteras y las que estuvieron unidas anteriormente, las que habitan en la zona urbana y las que tienen la educación secundaria. En relación con el violador, se encontró que los agresores más frecuentes son: el ex marido (16%), un amigo (12%), un pariente (9,6%), el novio (5,9%) y el padrastro (4,9%)^[3].

Como ha sido ampliamente denunciado y documentado, el conflicto armado profundiza y exagera las violencias que históricamente han afectado a las mujeres, niñas y niños, así como a la población afrodescendiente. La encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado en Colombia publicada por OXFAM en 2010^[4], encontró que un 17,58% de las mujeres de 15 a 44 años de edad (un total de 489.687 mujeres)^[5] fueron víctimas directas de violencia sexual en esos 9 años, lo cual incluye a las mujeres que cada hora fueron víctimas directas de diferentes tipos de violencia sexual como violación, violación forzada, esterilización forzada, acoso sexual, servicios domésticos forzados que incluyeron actividades de violencia en la vida social.

Si existe silencio e impunidad sobre la violencia sexual que se presenta en el marco de las relaciones sexuales en la social relacionada con la trata de personas y la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes, conocer la magnitud de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes es difícil por la complejidad de las condiciones económicas que genera este delito. “Aunque no existen estadísticas exactas se calcula que en Colombia hay más de 35.000 niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual. Esta cifra se incrementó de manera dramática en los últimos años por otros factores, al aumento del número de familias desplazadas hacia los centros urbanos, a la agudización de la pobreza que se desarrolla en el país y a los altos índices de pobreza que se han calculado corresponden al 63% de la población. Unicef^[7] se calcula que hay 35.000 niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual, y cada día se van vinculando, son más tempranas.

La trata de personas tiene diferentes modalidades de explotación, entre las que se destacan la explotación sexual, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, servidumbre, explotación de la mendicidad ajena, marketing sexual, órganos, turismo sexual (Ley [985](#) de 2005). La forma de trata más conocida y denunciada es la trata de personas para explotación sexual.

sexual, cuyas principales víctimas son las niñas, niños, adolescentes y mujeres. Se estima que entre colombianas ejercen la prostitución fuera del país, gran parte de las cuales lo hacen como víctimas.

Los diferentes tipos de violencia mencionados anteriormente producen altos costos tanto para el sistema de salud como para las personas y sus familias. Las afectaciones directas en la salud física y mental de las víctimas pueden ser: embarazos no deseados, dolores pélvicos crónicos, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, suicidios, entre otros.

Debido a las implicaciones de la violencia sexual en la salud de las personas y en la salud pública, el papel del sector salud en la prevención y detección de la violencia sexual y la atención de las víctimas con herramientas que, de acuerdo con la normatividad colombiana y el funcionamiento del SGSSS, sean efectivas y de calidad para garantizar a las víctimas de las violencias sexuales la recuperación de su salud y la justicia a través de una acción articulada entre los sectores de salud, protección y justicia.

POBLACIÓN

La población beneficiaria de la implementación del presente Protocolo son las víctimas de las diferentes formas de violencia sexual que sean atendidas en el sector salud por parte de equipos interdisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerados a las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.

1. GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

1.1 Violencia Sexual: La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual como “todo acto sexual, la explotación sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona”^[9]. Es necesario aclarar que no todas las formas en que se manifiesta la violencia sexual aunque la mayoría de ellas han sido recogidas por el Código Penal colombiano.

Partiendo de esta definición y del marco normativo internacional y nacional de los derechos humanos, se clasifican los subtipos, formas o modalidades en que se presenta la violencia sexual así: violación/asalto sexual; explotación sexual; trata de personas con fines de explotación sexual; explotación sexual de niñas, niños y adolescentes; y violencia sexual en el contexto del conflicto armado.

1.2 Violación/asalto sexual: El asalto sexual es definido por la OPS como “cualquier acto de naturaleza carnal, como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona”^[10]. En la legislación colombiana es la característica primordial de los delitos contenidos en el capítulo “De la Violación” del Código Penal. La Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia establece que para efectos de los delitos contra la libertad personal, la violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica-intimidación o amenaza que “el agresor utiliza para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que se le impone”^[11].

A partir de lo mencionado, la violación es una forma de violencia sexual en la que el agresor utiliza la fuerza o la intimidación como mecanismo para realizar cualquier tipo de acto sexual con la víctima. En la violación, no importa la edad o sexo, puesto que lo que la determina es el mecanismo utilizado por el agresor para imponer el acto sexual. El Código Penal incluye en el mencionado capítulo “De la Violación” conductas tales como el acceso carnal violento y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona a la que el agresor impide o incapacita de resistir el acto (a través del uso de narcóticos, golpes, entre otros, que lleven a la víctima a no comprender lo que ocurre a su alrededor).

1.3 Abuso sexual: Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia^[12] el delito de abuso sexual se configura con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una posición de superioridad respecto de la víctima, para imponerle un acto sexual.

frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad preexistente del orden de la “superioridad manifiesta” o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agredido años); poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); vulnerabilidad psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.

El Código Penal colombiano establece como delitos sexuales abusivos: Los actos sexuales o el acoso sexual de un menor de 14 años, estos dos delitos están definidos únicamente por la edad de la víctima, dejando en claro que una conducta sexual cometida contra un niño o niña menor de 14 años se constituye en delito^[13]. También incluye el delito de acceso carnal o acto sexual con incapaz de resistir, delito en el que el agresor no someter a la víctima, sino que esta ya se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad cuando una mujer se emborracha por sí misma o se encuentra drogada o ha sufrido un desmayo o tiene inferioridad psicológica frente a la posición y conocimiento del agresor, entre otras) de la que se aplica el delito sexual.

Adicionalmente, el artículo [29](#) de la Ley 1257 de 2008, tipificó en Colombia la conducta de acoso sexual como un acto sexual abusivo, configurando el artículo [210 A](#). La conducta delictiva consiste en: “El que, por su posición de superioridad y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, familia, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos”. En este delito “lo que puede ser el límite entre el libre enamoramiento y el acoso, lo constituye la negativa a las pretensiones sexuales, es decir, la imposibilidad de una resistencia seria del sujeto pasivo a las pretensiones sexuales, dada la relación de poder existente, derivada, como se dijo, por relaciones de autoridad o de poder, laboral, social, familiar o económica”.

1.4 Explotación sexual: Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Según la legislación colombiana define explotación como “el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para un tercero”. Aplicada al contexto de la explotación sexual, esta consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el 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 prevenir la trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (artículo [60](#)).

1.5 Trata de personas con fines de explotación sexual: La trata de personas es una manifestación coercitiva en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y sujetos de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarle o le traslada (dentro del departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede afectar a personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye una eximente de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación sexual consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba).

1.6 Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes: 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 uso de una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar por su compañía o servicios sexuales. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de un tercero de una forma actual de esclavitud”. Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo. En los delitos introducidos en el Código Penal 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).

1.7 Violencia sexual en el contexto del conflicto armado: A la luz del Código Penal colombiano (Ley 1712 de 2014, en concordancia con los tipos establecidos por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional) en el contexto del conflicto armado colombiano pueden describirse, entre otros posibles, los siguientes:

1.8 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 con integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder del enemigo, combatiente, pero se encuentra herido, enfermo o náufrago o puesto fuera de combate. También si la víctima es miembro de personal sanitario o religioso, de los periodistas en misión o de los combatientes que hayan depuesto las armas por rendición u otra causa análoga. Está especificado en el art. 138 del Código Penal colombiano.

1.9 Actos sexuales violentos con persona protegida: El artículo [139](#) del Código Penal colombiano define como delito cuando alguna persona “con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al que se permite en el conflicto armado, con 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 heridos, enfermos, náufragos, fuera de combate, o que hayan sido capturados, rendidos o causas análogas; personal sanitario o religioso; periodistas en misión o corresponsables de medios de comunicación que fueron considerados apátridas o refugiados al principio de las hostilidades.

1.10 Esclavitud sexual/prostitución forzada: De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de Roma 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 cometido como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de que constituye un crimen de guerra (es decir, las violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados no internacionales).

En este contexto la esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o más personas sobre una o más víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se materializa en actos de compraventa, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima 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 de beneficio 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 detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la falta de capacidad para dar su libre consentimiento, para de esta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo, o para realizar actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.

1.11 Embarazo forzado: De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional, el embarazo forzado puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario como un crimen de guerra. Por embarazo forzado se entiende el confinamiento ilícito de una mujer embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o cometer uno de los crímenes graves del Derecho Internacional Humanitario.

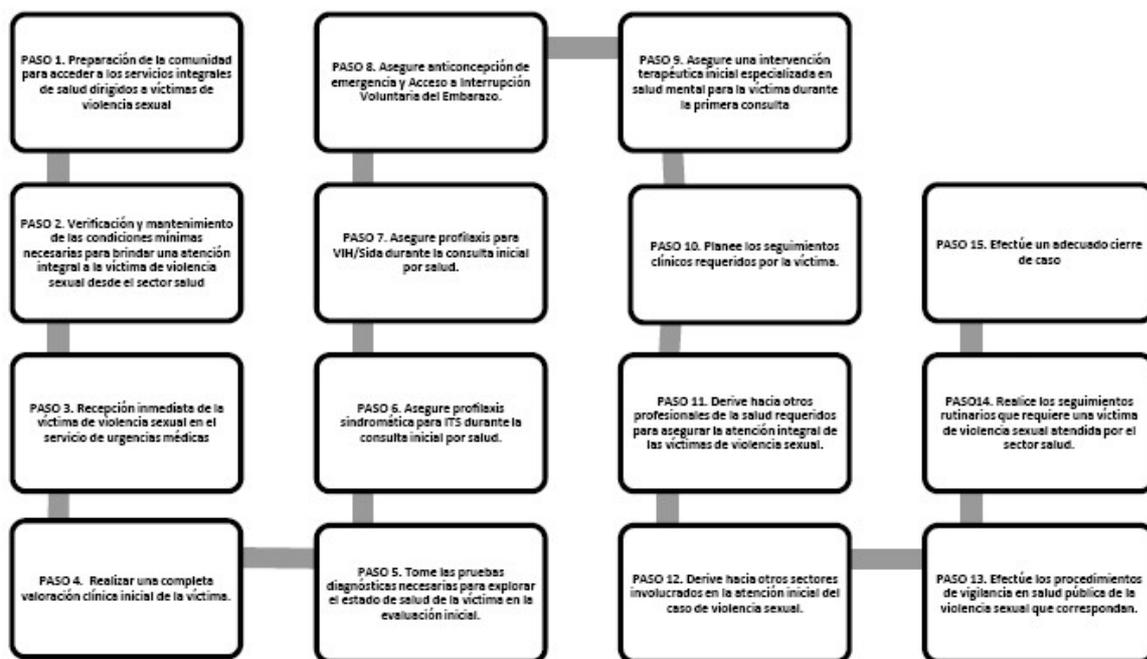
El embarazo forzado guarda una estrecha relación con el delito de genocidio, puesto que se puede cometer con el propósito de destruir total o parcialmente un grupo nacional, étnico, racial, religioso o político, por sí mismo.

1.12 Tortura en persona protegida: Definida por el Código Penal colombiano en su artículo [137](#) como

desarrollo de conflicto armado, inflija a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos, con tercero información o confesión, de castigarla por un acto por ella cometido o que se sospeche que coaccionarla por cualquier razón que comporte algún tipo de discriminación”. Cuando tales dolores psíquicos se producen a través de actos de violencia sexual, se estará ante un caso de tortura sexual ejecución en las personas protegidas por el Derecho Internacional Humanitario que ya fueron descr

1.13 Otras formas de violencia sexual descritas en el conflicto armado colombiano: Independienten aún descritas dentro de los tipos penales colombianos propios de violencia sexual en el marco del c investigación en el tema realizada en Colombia ha identificado que dentro del país se han cometido en el contexto del conflicto armado, tales como regulación de la vida social, servicios domésticos fi y aborto forzado. Por regulación de la vida social se considera el acto o conjunto de actos por los cu fuerza o la amenaza de su uso se controla la sexualidad y la regula la vida afectiva. Por aborto forza tiene como finalidad la interrupción inducida de un embarazo en contra de la voluntad de la mujer e forzada se entiende como la acción de planificación reproductiva definitiva producto de la obligació Por servicios domésticos forzados se entiende el conjunto de acciones mediante el cual generalmen fuerza obliga a un grupo de personas o a una persona a realizar para ellos labores domésticas que pr actos sexuales[14].

2. PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOL



2.1 Paso 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a

Implementar de manera permanente acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), de general, en torno a los siguientes temas:[15]

1. El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de atención inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contra la Violencia Sexual: Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.

2. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual, independientemente de su edad, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente

3. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
4. Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual, a ser atendidas en los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad y el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
5. Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.
6. Los horarios de atención de esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles durante la semana.
7. Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna.
8. La necesidad de que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la evidencia de ocurridos los hechos.

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de los grupos de personas altamente vulnerables al problema:

- a) Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR);
- b) Usuarias de programas de control prenatal;
- c) Personas usuarias de Programas de Atención Integral en ITS-VIH/sida;
- d) Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes;
- e) Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados;
- f) Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría;
- g) Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado interno, en cualquiera de los servicios generales de cualquier servicio de salud;
- h) Mujeres y otras personas con discapacidad;
- i) Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios;
- j) Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural;
- k) Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas;
- l) Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes;
- m) Personas migrantes y refugiadas.

SON DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

(Ley 360 de 1997):

- a) Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines de asistencia social;

- b) Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible;
- c) Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el
- d) Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por
- e) Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
 1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/s
 2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
 3. Recopilación de evidencia médica legal.
 4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados c

En cuanto a los Derechos de las y los pacientes, en Colombia, la Resolución número 13437 de 1991 adoptar como postulados básicos para propender a la humanización en la atención a los pacientes y la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y pacientes que se establecen a continuación, los cuales todo paciente debe ejercer sin restricciones p idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o con

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como tamb que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condic que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así con tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. Tai familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opinione enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médic los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos a pagar por los servicios obtenid profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en cas que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que p
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por pe calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos pa

a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de en la fase terminal de su enfermedad.

2.2 Paso 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral en salud para víctimas de violencia sexual desde el sector salud

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual^[16]

Actividades	Responsables
Delegar una persona responsable (profesional de las ciencias de la salud o sociales).	Directivas de la Institución.
Conformar el equipo institucional básico conformado por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área administrativa (de acuerdo con el tipo de institución).	Directivas de la Institución. Delegado responsable.
Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.	Equipo institucional básico. Las directivas de la institución tienen el deber de continuar para informar y capacitar en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual al personal que pueda llegar a estar en contacto con una víctima.
Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos.	Equipo de atención en salud. De acuerdo con las características de cada entidad.
Adelantar procesos de información y capacitación al interior de la entidad.	Las directivas de la institución tienen el deber de continuar para informar y capacitar al personal que pueda llegar a estar en contacto con una víctima. Equipo de atención en salud.

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual¹⁶

Actividades	Responsables
Garantizar insumos y dotación para la atención.	Directivas de la Institución. Equipo de atención en salud.
Seguir las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran.	El equipo de atención en salud, apoyado por las directivas, debe garantizar el acceso directo a las víctimas, de manera confidencial para su atención y los insumos adecuados para evitar los procesos de revictimización.
Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.	
Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.	Una persona delegada del equipo de cada institución con los comités, redes, o mesas intersectoriales de atención a víctimas de violencia sexual que existan en el departamento. Equipo de seguimiento de casos, a través del referente de la Institución Departamental para el tema. Diligenciar un directorio de actores e instituciones comprometidas que incluya los sectores de protección civil, educación, justicia, salud y otros.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Los casos de explotación sexual, trata de personas, y violencia sexual en el marco del conflicto armado personal sanitario y las instituciones desarrollen especificidades para su detección y manejo integral.

2.3 Paso 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas

Recuerde que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia y se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.

Es inaceptable interponer cualquier barrera de acceso para la atención por el servicio de urgencias de violencia sexual.

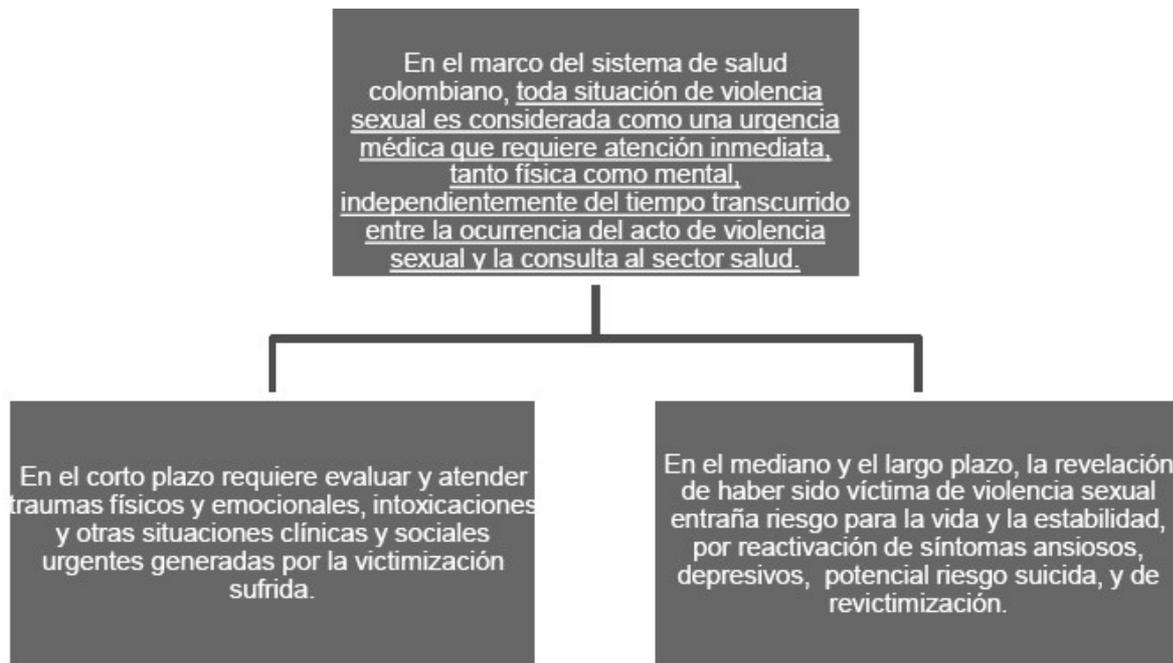
Es imprescindible que las víctimas de violencia sexual sean atendidas en un servicio de urgencias por gratuidad, celeridad, oportunidad, integralidad y calidad de los servicios y procedimientos que requiera la clínica. Además, la atención por urgencias amortigua barreras de acceso frecuentes a los servicios de urgencias mediadas por el régimen de aseguramiento o las listas de espera en servicios ambulatorios. También se deben garantizar procedimientos generales, intervenciones especializadas en salud mental, y medicamentos requeridos para la atención de violencia sexual.

Esto debe ser explicado claramente a cualquier víctima de violencia sexual que consulte inicialmente en el servicio de urgencias, independientemente de que el evento de victimización sexual sea reciente o antiguo, de origen directo o de una situación de violencia sexual detectada en alguien que consultó por otro motivo, y en el cual se detecte.

Un servicio de urgencia es la unidad que presta servicios las 24 horas en forma independiente o dentro de un hospital de servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan atender a personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previos al Ministerio de la Protección Social para esa unidad (Anexo Técnico 2 de la Resolución número [104](#) de 2010).

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias es cuando tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual que niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.

La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I de triage. Después de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que la víctima acuda con ideación suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor abdominal, psicomotor, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen riesgo a la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido desde la victimización y el de la consulta.



Es indispensable que:

- a) En el momento que detecte a una víctima de violencia sexual, se estabilice emocionalmente y se servicios de urgencias correspondientes, o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de violencia sexual que se tengan dispuestos específicamente, donde la han de recibir y atender sin requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral;
- b) En el contacto inicial con el servicio de urgencias o el servicio especializado para la atención inicial de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que puede sufrir la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de la atención integral en violencia sexual por el sector salud.

2.4 Paso 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima

Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta la historia de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a: examen físico y examen mental.

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según la condición de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este documento, que por la condición clínica se puedan requerir^[17].

Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual

- a) Atención de urgencia: inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física;
- b) Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual;
- c) Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida;
- d) Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h);
- e) Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo;

- f) Recolección de evidencias;
- g) Orientación a la familia;
- h) Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos;
- i) Remisión a protección y reporte a justicia.

Es indispensable que:

- a) Asuma y atienda el caso como una urgencia médica;
- b) Evalúe y atienda de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida;
- c) Con la persona estabilizada, continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación a las víctimas de violencia sexual y por la toma del consentimiento informado para la atención clínica in

2.4.1 Parte A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual

Se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En las preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas varias alternativas de respuesta.

Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que no ha sido mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario y si el entrevistador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya po

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

Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en un apoyo durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la reincidencia de episodios de violencia sexual^[18].

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 víctimas de violencia sexual.

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

Edad	Quién	Qué	Dónde	Cuándo	# de veces	Circunstancias
3 años						
4-6						
7-8						
9-10						
11-12						

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

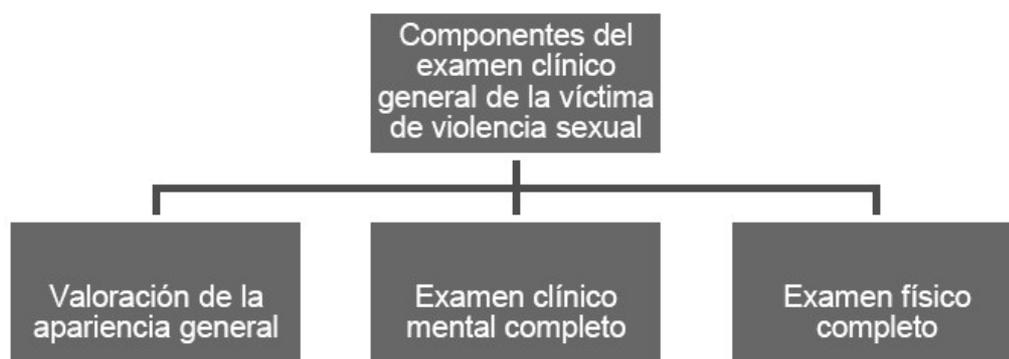
Es indispensable que:

- b) Evite la revictimización de la persona que está siendo atendida;
- c) Evalúe la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir sexual;
- d) Asegure condiciones de confidencialidad y privacidad;
- e) Tome los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica;
- f) En cuanto al incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta que se está atendiendo, d historia clínica de acuerdo con la descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acom
- g) Registre también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaci de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas l Consulte el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sex este tema^[19];
- h) Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la vict su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia;
- i) Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes d no estén relacionados con el episodio actual, entre otros. En cambio, no es pertinente preguntar ni r valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio
- j) Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización se casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de DNA;
- k) Historia de mutilación sexual femenina. (Ablación del Clítoris);
- l) Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos;
- m) Estado ante el VIH/Sida.

2.4.2 Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual

Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación clínicamente indicado).

La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médico de procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilidad sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración de un especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden a la atención médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.



Adicionalmente, dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la evaluación e intervención por parte de un profesional especializado en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico/a) con la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el momento, después de culminada la atención de la urgencia.

Es indispensable que:

- Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, estado de ánimo, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, introspección;
- Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y detallada la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada sitio 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 los signos encontrados en el cuello y los senos (incluyendo sugilaciones de las cuales se deben tomar muestras) como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras adicionales, en busca de fluidos.

Durante todo el procedimiento de examen físico de la víctima de violencia sexual, se le debe informar solicitando su permiso para hacerlo. Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábana descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada.

2.4.3 Parte C: El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual

Se recomienda valorar cuidadosamente, dependiendo de la edad, de la narración y vivencia que tenga la pertinencia o no de realizar examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en la historia clínica. Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en el organismo; hacen somatización, en donde 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 evaluación física y genital se debe orientar a documentar el tamaño y color de cualquier tipo de herida o cicatriz. 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 o síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico. Sin embargo, un examen físico general, realizado cuidadosamente en este tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado normal, es tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Se debe documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.

Es indispensable que:

- a) Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, obtener su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunas de las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración;
- b) Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrado: como en el área anal;
- c) En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las carinas internas y mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el perineo, la región anal y perianal;
- d) En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de ellas en el escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el ano y la región perianal.

2.4.4 Parte D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual

2.4.4.1 Diagnósticos clínicos específicamente relacionados con el evento de violencia sexual sufrida

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

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

2.4.4.2 Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitant

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundari diagnósticos relacionados organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso, incluidos en el siguiente cuadro u otros adicionales necesarios:

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

2.4.4.3 Diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundari diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 que apliquen para el caso evaluado.

2.4.4.4 Diagnósticos clínicos de la esfera física

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundari diagnósticos relacionados, aquellos que sean documentados durante la valoración efectuada, utiliza CIE – 10.

2.4.4.5 Diagnósticos de lesiones de causa externa

Además, en los registros RIPS de Consulta (AC) y de Urgencias (AU) en el apartado de causa exteri

1. 9 sospecha de maltrato físico.
2. 10 sospecha de abuso sexual.
3. 11 sospecha de violencia sexual.

4. 12 sospecha de maltrato emocional.

Para la ampliación de estos contenidos, puede revisar el Formato Único sugerido para la toma de es incluye en la sección de ayudas didácticas contenidas en USB/CD. Además, se recomienda consult Modelado de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

2.5 Paso 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en la generalidad de las víctimas de violencia s

1. Serología para sífilis (VDRL).
2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detecc
3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de *Trichomona vaginalis*, como para descartar la presencia c
4. Prueba de tamizaje para VIH.
5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra Hepatitis B.
6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

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

La prueba de toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncep víctimas de violencia sexual.

Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los para clínicos, como los medican requieren

En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en Niñas, Niños y Adolescentes - NNA, entre explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado tra indicativos de violencia sexual. La presencia de *Chlamydia* o *Trichomona* resulta altamente sugesti

Teniendo en cuenta que existen algunas variaciones en cuanto al tipo de pruebas que han de ser sol de consulta de la víctima y el tipo de victimización sufrida, se plantean los siguientes casos:

2.5.1 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego d

Es indispensable que:

- a) Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente;
- b) Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas, n que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o t debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;
- c) Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotació asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos cor
- d) En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con interpretaciones correspondientes;

e) Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos vigentes en Colombia. Ver el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación” del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

2.5.2 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después

Las pruebas diagnósticas que deben ser solicitadas cuando la víctima consulta entre cuatro y cinco días después varían según el tipo de agresión sexual sufrida.

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas:

- a) Prueba de Embarazo;
- b) Asesoría para prueba de VIH;
- c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

2.5.3 Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan después de cinco días desde la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- a) Prueba de Embarazo;
- b) Asesoría para prueba de VIH;
- c) Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

2.5.4 Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitadas durante la atención en salud de la víctima

Independientemente del tipo de agresión sexual sufrida o del momento de consulta después de esta, se deben solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima para garantizar una atención integral en salud con calidad.

-- En todos los casos, en la historia clínica se debe dejar registro tanto de la solicitud como de los resultados de las pruebas realizadas.

2.6 Paso 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud

Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en la fichas que complementan este protocolo).

Es indispensable que:

- a) Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de agresión sexual.
 - b) Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otros tipos de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección;
 - c) Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. Se debe de proveer la vacuna contra hepatitis B a los pacientes víctimas de violencia sexual. La gamaglobulina anti-hepatitis B se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y adultos.
 - d) Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.
- Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio medico y disponibilidad.

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTI-HEPATITIS B. La gamaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 10 años de edad para considerarla útil.

1. VACUNA CONTRA HEPATITIS B:

Se debe iniciar antes de 24 horas.

La dosis depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg.

- Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años incluidos.
- 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 intervalo largo entre la segunda y tercera (6 meses); aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses; en estos casos las dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

2. GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)

Para profilaxis simultanea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera dosis de la vacuna. Si se aplica una profilaxis simultanea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Se debe administrar la misma dosis.

2.7 Paso 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de profilaxis para VIH/Sida cuando está indicada[21].

La toma de exámenes de laboratorio no es pre requisito para iniciar la profilaxis descrita en las ayudas al protocolo, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar tratamiento profiláctico con ARV.

Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el Pep Kit completo, para personas adultas y adolescentes, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

Es indispensable que:

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

b) La profilaxis para VIH/Sida está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCN sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan de urgencia cuando se verifica que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de riesgo de contraer la enfermedad.

Se pueden presentar condiciones de riesgo: luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual, especialmente riesgo detectado para VIH/Sida.

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 ocurran transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se debe realizar la profilaxis integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

Calificación del Riesgo para VIH/Sida para decidir suministro de Profilaxis en casos de abuso sexual que ocurren en las 72 horas posteriores al contacto de alto riesgo.

Riesgo considerable para la exposición al HIV	Riesgo insignificante para la exposición al HIV
Exposición de:	Exposición de:
Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.	Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas o contacto percutáneo.
Con:	Con:
Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre.	Orina, secreciones nasales, saliva, sudor u otros fluidos visiblemente contaminados.
Cuando:	Cuando:
Es conocido que el agresor está infectado por HIV:	Si se conoce o sospecha la situación de riesgo de exposición al HIV:

Fuente: CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations for the United States. MMWR 2005; 54 (N RR-2): p.8. Traducción propia.

2.8 Paso 8. Asegure anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

Es indispensable que:

- a) De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de asalto sexual (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte a una profesional de la salud luego de la agresión sexual;
- b) La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. No se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, o el resultado de una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de emergencia. El resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción de emergencia. No hay ningún daño reportado en la mujer, o el feto, durante el embarazo, si se usan anticonceptivos de emergencia en mujeres que ya están embarazadas.

Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormonal

Anticoncepción de Emergencia (AE)	de – Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas)
Profilaxis para Embarazo.	– La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar hasta 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es mucho más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora que pasa desde los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable. La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica a las mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vagina, que existe un riesgo de que se produzca un embarazo. Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya estado embarazada por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente no quiere la IVE.

Método Combinado o Yuzpe: otro esquema que también puede ser utilizado para brindar la anticoncepción de emergencia hormonal consiste en la toma vía oral de dos tabletas de anticoncepción de altas dosis (cada una con 0.1 mg de Levonorgestrel y 50 µg de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual seguida de dos tabletas 12 horas más tarde. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de dosis bajas (Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis de 0.1 mg de etinilestradiol y 500 µg de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después (Ver: Resolución del Ministerio de la Protección Social).

Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual:

Es indispensable que:

- a) Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucre riesgo potencial de embarazo (asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse la anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo sea adecuado para la paciente (Ver: Resolución número 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social);
- b) Se suministre la información sobre el derecho a la IVE; esta no debe estar supeditada a un resultado de prueba de embarazo, pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención. La profesional que atiende a las víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla;

c) La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, dando siempre que esta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en los servicios de salud. En casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, 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 una intervención orientada a prevenir la morbi-mortalidad materna y los daños personales, familiar y social. El 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 la víctima de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para esta opción, la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser referida a otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia no realiza el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede hacer referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la víctima de violencia sexual, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco días corridos entre la solicitud y la atención de cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer el derecho a la IVE.

Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 días de embarazo, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos NUNCA se debe retrasar la solicitud en espera de una denuncia. Sentencia T-209 de 2008.

La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la decisión de la víctima, debe ser respetada. Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006.

Los componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual se resumen en el cuadro adjunto. Pueden ser consultados de manera extensa en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, 2010[22].

Se deben explicar todos los riesgos y beneficios del procedimiento, en el marco de la toma de decisiones.

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual

Componente	Descripción Mínima
Recepción	Tiempo de espera breve incluso sin cita previa. Ausencia de la toma de datos establecidos para la identificación de la víctima de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que rellene un formulario.

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual

Componente	Descripción Mínima
Información inicial	Un profesional debe brindar a la mujer información sobre las condiciones de confidencialidad, con una actitud empática suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y certeza de que la paciente será atendida en la institución, explicación de pasos a seguir, programación de la atención psicológica ese mismo día (si se trata de una víctima de violencia sexual) primero a la valoración psicológica y desde allí, ser acompañada y referida a la atención de IVE. Definir qué tipo de ayuda ha pedido y de quién la ha recibido.
Consulta médica	Requiere una duración mucho mayor que otras consultas, debe ser empática y proporcionar el nombre. En privado prescribir el medicamento.

su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración de la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen. Contar nuevamente todo lo sucedido. Preguntarle cómo se sintió. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes. Preguntarle qué le trae que traiga. Sostener una conversación tranquila con la víctima, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido. Explicar el tipo de examen que se realizará así como el uso del espéculo. Si es necesario, indicar cómo acomodarse en la mesa de examen. Si es un examen ginecológico, ser especialmente cuidadoso al momento de realizarlo primordialmente a establecer la edad gestacional para determinar si es apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin olvidar la posibilidad de que por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un requisito para establecer si debe ser derivada a otro tipo de procedimiento. Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser un requisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a otros métodos de interrupción de la edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede ser manejada con sedación durante el procedimiento. Solicitar de rutina pruebas de serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo 1 y 2 si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento.

Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales	Esta orientación debe ser realizada por profesionales de psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experiencia en el manejo sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. Ser una persona amable, cálida y empática. El espacio de consulta debe ser confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la consulta. Si el paciente lo desea, puede permitirse el acceso de un acompañante cercano. En caso de niñas, niños y adolescentes en este caso debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor o sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona debe contar con el asentimiento informado de la niña, niño o adolescente para permitir las interrupciones. La actitud debe ser de escucha activa, un espacio narrativo de la víctima, desculpabilizando y sin ir más allá de lo que ella puede manejar con facilidad. Debe familiarizarse a la víctima con los recursos emocionales y su manejo acorde con recursos internos, redes de apoyo y los riesgos de revictimización. Debe incluirse información en particular a la IVE, junto con otras posibilidades de interrupción de las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ninguna dirección.
Remisión y articulación interinstitucional	Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida por el profesional donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de atención o facilitar todos los trámites administrativos, soportes de identidad y otros necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o enfermería) evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la atención o a la remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser atendida en las siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento de la atención que ha recibido la atención solicitada.
Información, consentimiento informado y autonomía	Las mujeres víctimas de violencia sexual que solicitan la interrupción de la información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus opciones de interrupción, riesgos y efectos para su salud y su vida. Esta información debe ser para solicitar la firma del consentimiento informado.
Procedimientos de IVE	La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes métodos de interrupción recomendables según la edad gestacional. Los métodos primarios son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, con el primer nivel por médicos generales. La dilatación y curetaje, y el "legrado uterino", no se considera un método de elección. El manejo del dolor acorde con las características clínicas de la víctima y de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento. El tiempo de recuperación posteriores al procedimiento durante 30 – 40 días post –procedimiento para 7-15 días después de este. El

reporte de los casos, acogiendo los lineamientos del Min
Como la violencia sexual es una urgencia médica, cuar
causal de violencia sexual la provisión de servicios, pr
necesarios para brindar la atención NO ESTÁ RESTI
aseguramiento o el nivel de complejidad.

Control y seguimiento

El objetivo de este control es evaluar la salud general
complicaciones que no hayan sido reconocidas a través d
los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento c
acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

En el caso de IVE con medicamentos, el control también c
el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una fall
incompleto, se debe confirmar. En caso de confir
procedimiento de evacuación uterina por aspiración. Si se
iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de c
oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias
ofrecer asesoramiento adicional. La asesoría anticonceptiv
y siempre debe hacer parte de la atención. Si la mujer c
anticonceptivo, debe ofrecérsele en este momento. La inf
sobre la atención se encuentra en el protocolo de prevenció

2.9 Paso 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie c
requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervencion
ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecid
cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel d
en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctim
mecanismos de referencia y contrarreferencia que se requieran para asegurarlos. Al respecto, recorda
el artículo [19](#), declarado exequible por la Sentencia C-776 de 2010, establece que ante las mujeres v
género, incluyendo la violencia sexual, los servicios de salud: “contarán con sistemas de referencia
atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad”.

En su conjunto, las acciones no especializadas y especializadas en salud mental que se deben ofrec
sexual son^[23]:

2.9.1 Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta

2.9.1.1 Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la en contacto con la víctima

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de
para 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, pa
sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de at
psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho
gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

2.9.1.2 Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son brindados por la médica o el médico general de urgencias, j
del equipo de salud no especializado en salud mental, que atienden el caso con el objetivo de prepar
recuperación emocional de la víctima. Por lo tanto, es importante que las personas profesionales en

profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

La médica o médico general de urgencias debidamente entrenado/a debe efectuar también la evaluación del manejo de los riesgos de auto y heteroagresión que encuentre en la víctima. SIEMPRE se debe recurrir a la atención especializada de urgencias con la o el psiquiatra, la o el psicólogo clínico o con entrenamiento en el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental.

Los primeros auxilios psicológicos NUNCA reemplazan a la atención especializada de salud mental. La víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias.

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

1. Orientación y apoyo a la víctima en torno a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
2. Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervención general.
3. Promover la desculpabilización de la víctima.
4. Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la culpa.
5. No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
6. Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
7. Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
8. Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección.
9. Activar estrategias y rutas de protección.
10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración de la 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 riesgo de auto o heteroagresión, así como la hospitalización o remisión para protección en casos de ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima, pues es competencia mínima de la atención de urgencias médicas, que el perfil profesional del médico general debe tener.

La sedación a una víctima en riesgo de auto o heteroagresión –en los casos que se requiera– debe ser realizada de manera general a cargo del caso, entendiéndose como una acción previa a la llegada de la médica o médico general que verifiquen las condiciones médicas de base, cuya corrección ha de priorizarse antes de sedar y controlar los signos vitales, el médico o médica general puede emplear alguno de los esquemas descritos en el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Es claro que la sedación no es una medida que deba ser utilizada de manera generalizada ante cualquier nivel de riesgo de auto o heteroagresión, depresivo o irritabilidad manifestada por la víctima de violencia sexual. Solamente ante casos de riesgo de auto o heteroagresión. En todo caso con riesgo suicida o heteroagresivo debe, además, solicitarse evaluación para diagnóstico y tratamiento específico de la situación.

Una vez se tiene a la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o controlado los riesgos de base, relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación por alcohol o drogas), se debe proceder a la valoración y manejo de la víctima.

craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico y los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias:

Persona adulta

Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que acepta vía oral:

Loracepam 2 mg VO cada media hora. Mantener 6-12 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias.

Haloperidol 5 mg VO cada hora. Si no acepta vía oral, considerar la aplicación intramuscular descrita en la sección siguiente. Mantener entre 5-10 mg/día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que NO acepta vía oral:

Haloperidol 5-10 mg cada 30 minutos hasta 30 mg. Mantener con dosis máximo de 20 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias.

En cualquier caso, indicar monitoreo frecuente de estado general, tensión arterial y otros signos vitales.

Niña, niño o adolescente

Cuadros psicóticos con riesgo activo

Difenhidramina: 1-5 mg/kg niños. (riesgo de desinhibición y tolerancia)

Risperidona en solución 1 mg/ml, para pacientes con peso menor de 50 kg; si el paciente es mayor que 50 kg.

En este grupo poblacional también Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml en cortos períodos de tiempo; máximo 3 días para evitar efectos adversos.

Por vía oral, con gotas que nunca caigan directamente en la boca, sino mezcladas con frutas:

Hasta los 10 años de edad o menos iniciar 0.01 a 0.03 mg/kg/día. Aumentar incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día con el control de la crisis o la aparición de síntomas.

Entre 10 y 16 años de edad: la dosis administrada en 2-3 dosis divididas en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día).

Puede haber casos con agitación por

Si se encuentra alguna condición médica de base o asociada con los síntomas heteroagresivos o suicidio, agresión sexual, y sin dejar de brindar el manejo médico específico correspondiente, se debe suministrar.

Haloperidol 5-10 mg cada 1-3 horas, con tope máximo de 20 mg/día, hasta la valoración y continuación por el psiquiatra.

2.9.2 Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial

La intervención especializada ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que puede ser realizada por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados. Posteriormente, si se considera necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para continuar con su atención por psiquiatría o psicología en consulta externa, o puede ser derivada para atención integral en salud interdisciplinaria. La decisión por alguna de estas dos opciones se puede tomar una vez terminada la atención en urgencias y la primera sesión de terapia breve por especialista orientada hacia la intervención en crisis.

2.9.2.1 Intervención en crisis propiamente dicha

Debe ser realizada por un médico o médica psiquiatra o, una psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados en intervención en crisis. El siguiente cuadro describe sus características principales:

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico clínico) para víctimas de violencia sexual

Objetivo	Reducir las posibles consecuencias negativas que puedan derivarse de la identificación y el fortalecimiento de redes familiares y sociales, y la búsqueda de apoyo para resolver problemas específicos, mediante la atención especializada en salud mental, como parte integral de la atención de la víctima de una victimización sexual.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención integral de la víctima de violencia sexual en una institución de salud.
Duración	De 60 a 180 minutos, según necesidad.
Periodicidad	La psicoterapia breve puede ser entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a la necesidad de la víctima y las posibilidades del contexto. En formato multis Sesiones, se recomienda una sesión por semana e ir espaciando hasta máximo 10 sesiones.
Profesional a cargo	Profesional de la psicología o psiquiatría con especialidad en psicología o psiquiatría con experiencia específica para el manejo psicológico de víctimas de violencia sexual, ya que se requiere un profesional especializado que requiere conocimientos en el manejo de la violencia sexual.
Tipo de paciente	Toda persona víctima de violencia sexual, de cualquier grupo de edad, género o etnia, que esté siendo atendida por una institución de salud, con consentimiento informado para la atención de la urgencia médica y la atención de salud, incluyendo los componentes de atención psicológica especializada.
Formato	Psicoterapia breve centrada en la víctima, puede ser individual o en diada. En casos de violencia sexual contra menores de 18 años, si se requiere el acompañamiento es aceptado.
Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS	<p>En ningún caso la víctima y el agresor deben ser atendidos en el mismo contexto terapéutico.</p> <p>Interconsulta médica especializada por médica/o psiquiatra.</p> <p>Consulta de urgencias por médico psiquiatra.</p> <p>Procedimiento de psicoterapia individual.</p> <p>Procedimiento de psicoterapia individual.</p> <p>Traslado de pacientes para procedimientos necesarios dentro de la urgencia médica.</p> <p>Es obligatoria la atención por parte de profesionales de psiquiatría, psicología o psicopedagogía con entrenamiento en clínica.</p> <p>En casos de mujeres, adolescentes y niñas, se debe considerar el acompañamiento de la familia o de la red de apoyo.</p>

violencia sexual en el marco de la Ley 1257 de 2008, especialmente en el contexto de la atención de salud, requiere acompañamiento por parte de la familia y la intervención psicosocial, así como el apoyo económico, de acuerdo con la Sentencia T-109 de 2008 y la Sentencia Constitucional C-109 de 2008.

Igualmente, los psicofármacos como parte integral de la atención de salud de las víctimas de violencia sexual.

La Ley 1257 de 2008 en el artículo 14 y la Sentencia C-776-10 de 2010 de la Corte Constitucional, Promotoras de Salud, tanto del sector público como subsidiado, serán: “las encargadas de brindar atención de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las víctimas de violencia sexual, a sus hijos e hijas y a sus acompañantes.”

Garantizar la habitación y alimentación de la víctima en el sitio donde se remita para intervención especializada en salud mental, incluyendo el servicio de transporte de la víctima y de sus hijos e hijas (y de un acompañante por víctima, independientemente de la edad de esta)

La Ley 1257 de 2008, artículo 14 y la Sentencia C-776-10 de 2010: “Las víctimas de violencia sexual y alimentación suministradas a las víctimas de violencia sexual hacen parte de las medidas de protección que garantizan su derecho integral a la salud, a la vivienda y a la alimentación proporcionadas dentro de las acciones de atención de salud contempladas en la Constitución Política; (ii) en la Ley 1257 de 2008, artículo 14 y la Sentencia C-776-10 de 2010; (iii) en el Reglamento de la Ley 1257 de 2008, artículo 14 y la Sentencia C-776-10 de 2010; y (iv) en esta providencia. La habitación y alimentación amparan el derecho a la salud en cuanto procuran su establecimiento y bienestar, permitiéndole gozar de un nivel de vida digno, el cual podrá continuar con la ejecución de las acciones de salud ella escogido”.

Existe también el antecedente de la Corte Constitucional en estos derechos para mujeres, a quienes se les ha reconocido por violencia sexual en el marco de la Ley 1257 de 2008, especialmente quienes se encuentran en situación de desplazamiento forzado, en el hogar, hospitalizadas; con transporte de emergencia y víctima (Sentencia de la Corte C-109 de 2008).

Relacionado con el derecho a la salud, que ha sido explicado por la Corte Constitucional en las Sentencias T-248 de 1998, T-410 de 2004, T-307 de 2006 y T-508 de 2008.

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico clínico) para víctimas de violencia sexual

Estrategias

Contemplar múltiples niveles de intervención y diferentes actores familiares y comunitarios en la solución de los problemas derivados de la violencia sexual.

Partir de una definición de esos problemas por la persona consultante y buscar una solución viable la solución de los mismos.

Enfocarse en el presente y el futuro inmediato.

Resaltar que la violencia sexual es un delito y que la víctima tiene derecho a la justicia.

Fases

contexto cultural y social que
poder entre las personas, princ
antes que en consideraciones de

Enfocarse más en los recursos q

Enfocarse sobre lo posible y no

Partir de las características parti

Tener en cuenta la etapa del cicl
y el contexto social en que se pr

Contemplar los recursos dispon
involucrados en la solución de
torno a la violencia sexual y fav
y ampliarlos.

Proponer acciones directas
hipotéticamente pertinentes pa
concretos.

Prever los posibles efectos posit

Tener en cuenta que el can
reordenamiento, y reestructura
rígidas e inhibitorias que impide
la realidad.

Evaluar contextualmente la pr
psiquiátricos y psicológicos,
tratamiento psicofarmacológico
necesidad de continuar con una
de múltiples sesiones, o consid
intervención psicoterapéutica
inmediatamente antes de remit
equipo interdisciplinario de
ambulatorio u hospitalario, segú

Asegurar confidencialidad y pri
de la ruta de atención.

Se parte y se centra en el motivo

Se intenta evidenciar y entender

Se facilita la descarga emociona
y la normalización de síntomas.

Movilizar recursos y habilida
sociales.

Evaluación del estado mental de
los síntomas como reacciones e
sufrida que, no obstante, pue
acciones específicas.

Recomendaciones y sugerencias

Acuerdos terapéuticos específico

Técnicas terapéuticas específicas

Resumen final con retroalimentación al consultante.

Para facilitar que la víctima controle sobre sí misma y se recomienda durante la entrevista, como las siguientes:

Ofrecer un vaso de agua. Permitir que se sienta cómoda. Indicar que se puede suspender la entrevista, si así lo quiere el tipo: ¿Quiere que hablemos otro momento? Justificar la necesidad de las indicaciones como: Cuénteme todo lo que quieras saber. No tiene necesidad de control. Tal vez haya cosas que le parezca guardar. Respetar el ritmo impuesto por la víctima, mediante frases como: Permítame interrumpir la entrevista y nos tomamos un momento para que se sienta mejor. Ofrecer opciones de apoyo como: Tal vez haya cosas que quieras escribirlos, dibujarlos o expresarlos, necesariamente contárselos a alguien.

Para facilitar la expresión de los sentimientos propios otorgados a la víctima:

Mostrar una actitud de comprensión y validación. Usar expresiones como: Puedo ver que te sientes... Se debe evitar el uso de signos de atención (afirmar con palabras, alguna anotación, alguna expresión de apoyo). Permitir que la persona se sienta cómoda en la comunicación no verbal y consensuar con la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice. Preguntar por sus necesidades, preocupaciones y dificultades. Formular las preguntas que faciliten la comunicación, como: ¿Cómo se siente en esta situación? Parafrasear los puntos que se ha entendido bien y permitir que se corrija y, a la vez, profundizar en los puntos que no se han entendido. ¿Estás diciendo que no puedes controlar tu respiración tranquilamente el silencio, la presencia de dolor de la otra persona?

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médico clínico) para víctimas de violencia sexual

Técnicas terapéuticas específicas el tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin br delante y acercándose a la persona. Tener contacto visual como signo de aceptación momentos, no evitar el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando la prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión de también tenga en cuenta lo que socialmente se considera aceptable en el lugar (por los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado este tipo de contacto e mujer hacia una niña o niño, pero no desde un hombre hacia otro hombre). Poner e siente y se comporta la persona respecto a lo ocurrido más que en lo ocurrido, por percepciones en torno a los hechos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza, e estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación conjuntamente para entender los hechos. Para dar apoyo emocional a las víctimas de la “verdad”, ni conocer detalles de lo ocurrido.

Para resignificar los sentidos y significados otorgados por la víctima a lo ocurrido, solución de problemas resulte más fácil, se requiere:

Ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión sexual en un cont estructuras de poder hegemónicas que pusieron en desbalance de poder a la vícti promoviendo la victimización sexual. Emplear técnicas de connotación positiva que de víctima de la consultante. Emplear técnicas de ubicación en un futuro en el cual y de la victimización. Resignificar los signos y síntomas mentales encontrados psicofarmacológicos cuando sean requeridos como una parte más de las estrategias en el marco de otras desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario

Para técnicas terapéuticas mínimas aplicables a niños, niñas y adolescentes: ver los terapéutica a víctimas de violencia sexual del Consejo Distrital para la Atención Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, Bogotá, año 2004, págs. 48

<http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1251/1/LINEAMIENTOS%>

Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta y No se debe: Decir le entiendo perfectamente o imagino por lo que está pasado, p falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención o aplicar preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona. Fingir que se ha c Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad persona creo que deberías... ¿Cómo es que no...?. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar la importancia al asunto con frases como: anímese ¡no es para tanto! Juzgar o criticar la agresión o después de ella. Instruir con frases como: esto puede ser una experiencia preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: ¿Cuándo emp

Disposición final de la víctima de psicoterapia breve podrá disponerse que: De acuerdo con las características de la víctima, su disposición y posibilidad de a las características del profesional que atiende y del contexto de ayuda en que actúa, al de psicoterapia breve podrá disponerse que:

violencia sexual -- Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo desde allí a la víctima pa interdisciplinaria por parte del equipo de salud mental, en contexto ambulatorio necesidades de la persona y las características de la ayuda disponible.

-- Esta sea la primera de una serie de hasta 10 sesiones, de acuerdo con el formato d centrada en solución de problemas, luego de la cual se podrá referir o no la interdisciplinaria por equipo de salud mental en formato ambulatorio u hospitalario, c

-- Que se detecte la necesidad de iniciar algún tipo de farmacoterapia específica por p instaurada de la cual se conoce que el pronóstico mejora a partir de un abordaje bin más farmacoterapia específica. Si el profesional que conduce la consulta inicial de p deberá iniciar de inmediato la medicación necesaria, explicando su uso como u estrategias de afrontamiento indicadas. Si se trata de una psicóloga o psicólogo clí ressignificación de la farmacoterapia, derivando para continuar manejo conjunto o e psiquiatra, de acuerdo con las circunstancias que rodean a cada caso.

adicionales a los mencionados hasta ahora por este protocolo, hacia quienes debe ser remitida la víctima y sus necesidades clínicas[25].

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

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima y que solicite una IVE.
2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SII.
3. Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogos/os clínicos) expertos en atención de violencia sexual, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinde el apoyo requerido con posterioridad a la psicoterapia breve.
4. Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones documentadas durante la valoración de la víctima.

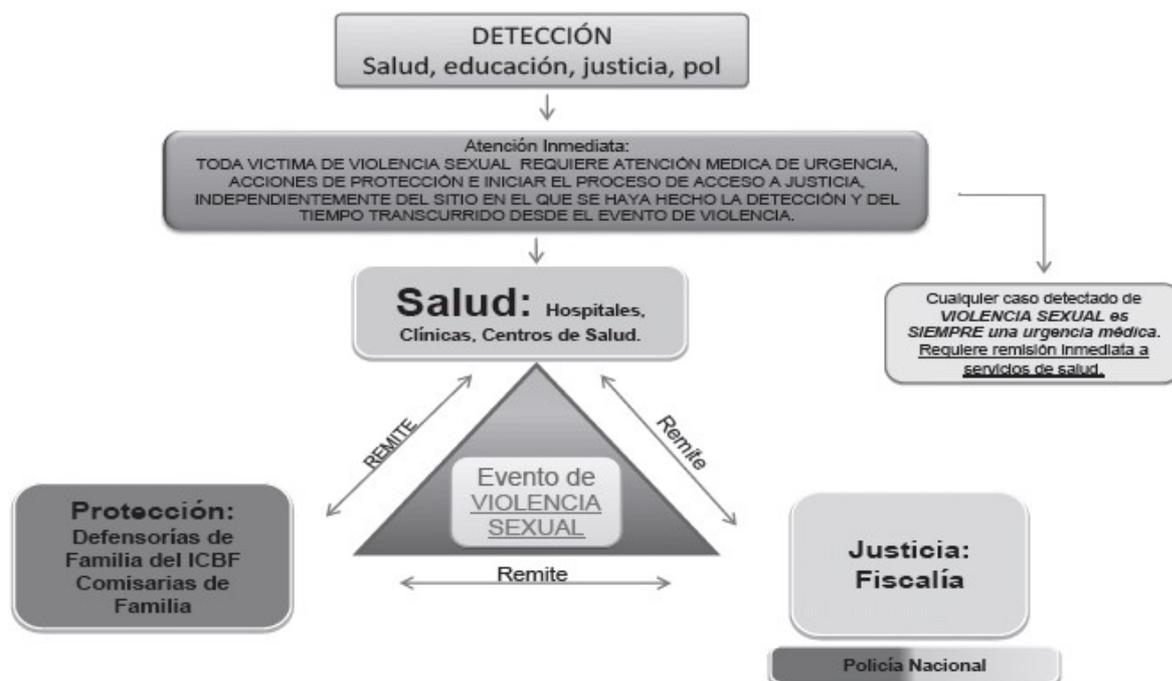
2.12 Paso 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.

Si el caso es identificado en primera instancia por el sector salud, es decir, ante la revelación directa de violencia sexual, este sector debe activar inmediatamente al sector protección, si se trata de una víctima en cabeza del Defensor de Familia del ICBF, y si se trata de una víctima mujer adulta debe activar la Comisaría de Familia, con el fin de dar inicio al proceso de restablecimiento de derechos y que se brinde atención integral a las que tienen derecho las víctimas de violencia sexual.

De manera simultánea, el sector Salud debe activar el sector Justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Nacional, o, en su defecto, informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otros procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe asegurarse que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados con su competencia[26] (ver sección normativa, resumen de modelos de gestión de la Fiscalía General y contactos de la Fiscalía en el país, incluidos en las ayudas didácticas contenidas en CD/USB que acompaña).

En casos excepcionales, cuando por razones de seguridad las derivaciones a justicia o protección pueden impedir de prestar los servicios sanitarios debidos, o arriesguen la salud y la vida de la víctima o los prestadores, cuando se atiende a víctimas en contextos fuertemente afectados por el conflicto armado interno, el personal debe cumplir con el deber de informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre la situación, efectuar denuncias formales, mediante el reporte anónimo efectuado a las sedes centrales del ICBF (donde se indique el tipo de victimización encontrada, el lugar de ocurrencia, y datos generales sobre la víctima 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, Comisaría de Familia), quienes deberán remitir al sector salud preferiblemente al servicio de urgencias, para que se brinde atención integral.



2.12.1 Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implica la víctima de violencia sexual

Es necesario hacer las claridades pertinentes frente a los roles de psicólogas y psicólogos en los dife desempeñar acorde con las competencias institucionales de los distintos sectores (protección, salud el abordaje integral de la violencia sexual.

Las psicólogas y los psicólogos forenses o jurídicos, encargados a solicitud de la autoridad compete testimonio de las víctimas a través del la entrevista forense, tienen como campos de acción al Instit Policia Judicial y los CAIVAS y en ausencia de estos últimos en el ICBF y en las Comisariás de Fa

Profesionales en psicología clínica son las personas encargadas de brindar psicoterapia a las víctim de acción está en los contextos clínicos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en o asociaciones expertas, así como organizaciones y misiones humanitarias expertas.

Las psicólogas y los psicólogos sociales realizan acciones de salud pública en salud mental y valorz y sus familias, verificación de derechos, y pueden brindar primeros auxilios emocionales, así como recursos individuales y de la red familiar y social, referencia a servicios especializados y seguimien derechos. Su campo de acción está en el sector de protección del ICBF, Comisariás de Familia, Cer de salud pública, entre otras.

Cualquiera de estos profesionales con los perfiles mencionados anteriormente puede ser llamado a j sobre la atención y las conclusiones de la atención que llevó a cabo con la víctima, hablando desde profesional del campo social puede declarar sobre los hallazgos de su valoración psicosocial, el clú estado de afectación en el que encontró a la víctima a través de su tratamiento terapéutico y el foren testimonio rendido por la víctima en el marco de una entrevista forense (protocolo SATAC).

Ninguno de estos profesionales debe negarse a asistir a un juicio, pues siempre y cuando declare so perfil profesional, puede estar aportando elementos valiosos al juez para determinar que la mujer, l una víctima de violencia sexual. Es decir, su declaración debe estar basada en su área de experticia debe contestar preguntas sobre la culpabilidad del acusado o la veracidad del testimonio de la víctir

2.13 Paso 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que c

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en conjunt Presidencial para la Equidad de la Mujer y otras instancias públicas del orden nacional, se encuentr pilotaje e implementación de una serie de estrategias para la vigilancia en salud pública de la violer violencias basadas en género.

Algunas de las estrategias en desarrollo son: un sistema de vigilancia epidemiológica unificado par incorpore y amplifique las experiencias exitosas ya en funcionamiento en diversas regiones del país violencias basadas en género, en el cual la violencia sexual tendrá un lugar central. En apoyo de est atención clínica integral de las víctimas de violencia sexual, el personal sanitario a cargo debe reali

2.13.1 Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violenc la USB/CD complementarios de este protocolo

La Historia Clínica Única recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento c cada caso de violencia sexual detectado por el sector salud. En un futuro próximo podría reemplaza epidemiológica sobre el tema, servirá para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica epidemiológicas nacionales, y podrá nutrir la información de las estrategias tipo observatorio.

2.13.2 Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspond

Realizando este registro, las diferentes formas de violencia sexual serán visibles para los sistemas c la actualidad funcionan desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y se tiene previsto que ali violencias basadas en género, que se encuentra en diseño. También se deben completar los demás c de Prestación del Servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado.

Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización se CIE – 10 presentados en el Paso 4 del presente protocolo (por ejemplo, anotando en el campo de di Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”), recuer contexto de ocurrencia de la victimización sexual empleando los campos correspondientes a diagnóc registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 “Problemas relacionad guerra u otras hostilidades”, si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se tra intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible), como indicando otros diagnósticos clínico: violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionado^[27].

Diligencie en los RIPS el correspondiente código de “lesiones por causa externa”

2.13.3 Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ent

Las estrategias de vigilancia epidemiológica de la violencia sexual que ya se encuentran en funcion departamentos y distritos del país deben continuar su marcha en el marco de los procesos de unifica emprendidos.

2.13.4 Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamientos nacionales que se

A partir de febrero de 2012 se espera que entre en funcionamiento para el nivel nacional el protocol epidemiológica de las violencias, incluida la violencia sexual, de manera integrada con los demás e pública del Siviigila.

2.14 Paso 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual aten

Es necesario delegar en un profesional de la medicina general el seguimiento ambulatorio de todos que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea este el responsable de establecer una atención inicial de urgencias, las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requiera la víctima para la estabilización de su salud a largo plazo[28].

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en la continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los centros de salud 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 ambulatorio, el encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de salud en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

Las entidades de salud que atienden a las víctimas de violencia sexual deben implementar los formularios según lo indicado en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este protocolo, implementar y diligenciar libros o sistemas de registro para consolidar la totalidad de los casos de víctimas atendidos y que tengan seguimiento.

La comunicación entre la médica o médico general a cargo del seguimiento y los demás profesionales del caso (profesionales de psicología, psiquiatría, enfermería o trabajo social, entre otros), se realizará por medio de procedimientos estandarizados de referencia y contrarreferencia, acorde con las normas vigentes para el sector salud.

2.15 Paso 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

El médico o médica general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento de la violencia sexual atendido por el sector salud es el responsable del efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso debe contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos, así como las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este Protocolo y en los Capítulos I, II y III del Manual Integral para Víctimas de Violencia Sexual).

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

- a) Educación de la víctima en cuanto a sus derechos, información a la víctima sobre promoción de la salud y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas, así como haber sido comprendidas por la víctima y sus acompañantes todas las indicaciones terapéuticas, así como de atención integral a seguir, una vez abandonado el consultorio;
- b) Asesoramiento integral sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prevención de embarazos no deseados.

3. SINOPSIS DEL PROCESO EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL POR EL SECTOR SALUD

En las primeras 72 horas después de ocurrido el evento	Entre 72 horas y 5 días después de ocurrido el evento	Después de 5 días de ocurrido el evento		
ASALTO SEXUAL SALUD MENTAL	DETECCION	-- DIAGNÓSTICO	-- DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
		Primeros auxilios mentales y manejo de situaciones que comprometen la vida. Intervención terapéutica especializada en salud mental en urgencias.	Primeros auxilios mentales y manejo de situaciones que comprometen la vida.	Primeros auxilios mentales y manejo de situaciones que comprometen la vida.
			Intervención	Intervención

	Remisión posterior para continuar manejo especializado por salud mental en el mediano y largo plazo.	terapéutica especializada en salud mental en urgencias.	Rei ma me pla
		Remisión posterior para continuar manejo especializado por salud mental en el mediano y largo plazo.	
PREVENCIÓN DE ITS Y VIH	Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos).	Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos).	Asc (pr
	– Profilaxis post-exposición ITS-VIH antes de 72 horas a partir de la exposición.	– Realizar confirmación diagnóstica.	– R dia, – In resu
		– Iniciar manejo integral según resultado.	– P – R dia,
		– Prueba de ITS.	-In resu
		– Realizar confirmación diagnóstica.	
		– Iniciar manejo integral según resultado.	
PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMBARAZO POR CAUSA DE VIOL. SEXUAL	Anticoncepción de emergencia antes de 72 horas (a partir del momento del evento de violencia sexual).	Prueba de embarazo. - Anticoncepción de emergencia usando DIU (según criterio médico).	-Pr - In IVI pro
	-- Información sobre derecho a IVE en caso de embarazo producto de la violencia sexual.	-- Información sobre derecho a IVE en caso de embarazo producto de la violencia sexual.	-Er der ges ins IVI deb IVI reg cor IVI vez cas
			-Si gar acco
			-Si cor cor

EXÁMENES MÉDICO-LEGALES	Toma de muestras forenses para delito sexual (articulación con INML y CF del municipio). Seguir protocolo del INML y CF.	No se toman las muestras forenses, estas se realizarán por Medicina Legal previo reporte a sector justicia.	acc No for Me sec
INTERSECTORIALIDAD	Activación de procesos de protección y acceso a justicia.	Activación de procesos de protección y acceso a justicia.	Act pro
OTRAS ACCIONES EN SALUD	-Otras acciones en salud que requiera el caso. -Orientación a la víctima y su familia sobre los procesos a seguir.	-Otras acciones en salud que requiera el req caso. -Orientación a la víctima y su familia sobre los procesos a seguir.	-Ot -Or fan seg
ABUSO SEXUAL DETECCIÓN	En identificación temprana, cuando se detecta que el abuso está comenzando y no han pasado más de 72 horas o, cuando pese a ser crónico, se identifica un último contacto sexual en las últimas 72 horas antes de la consulta, se debe proceder según las indicaciones de asalto sexual	Diagnóstico	
SALUD MENTAL	Primeros auxilios emocionales y manejo de situación Intervención terapéutica especializada por salud mental en urgencia. Posterior remisión para continuar manejo en el mediano y el largo plazo.		
DETECCIÓN Y TTO DE ITS Y VIH	-Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de antic -Realizar confirmación diagnóstica. -Iniciar manejo integral según resultado. -Prueba de ITS. -Realizar confirmación diagnóstica. -Iniciar manejo integral según resultado. -Prueba de embarazo.		
PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMBARAZO POR CAUSA DE VIOL. SEXUAL	-En caso positivo: verificar denuncia. Si aún no se ha la institución y brindar asesoría para IVE. -Si la paciente define IVE: garantizar procedimiento de salud mental. -Si la paciente define continuar con el embarazo, remitir a acompañamiento en salud mental.		
EXÁMENES MÉDICO-LEGALES	No se toman las muestras forenses, estas se realizarán reporte al sector justicia.		
INTERSECTORIALIDAD	Activación de procesos de protección y acceso a justi		

OTRAS ACCIONES EN SALUD

-Otras acciones en salud que requiera el caso.

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL NNA

Cuando se identifica el caso de ESCNNA y se detecta que el último evento de contacto sexual ha ocurrido en las últimas 72 horas antes de la consulta, se debe proceder según las indicaciones de asalto sexual.

-Orientación a la víctima y su familia sobre los procedimientos.
Diagnóstico: recordar que la ESCNNA consiste en el embarazo de una persona menor de 18 años, en el que a la víctima se le paga o se le paga en dinero o en especie. La víctima es objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos.

Se procede según lo indicado en el protocolo de abuso sexual.

OTROS TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

(Trata de Personas Adultas, Sexo transaccional en poblaciones vulnerables, etc.).

Tomando en cuenta todas las áreas de intervención por el sector salud conexas, se deben brindar aquellos procedimientos de cada área que la víctima presente como condición clínica secundaria al tipo de violencia sexual sufrida.

En aquellos tipos de violencia para los cuales están descritos protocolos específicos, aplicar también los componentes correspondientes al sector salud.

4. SINOPSIS DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

Seguimiento a las 2 semanas

– 15 días después de la primera consulta se hace seguimiento.

– Se debe solicitar prueba subunidad beta gonadotropina coriónica.

Si es positivo: se remite a asesoría para IVE.

Si la paciente define IVE: garantizar procedimiento e iniciar acompañamiento en salud mental.

Si la paciente define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento.

– Revisión de resultados de ITS. Se deben solicitar pruebas confirmatorias e iniciar tratamiento en caso de ser necesario.

– Se evaluará su evolución mental, social y familiar.

– Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

Seguimiento a las 4 semanas

– Seguimiento a la ruta de atención, a procesos y procedimientos recibidos y a otros diagnósticos asociados.

– Se evaluará también su evolución mental, social y familiar.

– Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

Seguimiento a los 3 meses

– Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria y asesoría en VIH.

– Se evaluará también su evolución mental, social y familiar.

– Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

Seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses

– Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria y asesoría en VIH.

– Se evaluará también su evolución mental, social y familiar.

– Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

BIBLIOGRAFÍA

Consejo Distrital para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual (2004) “Lineamientos de atención a víctimas de violencia sexual”. Alcaldía Mayor de Bogotá – Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Del Río González, E (s.f). El acoso sexual como conducta delictiva en Colombia. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11362/18fbbwh7dv&pli=1> Citado de: 26/11/11.

Hospital del Sur E.S.E. (2003) “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”. Bogotá.

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

ICITAP (2008) Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SAT (Sistema de Atención a Testigos), Colombia.

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

Médicos Sin Fronteras – España (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. Madrid.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004) “Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”. 374 p.

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

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

PAHO/WHO (2002) Serie Género y Salud Pública, Violencia Sexual basada en Género y Salud, Prevenir la Violencia Sexual. Ginebra, Suiza.

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

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008) “Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual”. Bogotá. Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Talmon, M (1990) “Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapy session”. San Francisco. Jossey – Bass Inc, p. 146.

World Health Organization/ United Nations High Commissioner for Refugees (2004). “Clinical manual for the development of protocols for use with refugees and internally displaced persons”. 76 p.

Velásquez, S (2003) “Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar”.

Zeig, J (2004) “Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas”, Buenos Aires, Amorrortu, p.

* * *

- 1 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2010. Datos para la vida.
- 2 Ibídem, p. 371.
- 3 Ibídem, p. 386.
- 4 OXFAM (2010). “Primera Encuesta de Prevalencia Violencia Sexual en Contra de las Mujeres Armado Colombiano. Colombia 2001-2009”. Campaña Violaciones y otras Violencias. Saq 30.
- 5 Mujeres habitantes de municipios colombianos con presencia de fuerza pública, guerrilla armados, ubicados en 11 departamentos colombianos (Antioquia, Nariño, Caldas, Valle Córdoba, Magdalena, Meta, y Cundinamarca).
- 6 Fundación Plan, Fundación Restrepo Barco y Fundación Renacer (2005). Escenarios de la comercial de niños, niñas y adolescentes. Bogotá, p .4.
- 7 UNICEF (2002).
- 8 Organización Internacional de las Migraciones (2006). “Dimensiones de la trata de personas” 52 p. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ipec/documentos/oim_trata_col.pdf
- 9 Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003). Informe salud. Washington.
- 10 PAHO/WHO (2002). Serie género y salud pública, violencia sexual basada en género y salud Desarrollo.
- 11 Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal, Magistrado Ponente José Leonidas Bustos mayo de 2009.
- 12 Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal. Magistrado Ponente Alfredo Gómez Qu del 27 de julio de 2006.
- 13 Sentencia C-1095 de 2003. Magistrado Ponente: Marco Gerardo Monroy Cabra.
- 14 Ibíd.

- 15 Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). *Manual de salud para víctimas de violencia sexual*.
- 16 Op. cit. MPS y UNFPA (2010).
- 17 World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees (2004). “*Guidelines for the care of survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*” 76 p.
- 18 Alcaldía Mayor de Bogotá – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Consejo Distrital Víctimas de Violencia Sexual (2004) “*Lineamientos para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual*” 62P.
- 19 Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=148
- 20 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.
- 21 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.
- 22 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.
- 23 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.
- 24 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.
- 25 Op. Cit. MPS y UNFPA 2010.
- 26 OP
- 27 Op. Cit. MPS Y UNFPA. 2010.
- 28 Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.



