



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN  
INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR,  
SEXUAL Y DE GÉNERO**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL  
GARZÓN - HUILA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE  
GÉNERO

PROCESO  
URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, INTERNACION



GARZÓN - HUILA



**CUERPO DIRECTIVO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL.**

**JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMÓN**  
Gerente

**JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ**  
Asesor de Control Interno

**PABLO LEÓN PUENTES QUESADA**  
Subdirector Científico

**ESPERANZA FIERRO VANEGAS**  
Subdirector Administrativo

**LUIS FERNANDO CASTRO MAJE**  
Asesor Jurídico

**CLAUDIA XIMENA CEDIEL MARTINEZ**  
Líder de Mejora Continua

**MAYERLLI NARVAEZ OSMA**  
Líder Gestión de la salud pública  
Autor

**GARZÓN HUILA**



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	6
1. MARCO NORMATIVO .....	9
2. OBJETIVOS .....	11
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
2.2. OBJETIVO ESPECIFICO .....	11
3. ALCANCE .....	12
4. JUSTIFICACIÓN .....	12
5. POBLACIÓN .....	14
6. GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL .....	14
7. PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO .....	18
7.1. PASO 1: PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DIRIGIDOS A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO .....	18
7.2. PASO 2: VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL DESDE EL SECTOR SALUD 20	
7.3. PASO 3: RECEPCIÓN INMEDIATA DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS .....	22
7.4. PASO 4: REALIZAR UNA COMPLETA VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA VÍCTIMA.....	23
7.5. PASO 5: TOME LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA VÍCTIMA EN LA EVALUACIÓN INICIAL .....	27
7.6. PASO 6: ASEGURE PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA ITS DURANTE LA CONSULTA INICIAL POR SALUD 29	
7.7. PASO 7: ASEGURE PROFILAXIS PARA VIH/SIDA DURANTE LA CONSULTA INICIAL POR SALUD .....	31
7.8. PASO 8: ASEGURE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ACCESO A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	32
7.9. PASO 9: ASEGURE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA.....	36
7.10. PASO 10: PLANEE LOS SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA .....	45
7.11. PASO 11: DERIVE HACIA OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO .....	45
7.12. PASO 12: DERIVE HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO .....	45

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

7.13. PASO 13: EFECTÚE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO QUE CORRESPONDAN .....	47
7.14. PASO 14: REALICE LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD .....	48
7.15. PASO 15: EFECTÚE UN ADECUADO CIERRE DE CASO.....	49
8. DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GENERO .....	50
CRITERIOS Y MEDIDAS PARA TRASLADO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO.	
56	
FLUJOGRAMA .....	57
9. CONTROL DE CAMBIOS .....	59
BIBLIOGRAFÍA .....	60
REFERENCIAS.....	61
ANEXO 1.....	62
ANEXO 2.....	63
ANEXO 3.....	64
ANEXO 4.....	67
ANEXO 5.....	69

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b>
		<b>Versión: 05</b>
<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>		<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

## INTRODUCCIÓN

La atención integral en salud a víctimas de la violencia sexual es un importante reto para los profesionales de La salud y para la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN. Las víctimas de violencia sexual y de género acuden a los servicios de salud venciendo muchas barreras personales y sociales que el evento de violencia les ocasiona, y llegan a la institución en condiciones de alta vulnerabilidad. Una vez en los servicios, esperan y necesitan un trato humanizado, cálido que les ayude a recuperar el control de si mismos, la dignidad, el dominio de su cuerpo y de sus emociones. La atención que le brindemos como equipo humano de salud y como institución prestadora tendrá que garantizar un trato digno que contribuya a la reparación; contar además con unos procedimientos estandarizados y efectivos para controlar los riesgos que el evento ocurrido presente sobre su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su medio familiar y social; y contar con los insumos médicos necesarios para la aplicación de dichos procedimientos e intervenciones. La violencia sexual independiente del tiempo transcurrido se considera una Urgencia Médica que debe ser atendida con prioridad, sin embargo, es importante aclarar que el tratamiento varía acorde con el tiempo transcurrido, la edad de la persona, el sexo de la persona, algunas condiciones especiales como embarazo y algunas diferencias culturales. Dentro del contexto de atención en salud de las víctimas de violencia sexual y de género y violencia intrafamiliar requiere trascender los procesos de atención individual hacia la inclusión y activación de la red de apoyo familiar, institucional y social. La atención integral a las víctimas de violencia sexual y de género y violencia intrafamiliar y su familia tiene como objetivo asegurar su atención, recuperación y protección integral desde una perspectiva de restitución de derechos. Por lo tanto, lo primero es la víctima, no su relato, su familia, la evidencia o el juicio o la policía. Ninguna necesidad diagnóstica, terapéutica o investigativa justifica una nueva victimización dentro de la asistencia sanitaria. El Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género le permitirá al personal de salud de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN, contar con herramientas conceptuales y prácticas para el abordaje integral de la violencia sexual y para las acciones de prevención, detección y atención integral que tendrán a su cargo. Atender con calidad y oportunidad constituye en la posibilidad de impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que, como seres humanos, profesionales y como sector se tiene ante las víctimas de violencia sexual y de género, además permite recuperar indicios que brinden acceso a la justicia aportando elementos de investigación al cumplir con los mandatos legales para el sector salud y reducir el nivel de impunidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con sus funciones y responsabilidades, presenta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios como una herramienta de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual y de género, acorde con el "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género", construido y financiado en el marco del Convenio 620 de 2010 celebrado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Por otro lado, la violencia intrafamiliar es un fenómeno social de gran complejidad que afecta a millones de personas en todo el mundo. Esta se define como cualquier tipo de abuso o maltrato físico, psicológico, sexual o económico que ocurre entre miembros de una familia ya sea parejas, padres, madres e hijos, hermanos independientemente si viven bajo el mismo techo o no, incluso el abandono se configura dentro de este tipo de violencia. Esta violencia tiene consecuencias devastadoras en la salud física y mental de las víctimas, así como del entorno de ellas. Decimos que es un fenómeno social con graves consecuencias, debido a que desde los inicios de la humanidad y desde el enfoque de diferentes ciencias de estudio, el entorno familiar se involucra directamente sobre el bienestar de un individuo, sin olvidar que, la población más afectada con este tipo de violencia es la población priorizada con protección por parte del Estado, como lo son los niños, las mujeres, gestantes y los adultos mayores. La violencia

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

a su vez puede generar afectaciones a nivel físico, emocional, psicológico y social que marcan al individuo y altera su equilibrio, que pueden generar secuelas de difícil superación para el individuo en el cual los diferentes actores responsables deben intervenir para lograr la recuperación integral de la víctima.

En el proceso de construcción del Protocolo, y el Modelo que lo sustenta, se contó con la participación de profesionales de la salud (pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría, auditoría en salud, salud pública, medicina forense, epidemiología, gerencia de servicios de salud, medicina tropical y salud internacional, odontología forense, psicología clínica) y de las ciencias sociales (derecho, sociología, estudios de género, ciencia política, antropología), quienes representaron a la academia, el sector estatal y las organizaciones no gubernamentales; ninguno de los cuales manifestó conflicto de intereses para su participación. Además, en este instrumento se incorporan recomendaciones de profesionales usuarios del Protocolo en el sector salud y en los sectores de protección y justicia que asistieron a los procesos de capacitación en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género organizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el país durante el año 2011.

Este documento describe de acuerdo a la Resolución **459 de 2012 (marzo 6)**, a través de quince pasos prácticos, los lineamientos a seguir para la atención de las víctimas de violencia sexual y de género por el personal del sector salud a lo largo de los siguientes tópicos de acción: 1. La preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual y de género. 2. La verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia

Sexual desde el sector salud. 3. La recepción inmediata a la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas. 4. La valoración clínica inicial de la víctima. 5. La toma de las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial. 6. La profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud. 7. La profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. 8. La anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 9. La intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta. 10. Los seguimientos clínicos requeridos. 11. La derivación hacia otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual y de género. 12. La derivación hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. 13. Los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan. 14. Los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. 15. El adecuado cierre de caso.

El Protocolo no se centra en los aspectos de 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 mediante el consenso de las personas expertas participantes, incorporando las retroalimentaciones hechas por las y los profesionales usuarios que asistieron a las capacitaciones ya mencionadas y a los contenidos propuestos por el Modelo que sustentan el protocolo. Adicionalmente, se sometieron a una validación técnica interna a cargo de profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social y del Convenio 168 de 2010.

Uno de los principios éticos en que se basa el presente manual, y que debe ser garantizado durante los 15 pasos, es el reconocimiento que **la autonomía de las víctimas es prevalente ante las recomendaciones médicas que sean ofrecidas durante cualquier indicación, proceso o procedimiento incluido para la atención integral de víctimas de violencia sexual y de género**.



Está prevista la actualización periódica de los contenidos tanto del Protocolo como del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género, acorde con los cambios que sucedan en el conocimiento relevante sobre el tema, la organización del sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, y las retroalimentaciones que se continúen recibiendo desde los equipos profesionales usuarios de este protocolo.



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

## 1. MARCO NORMATIVO

La violencia sexual y de género en todas sus manifestaciones constituye una de las más graves afectaciones a los derechos fundamentales de las personas, ya que atenta contra los derechos a la vida, la libertad, la seguridad, la integridad física y psicológica, la libre expresión y libertad de circulación y el libre desarrollo de la personalidad, dificultando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y, además, los estándares deseables de salud mental y física. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia sexual como: "Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en el hogar, y el lugar de trabajo".

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

La violencia sexual constituye una de las expresiones más críticas de discriminación, y ha sido preocupación constante de la comunidad internacional, de los gobiernos y de los movimientos por los Derechos Humanos y de las mujeres; preocupación que se ha expresado en la adopción de un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales y nacionales que dan soporte legal a las acciones de promoción, prevención y atención de las diferentes formas de violencia sexual:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la convención internacional sobre los derechos del niño, entre otras, han sido ratificadas por el estado colombiano mediante diferentes normas y son el marco de referencia para la construcción de todas las políticas que favorecen y promueven la salud materna e infantil.
- La OMS/OPS reactivarón el compromiso y reconocen que la atención primaria de la salud APS- constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen los objetivos del desarrollo del milenio.
- En la Asamblea General de las Naciones Unidas, Colombia se ha comprometido a definir sus metas y estrategias para mejorar de manera importante los indicadores de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con: Erradicar el hambre, promover la equidad de género –Autonomía de la Mujer, Reducir la mortalidad en menores de cinco años, Mejorar la salud sexual y reproductiva y combatir el VIH/SIDA, entre otros.
- La constitución política de Colombia en su Artículo 44 consagra los derechos fundamentales de los niños y las niñas: la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y su nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.
- Ley 012 de 1191 Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Ley 294 de 1996 dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
- Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la ley 599 de 2000 Nuevo código penal cuyo título referido a violencia sexual se denomina: "Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales", que en sus artículos 205 a 219 considera la violencia sexual un delito contra la libertad y la dignidad humana.
- Ley 470 de 1998 Por medio de la cual se aprueba la convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores, hecha en México D.F, México, el 18 de marzo de 1994.
- Ley 599 de 2000: Código Penal Colombiano. Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

- ④ Resolución 412 de 2000. Establece la guía de atención del menor maltratado y la guía de atención de la mujer maltratada.
- ④ Ley 679 de 2001 Por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del Artículo 44 de la Constitución Política.
- ④ Ley 765 de 2002 Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000.
- ④ La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-PNNSR. 2003. Definida por el ministerio de la protección social, plantea mejorar y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población,
- ④ La ley 1098 del 8 de Noviembre de 2006, La cual reglamenta la ley de infancia y adolescencia, establece en su Artículo 17. Derecho de la vida y la calidad de vida y aun ambiente sano. Ley 1146 de 2007. Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
- ④ El Decreto 3039 del 10 de Agosto de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública establece entre las prioridades Nacionales en Salud Pública: La salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral y la nutrición entre nosotros.
- ④ La ley 1146 de 2007, "Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente" en el Capítulo III establece disposiciones relacionadas con la atención en salud para niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, la responsabilidad de los actores del sistema general en salud, tanto público como privado, así como de los hospitales y centros de salud de carácter público, quienes están en la obligación de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados.
- ④ Ley 1257 de 2008 En su artículo 8 "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penales, de procedimiento Penal, la Ley294 de 1996, y se dictan otras disposiciones", consagra los derechos de las víctimas de violencia, a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica, entre otros.
- ④ Ley 1329 de 2009, por medio de la cual se modifica el título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.
- ④ Ley 1438 de Enero 19 del 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, define dentro de sus principios rectores la atención con ENFOQUE DIFERENCIAL, para las víctimas de la violencia entre otros, para los cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- ④ Además, en el artículo 19 se contempla el RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS e incluye la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicaamente la recuperación de las víctimas.
- ④ Resolución 459 de marzo 6 de 2012, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual y de género.
- ④ Protocolo de Atención Integral en salud para Víctimas de violencia sexual y de género del Ministerio de Salud y Protección Social.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

- La Resolución 1441 de Mayo 6 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, estable en el Manual d Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, en el numeral 2.3.2.4 para los servicios de urgencias en los estándares de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos y Procesos Prioritarios.

Así también, la violencia intrafamiliar se configura como una afectación a los derechos, específicamente, las Naciones Unidas hace un llamado al Estado para que implementen políticas en cuanto a protección contra las violencias de género, y en este sentido proteger a las mujeres contra la violencia intrafamiliar.

Desde la normatividad colombiana se establece la garantía de la dignidad humana, los derechos fundamentales de todas las personas y en especial de las mujeres desde la perspectiva de género, determinando de este modo, que cualquier acto que atente en contra de estos se configura dentro del código penal. La normatividad colombiana en la cual se fundamenta lo anterior es:

- Ley 294 de 1996, "Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar".
- Ley 575 del 2000, "Por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 294 de 1996".
- Ley 599 del 2000, "Por la cual se expide el Código Penal."
- Ley 600 del 2000, "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal".
- Ley 906 de 2004, "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. (Corregida de conformidad con el Decreto 2770 de 2004)".
- Ley 1142 de 2007, "Por medio de la cual se reforman parcialmente las Leyes 906 de 2004, 599 de 2000 y 600 de 2000 y se adoptan medidas para la prevención y represión de la actividad delictiva de especial impacto para la convivencia y seguridad ciudadana".
- Ley 1542 de 2012, "Por la cual se reforma el artículo 74 de la Ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal".
- Las demás que modifiquen, deroguen o sancionen.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

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

### 2.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Ofrecer en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, profesionales y equipos interdisciplinarios, procesos, procedimientos e insumos para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a la población más allá de la ocurrencia de los eventos que constituyen la violencia intrafamiliar, sexual y de género y evitar la revictimización.
- Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integralidad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.
- Poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección y justicia para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

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

### 3. ALCANCE

El Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl contiene los procesos y los procedimientos contemplados en la normatividad vigente para los actores del SGSSS y de aplicación a nivel nacional por los prestadores de servicios en salud.

El Modelo y Protocolo ha sido diseñado en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl para ser utilizado por profesionales de la salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género y, principalmente en sus servicios de urgencias. Además, ofrece a los sectores de protección, justicia y educación, información pertinente sobre los procesos de articulación intersectorial, que deben contemplarse en la atención integral de víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.

### 4. JUSTIFICACIÓN

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

Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma de violencia sexual, la relación entre la víctima y el agresor, las condiciones o situaciones de las víctimas como por ejemplo la edad, el contexto en el que se produzcan las victimizaciones sexuales, es decir, relaciones familiares, sociales, comerciales o en el conflicto armado, las redes familiares y sociales de apoyo, la 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 comercial de niños, niñas y adolescentes.** Las cifras de las que se dispone evidencian solamente una parte de la realidad por el alto subregistro de los casos.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en 2010, realizó 20.142 exámenes sexológicos, de los cuales el 84% correspondió a mujeres y el 16% a hombres. Teniendo en cuenta la edad, el 86% de los dictámenes se realizaron a niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. De acuerdo con las variables de sexo y edad, de todas las personas, las niñas entre 10 y 14 años son el grupo más afectado y, entre los hombres, los niños de 5 a 9 años son las principales víctimas de los delitos sexuales. Entre los principales agresores se encuentran: familiares (padrastros, padres y tíos/as) con un 34,86%, otros conocidos (vecinos y los amigos) con un 32,53%, personas desconocidas en un 19,69% y la pareja o ex pareja con un 6,12% de los casos. 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 colombianas alguna vez han sido violadas por su compañero o esposo. Las mujeres más afectadas por la violencia sexual en el marco de las relaciones de pareja tienen las siguientes características sociodemográficas: están entre 40 y 49 años, han estado unidas anteriormente, habitan en zonas urbanas y en las regiones Central, Pacífica y Bogotá, no tienen ninguna educación formal o sólo cuentan con primaria.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</p>	Vigencia: 26/01/2024

La ENDS 2010 también evidenció que el 5,7% de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años fueron violadas por una persona diferente al cónyuge. Según algunas características socioeconómicas, los grupos de mujeres más afectados por la violación perpetrada por alguien diferente al esposo o compañero, son las mujeres entre los 30 y los 39 años de edad, las que tienen unión libre y las que estuvieron unidas anteriormente, las que habitan en la zona urbana y las que tienen los niveles más bajos de educación. En relación con el violador, se encontró que los agresores más frecuentes son: el ex marido (18,4%), un desconocido (16%), un amigo (12%), un pariente (9,6%), el novio (5,9%) y el padrastro (4,9%).

Como ha sido ampliamente denunciado y documentado, el conflicto armado profundiza y exacerba las discriminaciones y violencias que histórica y culturalmente han afectado a las mujeres, niñas y niños, así como población indígena y afrodescendiente. La encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado durante 2001-2009, publicada por OXFAM en 2010, encontró que un 17,58% de las mujeres de 15 a 44 años habitantes en las zonas encuestadas (un total de 489.687 mujeres) fueron víctimas directas de violencia sexual en esos 9 años, lo cual indica que un promedio de seis mujeres cada hora fueron víctimas directas de diferentes tipos de violencia sexual como violación, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, acoso sexual, servicios domésticos forzados que incluyeron actividades sexuales y regulación de la vida social.

Si existe silencio e impunidad sobre la violencia sexual que se presenta en el marco de las relaciones familiares, la tolerancia social relacionada con la trata de personas y la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes - ESCNNA, es mayor. Conocer la magnitud de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes es difícil por la clandestinidad y las ganancias económicas que genera este delito. "Aunque no existen estadísticas exactas se calcula que en Colombia hay más de 30.000 menores de edad víctimas de explotación sexual. Esta cifra se incrementó de manera dramática en los últimos años debido, entre otros factores, al aumento del número de familias desplazadas hacia los centros urbanos, a la agudización del conflicto armado que se desarrolla en el país y a los altos índices de pobreza que se han calculado corresponden al 63% de la población total". Según Unicef se calcula que hay 35.000 niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual, y cada vez son más y las edades de vinculación, son más tempranas.

La trata de personas tiene diferentes modalidades de explotación, entre las que se destacan la sexual, trabajos o servicios forzados, esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, servidumbre, explotación de la mendicidad ajena, matrimonio servil, extracción de órganos, turismo sexual (Ley 985 de 2005). La forma de trata más conocida y denunciada es la trata con fines de explotación sexual, cuyas principales víctimas son las niñas, niños, adolescentes y mujeres. Se estima que entre 45.000 y 50.000 mujeres colombianas ejercen la prostitución fuera del país, gran parte de las cuales lo hacen como víctimas de trata.

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 incluir el VIH/Sida, ITS, embarazos no deseados, dolores pélvicos crónicos, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y sueño, suicidio o intentos de suicidios, entre otros.

Debido a las implicaciones de la violencia sexual en la salud de las personas y en la salud pública, así como de la relevancia del papel del sector salud en la prevención y detección de la violencia sexual y la atención de las víctimas, se hace necesario contar con herramientas que, de acuerdo con la normatividad colombiana y el funcionamiento del SGSSS, brinden una atención humana y de calidad para garantizar a las víctimas de las violencias sexuales la recuperación de su salud y la restitución de sus derechos a través de una acción articulada entre los sectores de salud, protección y justicia.



Según el análisis publicado en el repositorio de medicina legal sobre el comportamiento de violencia intrafamiliar en Colombia 2015, durante este año se presentaron 33 casos más de casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes que en el 2014. Así también, se presentaron 231 casos más de casos de violencia contra la población adulta mayor que en el 2014.

Finalmente, según el INS en el 2019 un total de 118 469 casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar en el país fueron notificados al SIVIGILA. De los casos presentados el 78,9% de los casos pertenecen a mujeres.

## 5. POBLACIÓN

La población beneficiaria de la implementación del presente Modelo y Protocolo son las víctimas de las diferentes formas de violencia intrafamiliar, sexual y de género, 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 personas adultas mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.

## 6. GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

 **Violencia Sexual:** La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona”. Es necesario aclarar que no todas las formas en que se manifiesta la violencia sexual son delitos, 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 es posible definir los subtipos, formas o modalidades en que se presenta la violencia sexual así: violación/asalto sexual; abuso sexual; explotación sexual; trata de personas con fines de explotación sexual; explotación sexual de niñas, niños y adolescentes; acoso sexual; violencia sexual en el contexto del conflicto armado.

 **Violación/asalto sexual:** El asalto sexual es definido por la OPS como “cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona”. En la legislación colombiana la violencia es la característica primordial de los delitos contenidos en el capítulo “De la Violación” del Código Penal. En este sentido, la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia establece que, para efectos de los delitos contra la libertad sexual, se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica-intimidación o amenaza que “el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta”.

A partir de lo mencionado, la violación es una forma de violencia sexual en la que el agresor utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo para realizar cualquier tipo de acto sexual con la víctima. En la violación, las víctimas pueden ser de cualquier edad o sexo, puesto que lo que la determina es el mecanismo utilizado por el agresor para someter a la víctima. El Código Penal incluye en el mencionado capítulo “De la Violación” conductas tales como el acceso carnal violento, los actos sexuales violentos y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona a la que el agresor ha puesto en una situación

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>Código: B2PT2157 - 004</p>
	<p>Versión: 05</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</p>	<p>Vigencia: 26/01/2024</p>

de incapacidad de resistir el acto (a través del uso de narcóticos, golpes, entre otros, que lleven a la víctima a perder el conocimiento o no comprender lo que ocurre a su alrededor).

**Abuso sexual:** Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad preexistente en la víctima, pueden ser del orden de la “superioridad manifiesta” o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.

El Código Penal colombiano establece como delitos sexuales abusivos: Los actos sexuales o el acceso carnal con una persona menor de 14 años, estos dos delitos están definidos únicamente por la edad de la víctima, dejando establecido que cualquier conducta sexual cometida contra un niño o niña menor de 14 años se constituye en delito. También en este grupo de delitos se incluye el delito de acceso carnal o acto sexual con incapaz de resistir, delito en el que el agresor no utiliza ningún medio para someter a la víctima, sino que ésta ya se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad preexistente (por ejemplo, cuando una mujer se emborracha por sí misma o se encuentra drogada o ha sufrido un desmayo o tiene una condición de inferioridad psicológica frente a la posición y conocimiento del agresor, entre otras) de la que se aprovecha el agresor para cometer el delito sexual.

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

**Explotación sexual:** Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Según la legislación colombiana (Ley 985 de 2005), se define explotación como “el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona” (artículo 3o). Aplicada al contexto de la explotación sexual, esta consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el cuerpo de otro ser humano, utilizado para provecho o beneficio. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), plantea que los Estados Partes deben tomar todas las medidas necesarias para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (artículo 6o).

**Trata de personas con fines de explotación sexual:** La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, en este caso, la víctima (por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarla o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede



tener como víctimas tanto personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación), ni si la víctima era consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba.

**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 abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos(as), es lo que reproduce una forma actual de esclavitud".

Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo. En los delitos introducidos por las Leyes 1329 y 1336 de 2009, el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación).

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

**Acceso carnal violento/ acto sexual violento con persona protegida:** Incurre en estos delitos quien en el contexto del conflicto armado (incluyendo la situación de desplazamiento) cometa acceso carnal violento o acto sexual violento cuando la víctima es integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder de la parte adversa o es combatiente, pero se encuentra herida, enferma o náufraga o puesta fuera de combate. También si la víctima hace parte del personal sanitario o religioso, de los periodistas en misión o de los combatientes que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otra causa análoga. Está especificado en el art. 138 del Código Penal colombiano.

**Actos sexuales violentos con persona protegida:** El artículo 139 del Código Penal colombiano define que este delito ocurre cuando alguna persona "con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida". Las personas protegidas han sido especificadas como aquellas que pertenecen a los siguientes grupos humanos: los integrantes de la población civil; quienes no participan en las hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa; combatientes que se encuentran heridos, enfermos, náufragos, fuera de combate, o que hayan depuesto las armas por captura, rendición o causas análogas; personal sanitario o religioso; periodistas en misión o corresponsales de guerra acreditados; quienes fueron considerados apátridas o refugiados al principio de las hostilidades.

**Esclavitud sexual/prostitución forzada:** De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma) y los desarrollos jurisprudenciales de los Tribunales ad hoc, la esclavitud sexual puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad (es decir, el que se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra



una población civil y con conocimiento de ese ataque) o como un crimen de guerra (es decir, las violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados internacionales o en los conflictos armados no internacionales).

En este contexto la esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compraventa, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía. La prostitución forzada debe ser entendida como una forma de esclavitud sexual, que cuenta con un elemento diferenciador representado en el beneficio que recibe el agresor. En este orden, la prostitución forzada en el marco del Derecho Internacional Humanitario es definida como el acto a través del cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento, para de esta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.

- **Embarazo forzado:** De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), el embarazo forzado puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario como un crimen de lesa humanidad o como un crimen de guerra. Por embarazo forzado se entiende el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario. El embarazo forzado guarda una estrecha relación con el delito de genocidio, puesto que se puede cometer este delito con el propósito de destruir total o parcialmente un grupo nacional, étnico, racial, religioso o político, por razón de su pertenencia al mismo.
- **Tortura en persona protegida:** Definida por el Código Penal colombiano en su artículo 137 como “el que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, inflija a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, de castigarla por un acto por ella cometido o que se sospeche que ha cometido, o de intimidarla o coaccionarla por cualquier razón que comporte algún tipo de discriminación”. Cuando tales dolores o sufrimientos físicos o psíquicos se producen a través de actos de violencia sexual, se estará ante un caso de tortura sexual. El código especifica su ejecución en las personas protegidas por el Derecho Internacional Humanitario que ya fueron descritas en apartados superiores.
- **Otras formas de violencia sexual descritas en el conflicto armado colombiano:** Independientemente de que no se encuentren aún descritas dentro de los tipos penales colombianos propios de violencia sexual en el marco del conflicto armado, la investigación en el tema realizada en Colombia ha identificado que dentro del país se han cometido otros tipos de violencia sexual en el contexto del conflicto armado, tales como regulación de la vida social, servicios domésticos forzados, esterilización forzada, y aborto forzado. Por regulación de la vida social se considera el acto o conjunto de actos por los cuales, y mediante el uso de la fuerza o la amenaza de su uso se controla la sexualidad y la regula la vida afectiva. Por aborto forzado se entiende todo acto que tiene como finalidad la interrupción inducida de un embarazo en contra de la voluntad de la mujer embarazada. La esterilización forzada se entiende como la acción de planificación

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

reproductiva definitiva producto de la obligación no consentida de la persona. Por servicios domésticos forzados se entiende el conjunto de acciones mediante el cual generalmente un grupo que detenta la fuerza obliga a un grupo de personas o a una persona a realizar para ellos labores domésticas que pueden trascender incluso a actos sexuales.

 **Violencia Intrafamiliar:** Es cualquier tipo de abuso o maltrato físico, psicológico, sexual o económico que ocurre entre miembros de una familia ya sea parejas, padres, madres e hijos, hermanos independientemente si viven bajo el mismo techo o no, incluso el abandono se configura dentro de este tipo de violencia.

## 7. PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO.

### 7.1. PASO 1: PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DIRIGIDOS A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Implementar de manera permanente acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dirigidas hacia la comunidad en general, en torno a los siguientes temas:

1. El **carácter de urgencia médica** que **SIEMPRE** tiene cualquier caso de violencia intrafamiliar, sexual y de género, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
2. El **carácter gratuito** que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia intrafamiliar, sexual y de género (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
3. La **confidencialidad** en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia intrafamiliar, sexual y de género.
4. Los **derechos de los pacientes** especialmente el derecho de las víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género, a ser tratadas dentro de los servicios de salud con **dignidad, discreción y respeto por su privacidad** en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre estos, 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 intrafamiliar, sexual y de género y la manera de acceder a ellos.
6. Los **horarios de atención** de esos servicios de salud en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, con énfasis en aquellos que están disponibles **24 horas al día, siete días a la semana**.
7. Los beneficios en salud para las víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género que se derivan de una atención oportuna y adecuada.



8. La necesidad de que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

- a. Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR);
- b. Usuaria(o)s de programas de control prenatal;
- c. Personas usuaria(o)s 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, que sean usuaria(o)s 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 INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO (Ley 360 de 1997):

- a. Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o 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 delito;
- d. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado;
- e. Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:

1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.
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 con el delito.

En cuanto a los Derechos de las y los pacientes, en Colombia, la Resolución número 13437 de 1991 establece que se deben adoptar como postulados básicos para propender a la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los derechos de los pacientes que se establecen a continuación, los cuales todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:



1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud 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 condiciones sicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos a pagar por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e 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 para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

## 7.2. PASO 2: VERIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, 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 intrafamiliar, sexual y de género

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. Equipo institucional básico.
Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar en el protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual.
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 implementar acciones continuadas para informar y capacitar al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual en los flujogramas de atención interna y procesos administrativos desarrollados.
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 de la institución, debe garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y confidencial para su atención y los insumos adecuados para la atención, y evitar los procesos de revictimización.
Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.	Delegado responsable.
Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.	Una persona delegada del equipo de cada institución debe entrar en contacto con los comités, redes, o mesas intersectoriales de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género que existan en el departamento o municipio, para el análisis y seguimiento de casos, a través del referente de la Secretaría de Salud Departamental para el tema. Diligenciar un directorio de actores e instituciones interesadas y comprometidas que incluya los sectores de protección, justicia y educación.

Fuente: *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.*

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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: B2PT2157 - 004
	Versión: 05	Vigencia: 26/01/2024

## 7.3. 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 y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que **todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica** y, por lo tanto, 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 las víctimas de violencia sexual y de género.**

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

Esto debe ser explicado claramente a cualquier víctima de violencia sexual que consulte inicialmente a servicios distintos del de urgencias, **independientemente de que el evento de victimización sexual sea reciente o antiguo**, de que se trate de una consulta directa o de una situación de violencia sexual detectada en alguien que consultó por otro motivo, y del tipo de servicio médico por el cual se detecte.

Un servicio de urgencia es la unidad que presta servicios las 24 horas en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de la Protección Social para esa unidad (Anexo Técnico 2 de la Resolución número 1043 de 2006).

**Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias son: 1. Que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual y de género, o 2. Que la víctima se 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 dentro del triage de urgencias; luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.** Los casos de explotación sexual, trata de personas, y violencia sexual en el marco del conflicto armado interno requieren que el personal sanitario y las instituciones desarrollen especificidades para su detección y manejo integral.

Es indispensable que:

a) En el momento que detecte a una víctima de violencia sexual, se estabilice emocionalmente y se remita de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de urgencias de las víctimas de violencia sexual y de género que se tengan dispuestos específicamente,

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO	Vigencia: 26/01/2024

donde la han de recibir y atender sin ningún tipo de demora, 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 urgencias de la víctima de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual por el sector salud.

#### 7.4. 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 las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las **exploraciones pertinentes relativas a: examen físico general, examen genital y examen mental**.

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

##### Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual y de género:

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

##### Es indispensable que:

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

#### 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 el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta.

Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO	Vigencia: 26/01/2024

necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

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

Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo.

Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

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

**Es indispensable que:**

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

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b></p>	Vigencia: 26/01/2024

## 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 para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado).

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

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

### Es indispensable que:

- Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección;
- Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental;
- Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos (incluyendo sigilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.
- Durante todo el procedimiento de examen físico de la víctima de violencia sexual, se le debe informar todo lo que se va a hacer, solicitando su permiso para hacerlo. Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábanas, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada

## 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 persona sobre los hechos, la pertinencia o no de realizar examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en tocamientos. Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en el organismo; hacen



somatización, en diferentes dolores pélvicos y el examen cuidadoso y explicado es tranquilizador y previene la presentación de las patologías enunciadas.

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

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

**Es indispensable que:**

- a) Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración;
- b) Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal;
- c) En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal;
- d) En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de estas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.

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

**• Diagnóstico clínico específicamente relacionado con el evento de violencia sexual sufrido**

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

Código CIE - 10	Nombre del Diagnóstico
T74.2	Abuso sexual.
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal.
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.



Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.

**• Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual y/o Intrafamiliar.**

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de **diagnósticos secundarios** y en el RIPS como **diagnósticos relacionados** organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso, y con los códigos CIE – 10 incluidos en el siguiente cuadro u otros adicionales necesarios:

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por parente 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

**• Diagnósticos clínicos de la esfera física**

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

**• Diagnósticos de lesiones de causa externa**

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

- 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 esta historia clínica inicial que se incluye en la sección de ayudas didácticas contenidas en USB/CD. Además, se recomienda consultar los capítulos 5 y 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género.

**7.5. PASO 5: TOME LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA VÍCTIMA EN LA EVALUACIÓN INICIAL**

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en la generalidad de las víctimas de violencia sexual y de género incluyen:

**1. Serología para sífilis (VDRL).**

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO	Vigencia: 26/01/2024

2. *Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococo.*
3. *Frotis en fresco tanto para búsqueda de Trichomonas vaginalis, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.*
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.*
7. *Prueba de embarazo.*

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

La prueba de toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual y de género.

Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel de complejidad, ni por tipo de aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los para clínicos, como los medicamentos y procedimientos que se requieren

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

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

#### **Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual**

**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, niños y adolescentes (ESCNNA) que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo, siempre 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 explotación sexual, etc.), se realizará la asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;
- d) En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes;
- e) Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médico – legales vigentes en Colombia. Ver el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual” del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

### **Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual**

Las pruebas diagnósticas que deben ser solicitadas cuando la víctima consulta entre cuatro y cinco días después de la agresión 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 (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

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

### **Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual**

#### **Es indispensable que:**

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan después de cinco días de ocurrida 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 de anticuerpos para VIH;**
- d) Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;**
- e) Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.**

### **Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitadas durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual**

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

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

### **7.6. 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 en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual y de género (ver esquemas en anexos).



**Es indispensable que:**

- a) Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual;
- b) Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección;
- c) Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. La EPS tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B a las pacientes víctimas de violencia sexual y de género. La gammaglobulina antihepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas;
- d) Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.

**Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad.**

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTI HEPATITIS-B; la aplicación de la gammaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.

**Dispensación del biológico solicitado**

Luego de hacer la solicitud médica en la historia clínica, se contactará al personal del área de vacunación de la institución para el suministro de los biológicos correspondientes, ya que es este servicio el que cuenta con la disponibilidad de los mismos, en dado caso que no se cuente con los biológicos, desde esta área se iniciará la respuesta en red haciendo contacto con el centro de acopio y/o respectiva unidad de PAI departamental para el suministro o solución del caso.

**• 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 inclusive.**
- **Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años.**

*La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (6 meses); aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses; en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).*

**Esquema recomendado de 4° dosis al 0, 1, 6 y 12 meses**

**Esquema rápido de 3° dosis al 0, 1, y 2 meses**

**• GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)**

Para profilaxis simultánea, **administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna**. Si no se aplica una profilaxis simultánea (initialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO	Vigencia: 26/01/2024

de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. **Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.**

## 7.7. 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.**

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

Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el **Kit completo (ver anexo)**, para personas adultas y para niñas y niños, 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:**

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

Se pueden presentar condiciones de riesgo: luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual o de un contacto sexual con especial 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 consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral 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 crónico o ESCNNA que consultan en las 72 horas posteriores al contacto de alto riesgo.

### Riesgo considerable para la exposición al HIV

**Exposición de:** Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.

**Con:** Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre.

**Cuando:** Es conocido que el agresor está infectado por HIV

### Riesgo insignificante para la exposición al HIV

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

**Exposición de:** Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.

**Con:** Orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lagrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre.

**Cuando:** Si se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor.

**Fuente:** *CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antiretroviral postexposure prophylaxis after, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations for the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (N RR-2): p.8. Traducción propia.*

## 7.8. 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 indicada.*

**Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual**

**Es indispensable que:**

- De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual;
- La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel*, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual. 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): Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas).**

**Profilaxis para Embarazo:** La anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel se puede administrar dentro de las 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable. La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo. Haga **seguimiento al mes** para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente lo decide, garantizar 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 conteniendo 250 ug de Levonorgestrel y 50 ug de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas 12 horas más tarde**. También se

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>Código: B2PT2157 - 004</p>
	<p>Versión: 05</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</p>	<p>Vigencia: 26/01/2024</p>

pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis-30-35 ug de Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 ug de etinilestradiol y 500 ug de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).

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

##### Es indispensable que:

- When the consultation is made **después de 72 y antes de 120 horas (5 días)** of a sexual assault that involves a risk of pregnancy (sexual assault, sexual abuse, ESCNNA or other types of sexual violence), **can be performed emergency contraception with DIU, always that it complies with the clinical criteria for this type of device to be used by the patient** (Ver: Resolution number 769 of 2008 of the Ministry of the Protection of Social).
- Provide **information on the right to IVE**; this should not be limited to a positive result in the pregnancy test, as it is part of the rights that must be explained to the victim at the beginning of the attention, and all the team that attends victims of sexual violence and gender violence must be able to provide it.
- The information on the right to IVE must be given from the first contact of the victim of sexual violence, and continue to do so whenever the woman goes to the health services and during the entire time she is in contact with those services, in cases of: sexual assaults, sexual abuses, ESCNNA, Trafficking of persons with the intent of sexual exploitation, and in other types of sexual violence that merit it, according to medical criterion.

The voluntary interruption of pregnancy (IVE) is an option for women in front of the pregnancy resulting from sexual violence and a intervention oriented to prevent the morbi-mortality of mother and personal, family and social damage that it generates. Its management scheme must be integral and with perspective of gender.

According to the Sentence C- 355 of 2006 of the Constitutional Court of Colombia, IVE is a right of the victims of sexual violence and gender. It does not matter if the health professional consulted is an objector of conscience for this procedure; the victim of sexual violence has the right to receive it as soon as possible if that is her decision, in a way that it must be derived without delay to another professional who performs the procedure, as soon as possible. If the professional objector of conscience is the only one available to perform the IVE procedure requested by the victim of sexual violence, and it is not possible to guarantee a reference mechanism or this would involve delays and dilatation in the attention, it will prevail the right of the woman requesting it over the objector, and this must be done without dilations. In the same way, the Constitutional Court issued Sentence C-055 of 2022 in which it is determined that it is not punishable the conduct of aborting until the 24th week of pregnancy, and without limit of periodicity under the circumstances determined by Sentence C-355 of 2022.

It is constitutionally unacceptable that more than five days pass between the request and the realization of an IVE to any pregnant woman as a result of sexual violence that expresses her decision to exercise that right.

It is a formal requirement to file a complaint for sexual violence to any woman under 14 years old or less who requests an IVE, as it is presumed that she is a victim of sexual violence. In these cases, NEVER should the realization of the IVE be delayed in the hope of a complaint. Sentence T-209 of 2008.



**La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE, pero ella la solicite. 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 incluido a continuación, y pueden ser consultados de manera extensa en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género, versión 2010.

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

<b>Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual</b>	
<b>Componente</b>	<b>Descripción Mínima</b>
<b>Recepción</b>	Tiempo de espera breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que le sucedió.
<b>Información inicial</b>	Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicación de pasos a seguir, programación de consulta médica y psicológica ese mismo día (si se trata de una víctima en crisis debe ser conducida primero a la valoración psicológica y desde allí, ser acompañada a la consulta médica). Definir qué tipo de ayuda ha pedido y de quién la ha recibido previamente.
<b>Consulta médica</b>	Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas. Se debe saludar empáticamente y proporcionar el nombre. En privado preguntar a la víctima si desea que su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración. No se debe permitir la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen, evitar hacer contar nuevamente todo lo sucedido. Preguntarle cómo se siente en ese momento. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes. Revisar los exámenes médicos que traiga. Sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se le atiende, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido. Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará, así como el uso del especulo o del examen bimanual, si es necesario, indicar cómo acomodarse en la mesa de examen. Si acepta que se realice un examen ginecológico, ser especialmente cuidadoso. Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro tipo de prestador de servicios de salud. Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un requisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede



	<p>indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos a seguir.</p>
<p><b>Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales</b></p>	<p>Esta orientación debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia tanto en temas de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. Quien atiende debe ser una persona amable, cálida y empática. El espacio de la consulta debe ser agradable y confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la entrevista, luego si la paciente lo desea, puede permitirse el acceso de un acompañante que ella quiera tener cerca. En caso de niñas, niños y adolescentes en este segundo momento de entrevista debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, niño o adolescente. No se deben permitir las interrupciones. La actitud debe ser de escucha activa, respetando el ritmo narrativo de la víctima, desculpabilizando y sin ir más allá de lo que la consultante pueda manejar con facilidad. Debe familiarizarse a la víctima con posibles reacciones emocionales y su manejo acorde con recursos internos. Igualmente, se valorarán las redes de apoyo y los riesgos de revictimización. Debe informársele sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.</p>
<p><b>Remisión y articulación interinstitucional</b></p>	<p>Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en la misma institución donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada.</p>
<p><b>Información, autonomía y consentimiento informado</b></p>	<p>Las mujeres víctimas de violencia sexual y de género que solicitan una IVE deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, riesgos y efectos para su salud y su vida. Esta es una condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado.</p>
<p><b>Procedimientos de IVE</b></p>	<p>La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes tipos de procedimientos recomendables según la edad gestacional. Los métodos preferidos según esa misma guía son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, que pueden ser atendidos en el primer nivel por médicos generales. La dilatación y curetaje, lo que se conoce como "legrado uterino", no se considera un método de elección. Deben ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30 – 40 minutos, programar una cita post</p>



	<p>–procedimiento para 7-15 días después de este. Debe hacerse la notificación y reporte de los casos, acogiendo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social. Como la violencia sexual es una urgencia médica, cuando se practique una IVE por causal de violencia sexual la provisión de servicios, procedimientos o medicamentos necesarios para brindar la atención NO ESTÁ RESTRINGIDA por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.</p>
Control y seguimiento	<p>El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.</p> <p>En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una falla del tratamiento o un aborto incompleto, se debe confirmar. En caso de confirmarse, se debe realizar un procedimiento de evacuación uterina por aspiración. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de control y seguimiento es una oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias, si es necesario, así como de ofrecer asesoramiento adicional. La asesoría anticonceptiva es esencial en el seguimiento y siempre debe hacer parte de la atención. Si la mujer aún no ha iniciado un método anticonceptivo, debe ofrecérsele en este momento. La información detallada y completa sobre la atención se encuentra en el protocolo de prevención del aborto inseguro.</p>

## 7.9. PASO 9: ASEGURE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INICIAL ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se requieran para asegurarla. Al respecto, recordar que la Ley 1257 de 2008, en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776 de 2010, establece que ante las mujeres víctimas de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual, los servicios de salud: “contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la 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 ofrecer a las víctimas de violencia sexual y de género son:

### ACCIONES NO ESPECIALIZADAS EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN SU CONSULTA INICIAL A LA INSTITUCIÓN DE SALUD



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

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de la víctima y resulta central 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, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

- **Primeros auxilios psicológicos**

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

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

**Los primeros auxilios psicológicos NUNCA reemplazan a la atención especializada de salud mental** que toda 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 y de género 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 intervenciones por la médica o el médico 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 racionalidad.
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 de la víctima.
9. Activar estrategias y rutas de protección.
10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	Código: B2PT2157 - 004
		Versión: 05
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO	Vigencia: 26/01/2024

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

La sedación a una víctima en riesgo de auto o heteroagresión –en los casos que se requiera– debe ser efectuada por el médico general a cargo del caso, entendiéndose como una acción previa a la llegada de la médica o médico psiquiatra. Una vez se verifiquen las condiciones médicas de base, cuya corrección ha de priorizarse antes de sedar y contando con una evaluación basal de signos vitales, el médico o médica general puede emplear alguno de los esquemas descritos en el capítulo 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género.

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

Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base, relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

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

### 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 máxima 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 de auto o heteroagresión:

- Difenhidramina: 1-5 mg/kg niños. Adolescentes: 25-50 mg/dosis (riesgo de desinhibición y tolerancia).
- Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg/día en pacientes con peso menor de 50 kg, y de 0.5 mg/día si el peso del paciente es mayor que 50 kg.



- En este grupo poblacional también es posible la sedación con Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml a dosis mínima durante cortos períodos de tiempo; máximo 4 semanas, para evitar efectos adversos.
- Por vía oral, con gotas que nunca deben suministrarse directamente en la boca, sino mezcladas con agua, té o jugo de frutas:

**Hasta los 10 años de edad** o menos de 30 kg de peso corporal, iniciar 0.01 a 0.03 mg/kg/día. Aumentar gradualmente la dosis en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada tres a siete días hasta el control de la crisis o la aparición de las reacciones adversas.

**Entre 10 y 16 años de edad:** la dosis inicial es de 1.0-1.5 mg/día administrados en 2-3 dosis divididas. La dosis puede aumentarse en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día).

Puede haber casos con agitación paradójica.

Si se encuentra alguna condición médica de base o asociada con los síntomas heteroagresivos o suicidas, relacionada o no con la 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 de manejo por el médico psiquiatra.

### ACCIONES ESPECIALIZADAS EN SALUD MENTAL PARA LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO EN SU CONSULTA INICIAL A LA INSTITUCIÓN DE SALUD

La intervención especializada ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que **debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados**. Posteriormente, si dichos profesionales lo consideran necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para completar una psicoterapia breve por psiquiatría o psicología en consulta externa, o puede ser derivada para atención integral en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario. La decisión por alguna de estas dos opciones se puede tomar una vez terminada la valoración inicial de urgencias y la primera sesión de terapia breve por especialista orientada hacia la intervención en crisis.

#### Intervención en crisis propiamente dicha

La debe realizar un médico o médica psiquiatra o, una psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados en psicoterapia breve. El siguiente cuadro describe sus características principales:

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género	
Ítem	Descripción
Objetivo	Reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en salud mental, oportuna y de calidad, que hace parte



	integral de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual.
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia intrafamiliar, sexual y de género en un contexto tranquilo y privado.
Duración	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Periodicidad	La psicoterapia breve puede ser desarrollada en un formato de entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a las necesidades de cada víctima y las posibilidades del contexto. Cuando se emplee un formato multisessiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Profesional a cargo	Profesional de la psicología clínica o de la medicina con especialidad en psiquiatría con entrenamiento adicional específico para el manejo psicoterapéutico de víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género, ya que se trata de un procedimiento especializado que requiere conocimiento y experticia clínica.
Tipo de paciente	Toda persona víctima de violencia sexual perteneciente a cualquier grupo de edad, género o modalidad de victimización que esté siendo atendida por tal motivo en el marco de la atención de la urgencia médica, y que haya otorgado su consentimiento informado para la acción clínica integral en salud, incluyendo los componentes de atención en salud mental especializada.
Formato	Psicoterapia breve centrada en solución de problemas de tipo individual o en diada víctima-persona adulta protectora en casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, si se considera terapéutico y dicho acompañamiento es aceptado. En ningún caso la víctima y el agresor deben estar en un mismo contexto terapéutico.

**Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS:**

- Interconsulta médica especializada de urgencias o ambulatoria por médica/o psiquiatra.
- Consulta de urgencias por medicina especializada-psiquiatría.
- Procedimiento de psicoterapia individual por psicólogo/a.
- Procedimiento de psicoterapia individual por psiquiatra.
- Traslado de pacientes para completar valoraciones y procedimientos necesarios dentro del manejo integral de la urgencia médica.
- Es obligatoria la atención médica especializada por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, o psicología con entrenamiento en clínica.
- En casos de mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual y de género en el marco del conflicto armado interno y especialmente en el contexto del desplazamiento forzado, se requiere acompañamiento por profesionales expertas en intervención psicosocial, así como para sus familiares de acuerdo con la Sentencia T-045 de 2010 de la Corte Constitucional.
- Igualmente, los psicofármacos que puedan ser requeridos como parte integral de la atención en salud mental.
- La Ley 1257 de 2008 en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010, establece que las Empresas Promotoras de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, serán: "las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, sicológica y siquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas".



**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)**

- Ley 1257 de 2008, artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010: "las prestaciones de alojamiento y alimentación suministradas a la mujer víctima de violencia, hacen parte de las medidas de protección y atención propias de su derecho integral a la salud, siempre y cuando sean proporcionadas dentro de las condiciones previstas (i) en la Constitución Política; (ii) en la Ley 1257 de 2008, (iii) en el reglamento que deberá expedir el Ministerio de la Protección Social; y (iv) en esta providencia. La concesión de alojamiento y alimentación amparan el derecho a la salud de la agraviada, en cuanto procuran su estabilización física y emocional, permitiéndole gozar de un periodo de transición al cabo del cual podrá continuar con la ejecución del proyecto de vida por ella escogido".
- Existe también el antecedente de amparo constitucional de estos derechos para mujeres, adolescentes, y niñas afectadas por violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y especialmente quienes se encuentran en situación de desplazamiento forzado, en caso de que no sean hospitalizadas; con transporte para un acompañante por víctima (Sentencia de la Corte Constitucional T-045 de 2010).
- Relacionado con el derecho a la salud como concepto integral que ha sido explicado por la Corte, entre otras, en las Sentencias T-248 de 1998, T-414 de 1999, T-409 de 2000, T-307 de 2006 y T-508 de 2008.

**Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género**

Ítem	Descripción
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"><li>● Contemplar múltiples niveles de evaluación e incluir a los diferentes actores familiares y sociales involucrados en los problemas derivados de la victimización sexual y en su solución.</li><li>● Partir de una definición de esos problemas que sea compartida por la persona consultante y que permita visualizar como viable la solución de los mismos.</li><li>● Enfocarse en el presente y el futuro, no en el pasado.</li><li>● Resaltar que la violencia intrafamiliar, sexual y de género obedece a características del contexto cultural y social que favorecen las inequidades de poder entre las personas, principalmente por género y edad, antes que en consideraciones de índole intrapsíquica.</li><li>● Enfocarse más en los recursos que en los déficits.</li><li>● Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto.</li><li>● Partir de las características particulares del caso.</li><li>● Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que se produjo el acto violento.</li><li>● Contemplar los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución de los problemas identificados en torno a la violencia y favorecer la manera de activarlos y ampliarlos.</li><li>● Proponer acciones directas e indirectas que sean hipotéticamente pertinentes para la solución de problemas concretos.</li><li>● Prever los posibles efectos positivos y negativos.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>● Tener en cuenta que el cambio requiere reorganización, reordenamiento, y reestructuración de las representaciones rígidas e inhibitorias que impiden el afrontamiento efectivo de la realidad.</li><li>● Evaluar contextualmente la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, así como la necesidad de tratamiento psicofarmacológico especializado. Además de la necesidad de continuar con una psicoterapia breve en formato de múltiples sesiones, o considerar la primera como la única intervención psicoterapéutica especializada requerida inmediatamente antes de remitir para continuar manejo por equipo interdisciplinario de salud mental en contexto ambulatorio u hospitalario, según necesidades de la víctima.</li><li>● Asegurar confidencialidad y privacidad, al igual que en el resto de la ruta de atención.</li></ul>
Fases	<ul style="list-style-type: none"><li>● Se parte y se centra en el motivo de consulta.</li><li>● Se intenta evidenciar y entender el problema.</li><li>● Se facilita la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de síntomas.</li><li>● Movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales.</li><li>● Evaluación del estado mental de la víctima, recontextualizando los síntomas como reacciones esperables ante la victimización sufrida que, no obstante, pueden ser superados mediante acciones específicas.</li><li>● Recomendaciones y sugerencias generales.</li><li>● Acuerdos terapéuticos específicos.</li><li>● Resumen final con retroalimentación por parte de la víctima consultante.</li></ul>
Técnicas terapéuticas específicas	<p>Para facilitar que la víctima retome la percepción de control sobre sí misma y sobre sus circunstancias, se recomienda durante la entrevista permitirle hacer elecciones, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ofrecer un vaso de agua. Permitir que elija el sitio donde quiere sentarse. Indicar que en cualquier momento puede suspender la entrevista, si así lo desea. Efectuar preguntas del tipo: ¿Quiere que hablamos o le parece que ahora no es el momento? Justificar la necesidad de las preguntas a través de indicaciones como: Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar. Respetar el ritmo impuesto a la entrevista por la víctima, mediante frases como: En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor. Ofrecer opciones a través de intervenciones tales como: Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos, dibujarlos o expresarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.</li><li>● Para facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios otorgados a lo ocurrido:</li><li>● Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizar expresiones como: Puedo ver que..., Por lo que dices, parece que te sientes... Se debe evitar decir: lo comprendo. Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando.</li><li>● Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice. Preguntar por sus necesidades, preocupaciones, ansiedades y dificultades. Formular las preguntas de manera abierta,</li></ul>



	para que faciliten la comunicación, por ejemplo: ¿Cómo ves la situación? Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad de corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: ¿Estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión? Aceptar tranquilamente el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona
--	---

**Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género**

Ítem	Descripción
Técnicas terapéuticas específicas	<ul style="list-style-type: none"><li>● El tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier comentario. Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), hacia delante y acercándose a la persona. Tener contacto visual como signo de aceptación y de escucha. En ciertos momentos, no evitar el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal; al respecto también tenga en cuenta lo que socialmente se considera aceptable en el lugar (por ejemplo, en la mayor parte de los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado este tipo de contacto entre dos mujeres o desde una mujer hacia una niña o niño, pero no desde un hombre hacia otro hombre). Poner el foco de atención en cómo se siente y se comporta la persona respecto a lo ocurrido más que en lo ocurrido, por ejemplo, en sus emociones y percepciones en torno a los hechos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza, entre otros) y detectar cuáles de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas). Trabajar conjuntamente para entender los hechos. Para dar apoyo emocional a las víctimas de violencia no se necesita saber la "verdad", ni conocer detalles de lo ocurrido.</li><li>● Para resignificar los sentidos y significados otorgados por la víctima a lo ocurrido, de modo que la adaptación y solución de problemas resulte más fácil, se requiere:</li><li>● Ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión en un contexto relacional enmarcado por estructuras de poder hegemónicas que pusieron en desbalance de poder a la víctima con relación al victimario, promoviendo la victimización sexual. Emplear técnicas de connotación positiva que sean sensibles a la condición de víctima de la consultante. Emplear técnicas de ubicación en un futuro en el cual ya se hayan superado los efectos de la victimización. Resignificar los signos y síntomas mentales encontrados, así como los tratamientos psicofarmacológicos cuando sean requeridos como una parte más de las estrategias de afrontamiento desplegadas, en el marco de otras desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario.</li><li>● Para técnicas terapéuticas mínimas aplicables a niños, niñas y adolescentes: ver los lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género del Consejo Distrital para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, Bogotá, año 2004, págs. 48-62. Disponible en: <a href="http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1251/1/LINEAMIENTOS%20para%20la%20atencion.pdf">http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1251/1/LINEAMIENTOS%20para%20la%20atencion.pdf</a></li></ul>
Acciones y actitudes NO	<b>No se debe:</b> Decir le entiendo perfectamente o imagino por lo que está pasado, porque aparte de inadecuado, es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión. Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la



terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta	otra persona. Fingir que se ha comprendido, cuando no es así. Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal. Aconsejar con frases como: creo que deberías... ¿Cómo es que no? Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: anímate ¡no es para tanto! Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como: esto puede ser una experiencia interesante si.... Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: ¿Cuándo empezó todo? No, esto no fue así.
Disposición final de la víctima de violencia sexual	<p>De acuerdo con las características de la víctima, su disposición y posibilidad de acudir a una psicoterapia, y las características del profesional que atiende y del contexto de ayuda en que actúa, al finalizar la primera sesión de psicoterapia breve podrá disponerse que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo desde allí a la víctima para continuar con una atención interdisciplinaria por parte del equipo de salud mental, en contexto ambulatorio y hospitalario, acorde con las necesidades de la persona y las características de la ayuda disponible.</li><li>• Esta sea la primera de una serie de hasta 10 sesiones, de acuerdo con el formato de psicoterapia breve individual centrada en solución de problemas, luego de la cual se podrá referir o no la persona a continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental en formato ambulatorio u hospitalario, como se describió antes.</li><li>• Que se detecte la necesidad de iniciar algún tipo de farmacoterapia específica por presencia de una psicopatología instaurada de la cual se conoce que el pronóstico mejora a partir de un abordaje bimodal combinando psicoterapia más farmacoterapia específica. Si el profesional que conduce la consulta inicial de psicoterapia breve es psiquiatra, deberá iniciar de inmediato la medicación necesaria, explicando su uso como un elemento más dentro de las estrategias de afrontamiento indicadas. Si se trata de una psicóloga o psicólogo clínico, deberá efectuar la misma resignificación de la farmacoterapia, derivando para continuar manejo conjunto o exclusivo por médico o médica psiquiatra, de acuerdo con las circunstancias que rodean a cada caso.</li><li>• Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género</li></ul>

#### Derivación a intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o a continuación de psicoterapia breve por psiquiatra o psicóloga/o

Una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia intrafamiliar, sexual y de género, la médica o el médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología clínica, o si más bien amerita que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental, en un contexto ambulatorio u hospitalario. Ver sobre obligatoriedad de contar con sistemas de referencia y contrarreferencia apropiados para las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y de género, según Ley 1257 de 2008 (artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010).

Los componentes y recomendaciones para la atención en salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género en el mediano y el largo plazo pueden ser revisados en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género, Capítulo 6.



## 7.10. PASO 10: PLANEE LOS SEGUIMIENTOS CLÍNICOS REQUERIDOS POR LA VÍCTIMA

La médica o el médico general que atiende la consulta inicial de urgencia con una víctima de violencia intrafamiliar, sexual y de género, debe dejar debidamente programados todos los seguimientos que se requieren e informar sobre su importancia a la persona, y a su familia, cuando sea el caso.

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

Se tiene previsto que a cada víctima de violencia sexual le sean realizados un total de **cinco consultas de control** luego de efectuada la atención inicial de urgencia, con la siguiente periodicidad: **a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses**.

Cada uno de esos controles cumple con unos objetivos muy específicos que deben ser comunicados a la persona desde la primera atención efectuada por el sector salud, junto con las fechas programadas para realizarlos.

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

## 7.11. PASO 11: DERIVE HACIA OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

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

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

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.
2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA.
3. Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogos/os clínicos) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinden otro tipo de atención integral requerida con posterioridad a la psicoterapia breve.
4. Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

## 7.12. PASO 12: DERIVE HACIA OTROS SECTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL CASO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>Código: B2PT2157 - 004 Versión: 05</p>	
<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b></p>		
<p>Vigencia: 26/01/2024</p>		

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

De manera simultánea, el sector Salud debe activar el sector Justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial – Sijín, Dijín, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia (ver sección normativa, resumen de modelos de gestión de la Fiscalía General de la Nación, y listado de contactos de la Fiscalía en el país, incluidos en las ayudas didácticas contenidas en CD/USB que complementa este protocolo).

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

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

### **Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en la atención integral de la víctima de violencia sexual**

Es necesario hacer las claridades pertinentes frente a los roles de psicólogas y psicólogos en los diferentes campos en que se deben desempeñar acorde con las competencias institucionales de los distintos sectores (protección, salud y justicia) que intervienen en el abordaje integral de la violencia sexual.

Las psicólogas y los psicólogos forenses o jurídicos, encargados a solicitud de la autoridad competente de la presentación del testimonio de las víctimas a través de la entrevista forense, tienen como campos de acción al Instituto de Medicina Legal, la Policía Judicial y los CAIVAS y en ausencia de estos últimos en el ICBF y en las Comisarías de Familia.

Profesionales en psicología clínica son las personas encargadas de brindar psicoterapia a las víctimas, razón por la cual su campo de acción está en los contextos clínicos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo fundaciones o asociaciones expertas, así como organizaciones y misiones humanitarias expertas.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

Las psicólogas y los psicólogos sociales realizan acciones de salud pública en salud mental y valoración psicosocial a las víctimas y sus familias, verificación de derechos, y pueden brindar primeros auxilios emocionales, así como efectuar identificación de recursos individuales y de la red familiar y social, referencia a servicios especializados y seguimiento al restablecimiento de derechos. Su campo de acción está en el sector de protección del ICBF, Comisarías de Familia, Centros de Atención y programas de salud pública, entre otras.

Cualquiera de estos profesionales con los perfiles mencionados anteriormente puede ser llamado a juicio para dar su concepto sobre la atención y las conclusiones de la atención que llevó a cabo con la víctima, hablando desde su experticia. Así mientras un profesional del campo social puede declarar sobre los hallazgos de su valoración psicosocial, el clínico puede aportar al juicio el estado de afectación en el que encontró a la víctima a través de su tratamiento terapéutico y el forense sobre las características del 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 sobre lo que conoce desde su perfil profesional, puede estar aportando elementos valiosos al juez para determinar que la mujer, la niña, el niño o adolescente es una víctima de violencia sexual. Es decir, su declaración debe estar basada en su área de experticia (social, clínica o forense) y no debe contestar preguntas sobre la culpabilidad del acusado o la veracidad del testimonio de la víctima.

### **7.13. PASO 13: EFECTÚE LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO QUE CORRESPONDAN**

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en conjunto con la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y otras instancias públicas del orden nacional, se encuentran en proceso de diseño, pilotaje e implementación de una serie de estrategias para la vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, sexual y otras formas de violencias basadas en género.

Algunas de las estrategias en desarrollo son: un sistema de vigilancia epidemiológica unificado para el país, ligado al SIVIGILA, que incorpore y amplifique las experiencias exitosas ya en funcionamiento en diversas regiones del país y un observatorio nacional de violencias basadas en género, en el cual la violencia sexual tendrá un lugar central. En apoyo de estos desarrollos, desde la atención clínica integral de las víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género, el personal sanitario a cargo debe realizar las siguientes acciones:

#### **Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género que se encuentra en la USB/CD complementarios de este protocolo**

La Historia Clínica Única recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento clínico y epidemiológico de cada caso de violencia detectado por el sector salud. En un futuro próximo podría reemplazar a las fichas de vigilancia epidemiológica sobre el tema, serviría para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica basadas en encuestas epidemiológicas nacionales, y podrá nutrir la información de las estrategias tipo observatorio.

#### **Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia intrafamiliar, sexual y de género en el campo correspondiente a diagnóstico principal**

Realizando este registro, las diferentes formas de violencia serán visibles para los sistemas de información en salud que en la actualidad funcionan desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y se tiene previsto que alimentarán

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</p>	<p>Código: B2PT2157 - 004</p>
	<p>Versión: 05</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</p>	<p>Vigencia: 26/01/2024</p>

el observatorio de violencias basadas en género, que se encuentra en diseño. También se deben completar los demás campos del Registro Individual 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 sufrida según los listados CIE – 10 presentados en el Paso 4 del presente protocolo (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”), recuerde caracterizar tanto el contexto de ocurrencia de la victimización empleando los campos correspondientes a diagnóstico relacionado (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 “Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades”, si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno o el código Y07.0 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posibles), como indicando otros diagnósticos clínicos asociados al principal de violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionado[27].

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

#### **Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial**

Las estrategias de vigilancia epidemiológica de la violencia sexual que ya se encuentran en funcionamiento en muchos de los departamentos y distritos del país deben continuar su marcha en el marco de los procesos de unificación nacional que han sido emprendidos.

#### **Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamientos nacionales que se construyan en el tema**

A partir de febrero de 2012 se espera que entre en funcionamiento para el nivel nacional el protocolo y la ficha para la vigilancia epidemiológica de las violencias, incluida la violencia intrafamiliar, sexual y de género, de manera integrada con los demás eventos de interés en salud pública del SIVIGILA.

#### **7.14. PASO 14: REALICE LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD**

Es necesario delegar en un profesional de la medicina general el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea este el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias, las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requiera la víctima para la estabilización de su salud en el corto, mediano y largo plazo.

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.

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

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

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

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

#### 7.15. 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 ambulatorio del caso de violencia atendido por el sector salud es el responsable del efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos.

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

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



## 8. DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Subproceso	Protocolo
URGENCIAS – CONSULTA EXTERNA – INTERNACIÓN – EPIDEMIOLOGÍA	ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO
Objetivo	Alcance
Ofrecer atención de calidad a las víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género y sus familias, evitando la re-victimización, garantizando el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas pertinentes y el direccionamiento a los órganos judiciales si aplica.	El procedimiento inicia con la solicitud de atención inicial de urgencias por violencia intrafamiliar, sexual y/o de género, y termina con la definición y ejecución de la atención médica, notificación obligatoria, e información, entrega de pruebas periciales y remisión a autoridades competentes.
Responsable	Normatividad
Médico General y/o Especialista tratante.	La Declaración Universal de los Derechos Humanos, La OMS/OPS con la atención primaria de la salud APS-. La Asamblea General de las Naciones Unidas, estrategias para cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Erradicar el hambre, promover la equidad de género – Autonomía de la Mujer, Reducir la mortalidad en menores de cinco años, Mejorar la salud sexual y reproductiva y combatir el VIH/SIDA, entre otros. La constitución política de Colombia en su Artículo 44 consagra los derechos fundamentales de los niños y las niñas. Ley 012 de 1191 Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño. Ley 294 de 1996 dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la ley 599 de 2000 Nuevo código penal cuyo título referido a violencia sexual se denominó: "Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales", Ley 470 de 1998 aprueba la convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores, Ley 599 de 2000: Código Penal Colombiano. Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Resolución 412 de 2000 guía de atención del menor maltratado y la guía de atención de la mujer maltratada. Ley 679 de 2001 estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, Ley 765 de 2002 Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-PNSSR. 2003, plantea mejorar y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, La ley 1098 del 2006, ley de infancia y adolescencia. Ley 1146 de 2007. Normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. El Decreto 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública: La salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral y la nutrición entre nosotros. La ley 1146 de 2007, "normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente" Ley 1257 de 2008 En su artículo 8 "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, la Ley 294 de 1996, y se dictan otras disposiciones", consagra los derechos de las víctimas de violencia, a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica. Ley 1329 de 2009 disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Ley 1438 de Enero 19 del 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, define dentro de sus principios rectores la atención con ENFOQUE DIFERENCIAL, para las víctimas de la violencia entre otros, Además en el artículo 19 se contempla el RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS e incluye la rehabilitación física y mental de los niños,



niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente. Resolución 459 de 2012, adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. La Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar los servicios. Las demás normas orgánicas sobre el funcionamiento, estructura jurídica y misión del Hospital Departamental San Vicente de Paúl, Demás normas legales que rigen, complementen o sustituyan las actividades encomendadas.

Condiciones	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamiento las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia (Triage, emergencias médicas/psicológicas–trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc.), así como los cuidados médicos más específicos como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, IVE, etc.</li> <li>● Apoyo emocional</li> <li>● Toma de evidencias forenses cuando aplique</li> <li>● Realización de las medidas de protección de las víctimas</li> <li>● Tratamiento y rehabilitación de la salud mental de la víctima</li> <li>● Orientación a la familia</li> <li>● Denuncia/reporte de la violencia sexual</li> <li>● Activación las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Tecnológicos:</b> Computador, Impresora, Dinámica Gerencial .NET, Internet.</li> <li>● <b>Humanos</b> Medico General, Médico Especialista, Psicóloga (o), trabajo social y Equipo de Salud.</li> <li>● <b>Metodológico:</b> Historia Clínica, formato consentimiento informado, formato del protocolo de informe pericial integral en la investigación del delito sexual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ficha de notificación obligatoria del SIVIGILA.</li> </ul>

#### Ejecución Actividades ( Críticas)

No.	Actividades
<b>Ingreso</b>	
1	Ingreso a la institución
2	Personal de vigilancia Saluda amablemente y direcciona el ingreso e inicio ruta para registro de datos y facturación.
<b>Auxiliar administrativo Facturación Urgencias</b>	
3	Salude amablemente al usuario que solicita la atención inicial de urgencias.
4	Recepcione los documentos pertinentes relacionados con la atención: Documento de identidad y carnet de EPS a la cual se encuentra afiliada. Si es menor de edad solicite los documentos a la persona responsable del menor o la autoridad competente de su custodia.
5	Realice la verificación de derechos del usuario(a).
6	Realice ingreso de los datos necesarios para la apertura del ingreso del usuario(a) en el Sistema Dinámica Gerencial .NET.
7	Ingrese los datos al control del triage (PRIORIDAD I) e informe al médico de triage la presencia del caso en el servicio.
8	Explique de manera clara y concisa al usuario(a) o a la persona responsable de la custodia del menor el procedimiento a seguir.
<b>Médico Triage</b>	
9	Realice la valoración médica de triage y clasifíquelo como PRIORIDAD I.
10	Diligencie el formato TRIAGE de la historia clínica sistematizada e informe al médico asignado la presencia del caso en el servicio
11	Diligenciamiento de caso de notificación de violencia intrafamiliar, sexual o de género para solicitud número de noticia criminal. (Formato diseñado por la institución)



<b>Médico General Urgencias</b>	
12	Reciba el caso al médico de triage e inicie la atención de forma INMEDIATA
13	Salude amablemente al usuario que solicita la atención inicial de urgencias.
14	Evalúe si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente: Si la respuesta es SI, continúe en el ítem No. 15, Si la respuesta es NO, continúe en el ítem 16.
15	De inicio al procedimiento médico indicado para la atención y estabilización del paciente (Traumas, intoxicaciones o cualquier situación que comprometa la vida de la víctima si no se inicia tratamiento inmediato).
16	Una vez el paciente se encuentre estable ante esos riesgos vitales, de inicio al protocolo de atención en violencia intrafamiliar, sexual y de género.
17	Evalúe el estado emocional/mental actual del paciente y su familia.
18	Evalúe y maneje los riesgos de auto o heteroagresión presentes en la víctima, así como los de revictimización.
19	Considere interconsulta a psicología para realizar una valoración e impresión diagnóstica especializada del estado mental, junto con una primera sesión de psicoterapia breve para manejo de la crisis. Tomar en cuenta la valoración del entorno familiar y las personas significativas de su entorno si requieren intervención y acompañamiento desde el área psicosocial.
20	Explique los derechos a la víctima y en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud.
21	Realice la asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médico legales y los exámenes de VIH/SIDA, tomando en cuenta si la atención corresponde a un menor y si se encuentra en custodia por alguna institución.
22	Diligencie el formato de consentimiento informado para la realización de exámenes clínico-forenses, valoraciones psiquiátricas o psicológicas forenses y otros procedimientos forenses relacionados del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
23	Realizar llamada al ente judicial que corresponda para obtener el número de noticia criminal e iniciar el proceso de atención intersectorial.
24	Realice de la Anamnesis completa.
25	Diligencie la Historia Clínica de forma completa, motivo de la consulta y enfermedad actual, seleccionar y diligenciar la revisión por sistemas, y los antecedentes personales y familiares del paciente
26	Inicie el proceso de atención médica y médico-legal
27	Realice el examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS. Ante la atención de menores de edad, siempre deben ser atendidos en presencia de mayores de edad familiar o responsable en custodia del paciente. Ante la solicitud expresa del menor de no aceptar acompañante durante la consulta debe respetarse su solicitud y dejar descrito en documento la negación del menor.
28	Tome las muestras forenses pertinentes según aplique, hallazgos y tiempo de evolución del evento, tomando en cuenta el diligenciamiento del consentimiento del paciente. Si es menor de edad, la toma de evidencias debe ser tomadas en presencia de mayores de edad sea familiar o responsable en custodia del paciente. Ante la solicitud expresa del menor de no aceptar acompañante durante la toma de evidencias debe respetarse su solicitud y dejar descrito en documento la negación del menor.
29	Diligencie el formato del protocolo de informe pericial integral en la investigación del delito sexual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
30	Establezca el diagnóstico médico.
31	Realice el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, diligenciamiento de registros.



32	Explíquele al paciente la necesidad de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.
33	Garantice la toma pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual.
34	Determine la configuración del caso como asalto sexual o abuso sexual. Si el caso se configura como asalto sexual y el tiempo de evolución es menor a 72 horas desde el momento del evento, continúe con el ítem No. 35. Si el caso se configura como abuso sexual o si corresponde a asalto sexual con tiempo de evolución > 72 horas, continúe con el ítem No. 39
35	Indique profilaxis sindromática para ITS
36	Indique Profilaxis para VIH: Nunca inicie si han pasado 72 horas posteriores al asalto sexual. Haga consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis para HIV.
37	Indique Profilaxis para hepatitis B
38	Indique anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo
39	Brinde información y asesoría sobre el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual, si aplica.
40	Indique manejo integral a otras patologías alternas, si aplica.
41	Solicite una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial y/o con médico psiquiatra si se considera pertinente.
42	Considere interconsulta a médico especialista o remisión hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.
43	Brinde orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo cumpliendo con la ruta intersectorial (Protección, justicia, educación).
44	Diligencie la ficha de notificación obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica: Vigilancia en salud pública de la violencia de sexual, genero e intrafamiliar código INS: 875
45	Si el caso corresponde a un evento detectado como sospecha de violencia sexual en la institución de salud, o ha llegado a la institución de salud y no ha tenido denuncia previa: Participe en el proceso de denuncia institucional en el equipo de atención a las autoridades municipales, realización de unidad de análisis si aplica.
46	Entregue los materiales probatorios si aplica según el procedimiento institucional de cadena de custodia, a la autoridad de policía con funciones de policía judicial, quienes deben acudir a las instalaciones del prestador de servicios de salud con el Número Único de Noticia Criminal, para que se inserte en el formato de cadena de custodia y entregar las pruebas a medicina legal para su trámite y custodia según su competencia.
47	De las indicaciones de manejo y seguimiento ambulatorio al paciente o la persona responsable de la custodia al finalizar el proceso de atención.

Riesgos	Control
<ul style="list-style-type: none"><li>● Negación de atención.</li><li>● Re-victimización.</li><li>● Fallas en el proceso de toma, embalaje y rotulación de muestras.</li><li>● No obtención del número de noticia criminal.</li><li>● Fallas diligenciamiento ficha epidemiológica.</li><li>● Violación de la confidencialidad de la información.</li><li>● No diligenciamiento de consentimientos informados para examen y toma de pruebas periciales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Obligatoriedad en la ejecución del procedimiento institucional de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.</li><li>● Vigilancia epidemiológica.</li><li>● Auditoría concurrente.</li><li>● Comité Consultivo Intersectorial para prevención de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género.</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>● Sanción por parte de las entidades de inspección, vigilancia y control por incumplimiento en los protocolos.</li><li>● No contar con los kit de atención de víctimas de violencia sexual completos y vigentes.</li></ul>	
Precauciones	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"><li>● El no encontrar signos físicos no significa que el hecho no haya ocurrido y esto debe ser claramente consignado en la historia clínica, es común no encontrar signos físicos Se tomara la decisión de NO realizar el examen físico incluido el examen genital, con base en los siguientes criterios: *Si el evento narrado se basa en tocamientos expresamente. *Tiempo del evento de violencia sexual en el cual ya no sea factible encontrar evidencia física. Cuando se encuentra en embarazo, en este caso se limitara a documentar la edad gestacional y su correlación con el tiempo de los hechos.</li></ul>	Atención integral a víctimas de violencia sexual y de género. Notificación obligatoria a SIVIGILA Entrega de pruebas periciales
Definiciones y referencias	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Violencia Sexual:</b> toda acción que vulnere los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su personalidad. Se configura con o sin contacto. Se refiere a obligar a una persona a tener contacto físico o verbal de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas (Ley 1257,2008). Si la ocurrencia se relaciona con agresor(es) pertenecientes al núcleo familiar, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar sexual.</li><li>● <b>Tipos de Violencias Sexuales:</b><ol style="list-style-type: none"><li>a) <b>Acceso carnal:</b> es la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral y/o la penetración vaginal o anal con cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto mediante cualquier mecanismo que anule o limite la voluntad. Esta violencia puede ser violenta (con violencia) o abusiva (sin violencia)</li><li>b) <b>Acoso sexual:</b> hace referencia a todo hostigamiento con contenidos y fines sexuales ejercido de forma unidireccional que genera malestar a la persona. Persecución, hostigamiento o asedio físico o verbal, con fines sexuales no consentidos, que se realiza valiéndose de superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad sexo, posición laboral, social, familiar o económica.</li><li>c) <b>Acto sexual:</b> es la acción o comportamiento sexual diferente al acceso carnal que se realiza en presencia de otra persona, o que incluye tocamientos e inducción a observar contenidos sexuales. También puede ser violenta (con violencia física) o abusiva (sin violencia física).</li></ol></li></ul>	La detección de la violencia intrafamiliar, sexual y/o de género realizada por el personal de salud puede ser la primera y única oportunidad de recibir ayuda que tengan las víctimas de violencia sexual y de género. Es de vital importancia que este personal se encuentre sensibilizado y capacitado sobre el proceso integral de atención que incluye un adecuado y oportuno proceso de detección.



- d) **Desnudez Forzada:** es toda acción o comportamiento en el que se somete a una persona a desnudarse total o parcialmente, o a permanecer desnuda en escenarios públicos o privados.
- e) **Explotación sexual:** es toda acción o comportamiento en el que se induce, constríñe u obliga a una persona a realizar cualquier acto sexual para conseguir u obtener algún provecho económico o de otra índole para sí mismo o para un tercero<sup>3</sup>. Entre estas la esclavitud sexual, la prostitución, explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, la pornografía, incluidas las formas que se comenten en entornos virtuales.
- ✓ **Pornografía:** es toda acción en la cual se produce, comercializa, divulga, exhibe o posee material con contenido explícito o sugestivo de tipo sexual de una persona a través de cualquier mecanismo.
  - ✓ **Prostitución:** es toda acción en la cual se induce o constríñe a una persona al “comercio carnal” e instrumentalización sexual, con la finalidad de obtener lucro o satisfacer los deseos otro.
  - ✓ **Esclavitud Sexual:** “ejercer sobre una persona uno de los atributos del derecho de propiedad para que realice uno o más actos de naturaleza sexual”. (SIVIGE. 2020)
  - Unión Servil:** situación que se establece al interior de la relación conyugal formal o de hecho entre dos personas, donde una de ellas es privada de sus derechos y libertades por la otra y es explotada servil y sexualmente.
  - ✓ **Matrimonio en la niñez/uniones Tempranas:** se entiende como cualquier unión, formal (legal) o informal (unión temprana), en la que una persona menor de 18 años convive en una relación de pareja con otra persona, que puede o no ser mayor de edad. (UNICEF).
- f) **Abuso sexual:** aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima, tales como la superioridad manifiesta, las relaciones de autoridad dadas por la edad, el poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual. El abuso sexual para fines operativos son los actos sexuales sin penetración del pene u otra parte del cuerpo o elemento, con o sin contacto directo, realizados mediante fuerza, engaño, sobornos, amenazas, seducción, manipulación. Incluye manosear, masturbar, realizar prácticas exhibicionistas y otras<sup>8</sup>.
- g) **Asalto sexual:** Es una forma de violencia sexual en la que el agresor, conocido o desconocido, utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo impositivo para realizar cualquier tipo de práctica sexual con la víctima de cualquier edad y sexo. Son entonces actos de naturaleza sexual



no deseados y caracterizados por la violencia física y psicológica. Para los fines operativos se trata de un ataque consciente para someter a las víctimas con el uso de la fuerza física, las armas, la intimidación, el engaño, y penetrarlas con el pene o con otra parte del cuerpo u objetos en la vagina, el ano, la boca. Es conocida comúnmente como violación, donde el perpetrador puede actuar solo o en grupo. La violación por parte de esposos o compañeros está penalizada en Colombia. (Resolución 459 de 2012).

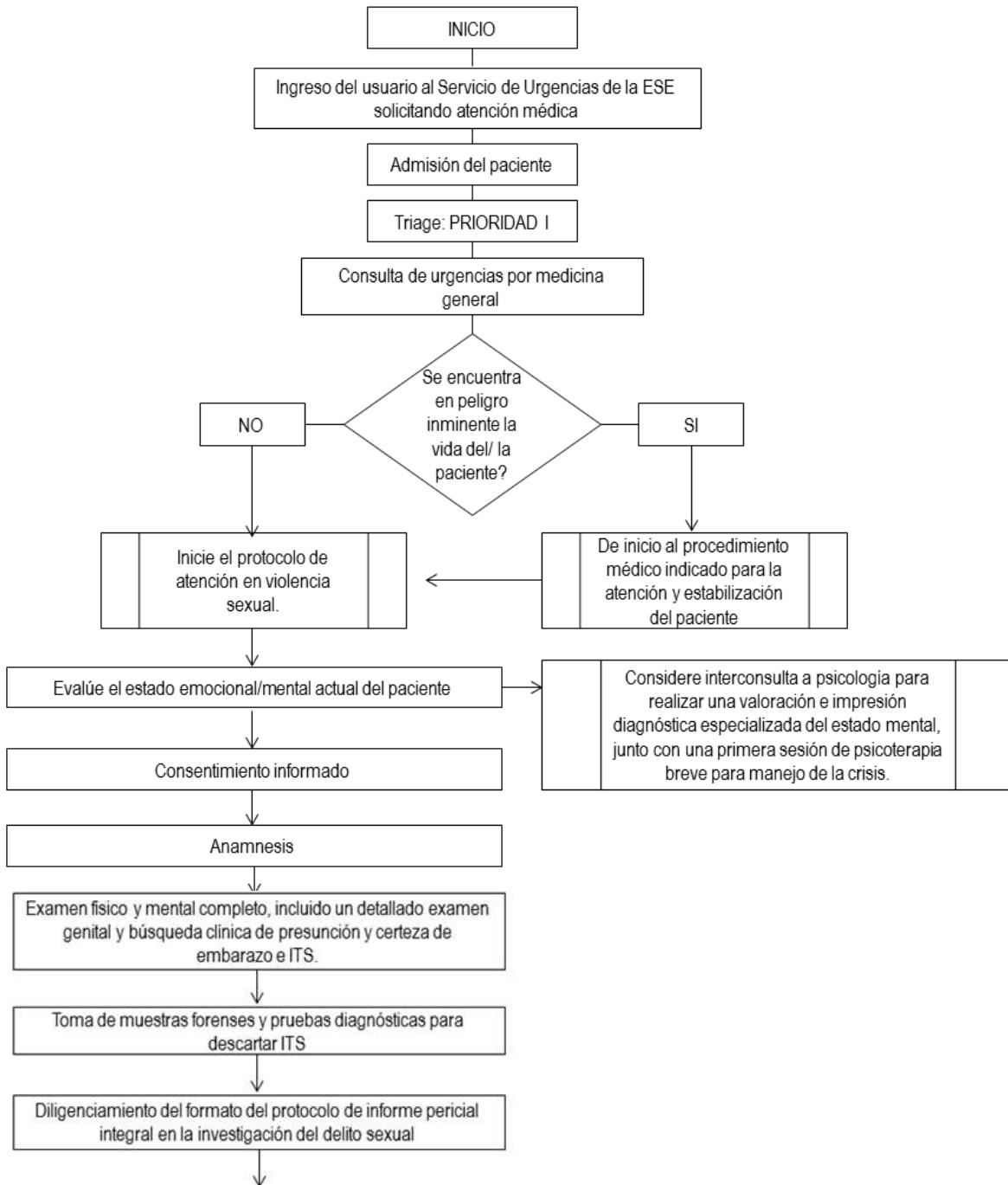
h) **Violencia Intrafamiliar:** Es cualquier tipo de abuso o maltrato físico, psicológico, sexual o económico que ocurre entre miembros de una familia ya sea parejas, padres, madres e hijos, hermanos independientemente si viven bajo el mismo techo o no, incluso el abandono se configura dentro de este tipo de violencia

## CRITERIOS Y MEDIDAS PARA TRASLADO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO.

- En caso de requerir el traslado del paciente se cuenta con ambulancia básica y/o medicalizada dependiendo de la gravedad.
- Es importante estabilizar al paciente
- Se debe suscribir la autorización generada por dinámica, de acuerdo con la persona que corresponda, mayor de edad, personas con discapacidad, mayores de edad y niños, niñas y adolescentes. Para la obtención de la autorización se debe contar con los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias para garantizar la toma de decisiones libres e informadas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1996 de 2019 y la Resolución 1904 de 2017 del MSPS o la que la modifique, derogue o sustituya. Se debe tener en cuenta los siguientes casos:
  - Ser menor entre 0 a 5 años, la autorización se suscribe con la persona en ejercicio de derechos de patria de potestad
  - Ser niño, niña y adolescente entre 6 y 11 años, la autorización se suscribe la persona en ejercicio de derechos de patria de potestad
  - Ser Adolescentes entre 12 a 17 años, la autorización se firma en concurrencia con la persona en ejercicio de derechos de patria de potestad
- En el caso de que no se encuentre disponible la persona en ejercicio de los derechos de patria potestad, madre o padre, o que esta persona sea el presunto perpetrador de la violencia, el consentimiento lo puede dar el Defensor o Defensora de Familia o la Comisaria o Comisario de Familia o, a falta de estos, un representante del Ministerio Público (Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo o Personería). En los casos de niños, niñas y adolescentes, entre 6 y 11 años, siempre se debe obtener asentimiento informado y la firma del documento de consentimiento informado será suministrada por la persona en ejercicio de derechos de patria potestad. En el caso de adolescentes, estos pueden dar su consentimiento directo y se firmará el documento en concurrencia con la persona en ejercicio de los derechos de patria potestad, madre o padre.



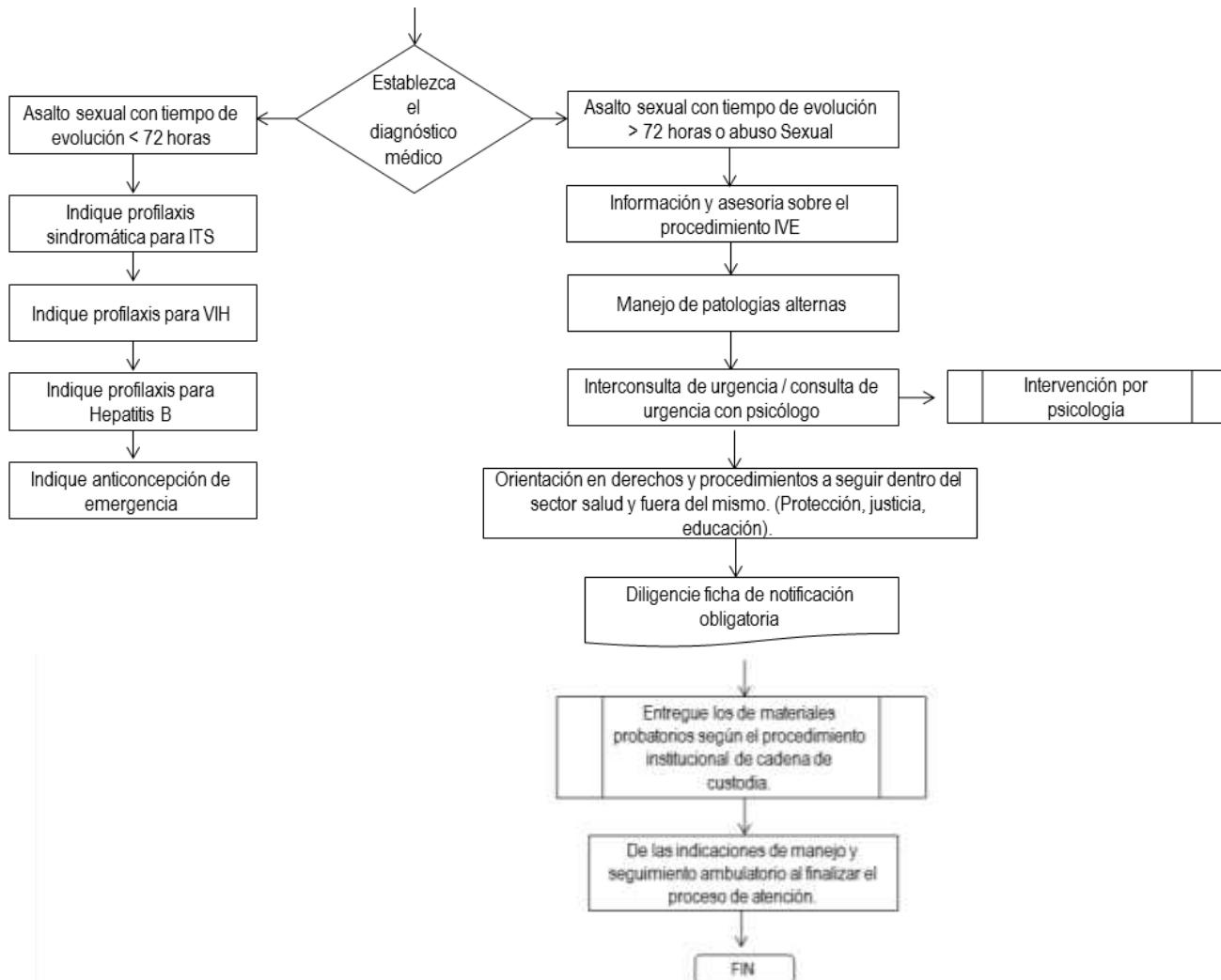
## FLUJOGRAMA





PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Vigencia: 26/01/2024





## 9. CONTROL DE CAMBIOS

El control de cambios, describe las modificaciones realizadas al presente documento y define la nueva versión que se genera por cambios de fondo requeridos, es un documento controlado. El original se encuentra a cargo del responsable en gestión de ingeniería de procesos – área de calidad, su impresión es considerada copia no Controlada

FECHA	CAMBIO	NUEVA VERSIÓN	ELABORÓ	APROBÓ
24/08/2019	Organización del contenido del manual.	02	Gestor Ingeniería de procesos	Néstor Jhaly Monroy Athia Gerente
24/08/2021	Se realiza revisión y actualización del protocolo Se restaura en nueva imagen corporativa	03	Marybel Castaño Rodríguez Líder Mejora Continua	Jorge Humberto González Bahamón Gerente
21/06/2023	Se realiza actualización del documento	04	María Juliana Valderrama Enfermera IAMII	Jorge Humberto González Bahamón Gerente
26/01/2024	Se realiza actualización del documento agregando violencia intrafamiliar	05	María Juliana Valderrama Enfermera IAMII	Jorge Humberto González Bahamón Gerente

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Actualizado por: MARIA JULIANA VALDERRAMA	Revisado por: MARYBELCASTAÑO RODRIGUEZ	Revisado por: PABLO LEÓN PUENTES QUESADA	Aprobado por: JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMÓN
Cargos: ENFERMERA IAMII	Cargo: COORDINADORA MEDICA	Cargo: SUBDIRECTOR CIENTÍFICO	Cargo: GERENTE

**Aprobado Mediante Resolución N° 0113 de 14 de Febrero 2024**, por la cual se modifica protocolo de atención integral de víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género y se conforma el equipo institucional básico para la gestión programática del modelo y protocolo de atención integral de víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género para, ESE Hospital Departamental San Vicente De Paúl (Garzón – Huila)

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: B2PT2157 - 004</b> <b>Versión: 05</b>
	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO</b>	<b>Vigencia: 26/01/2024</b>

## BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). **Resolución 459 de 2012 (marzo 6)**. Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 48.367 de 9 de marzo de 2012
- Andrade, L. (2012). **Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual y de género**. Ministerio de Salud y Protección Social. OIM
- Consejo Distrital para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual y de género (2004). **Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual y de género**. Alcaldía Mayor de Bogotá – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá. 62 p.
- Del Río González, E (s.f). **El acoso sexual como conducta delictiva en Colombia**. Disponible en: [https://docs.google.com/Doc?id=dc2skt32\\_18fbwh7dv&pli=1](https://docs.google.com/Doc?id=dc2skt32_18fbwh7dv&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 y de género**. Bogotá. p. 56.
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009). **Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual**. Versión 3. 172 p.
- ICITAP (2008) **Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words)**, 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. MSF – OCBA**, Colombia, p. 18.
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011) **“Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género”**. 374 p.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003) **Informe Mundial sobre la violencia y la salud**. Washington.
- OXFAM (2010) **Encuesta de violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado**. Colombia. 30 p.
- PAHO/WHO (2002) Serie Género y Salud Pública, **Violencia Sexual basada en Género y Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo**.
- Piñeros, S (2010) **“El niño agresivo”**. 20 p.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008) **“Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud”**. Bogotá. Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). 138 p.
- Talmon, M (1990) **“Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter”**, San Francisco. Jossey – Bass Inc, p. 146.
- World Health Organization/ United Nations High Commisioner for Refugees (2004). **“Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons”**. 76 p.
- Velásquez, S (2003) **“Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar”**. Barcelona. Ed. Paidós. P. 334.
- Zeig, J (2004) **“Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas”**, Buenos Aires, Amorrortu, p.
- **Ministerio de la Protección Social. Resolución 3100 del 2019**. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.



## REFERENCIAS

- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). **Resolución 459 de 2012** (marzo 6). Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género. Bogotá D.C. Diario Oficial No. 48.367 de 9 de marzo de 2012
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia (2011). **Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de violencia sexual y de género**. Dirección General de Salud Pública, 1-301.
- Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y Análisis del riesgo en salud pública (2014). **Protocolo de vigilancia en salud pública violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual**. INS, 1-47.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2006). **Reglamento técnico para el abordaje forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual**. INMLCF, 1-128.





## ANEXO 1

### KIT DE RECOLECCIÓN DE ELEMENTOS PROBATORIOS

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl garantizará los elementos necesarios para la toma de elementos materiales de prueba, según Resolución 3100 de 2019.

1	Organizador plástico donde se encuentren todos los elementos para la recolección de evidencia forense.
2	Bolsas de papel Kraft diferentes tamaños para empacar las evidencias forenses
3	Bolsas plásticas transparentes de diferentes tamaños
4	Cortaúñas
5	Pinza de punta fina sin garra
6	Seda dental preferiblemente sin cera
7	Peinilla
8	Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado
9	Opciones para muestras de referencia: 1) Fragmentos estériles de tela garza de 2.5 por 2.5 cms y copas plásticas desechables pequeñas + lancetas 2. Tubos tipo vacutainer tapa lila con EDTA 2) escobillones estériles para toma de saliva 3) Tarjetas FTA®+lancetas
10	Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).
11	Agujas hipodérmicas para toma de sangre, adaptables al sistema de vacío.
12	Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacío
13	Torniquete
14	Frascos de polipropileno como mínimo de 20 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, sin preservativos.
15	Cinta de Seguridad
16	Rótulos autoadhesivos preimpresos.
17	Hojas de medio pliego de papel bond 60g blanco
18	Marcador de punta fina indeleble.
19	Gasas estériles.
20	Alcohol antiséptico con frasco lavador
21	Caja secadora de escobillones
22	Agua destilada estéril.
23	Tijeras
24	Lupa de 2X

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



## ANEXO 2

### KIT PARA LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN ANTE EL VIH, LAS ITS, LA HEPATITIS B Y EL EMBARAZO

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



### ANEXO 3

#### RECOMENDACIONES PARA EL CONTENIDO Y ALMACENAMIENTO DEL KIT POST- EXPOSICIÓN

PARA VÍCTIMAS CON MENOS DE 30 KG DE PESO				
TIPO DE PROFILAXIS	COMPOSICIÓN	SUGERENCIA DE CONTENIDO	CANTIDAD	TIEMPO DE PROFILAXIS
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	ZIDOVUDINA Susp. 10 mg / ml	5 frascos por 240ml	4 semanas
		LAMIVUDINA Susp. 10 mg / ml	3 frascos por 240ml	4 semanas
		LOPINAVIR / RITONAVIR Susp. 80/20 mg/ml*	2 frasco por 160 ml	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*			3 dosis
	Inmunoglobulina G contra Hepatitis B*			Según peso de la víctima
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo	CEFUROXIMA. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml	1 frasco	Dosis única
		AZITROMICINA. Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml	1 frasco	Dosis única
		METRONIDAZOL. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml	1 frasco	Dosis única
	Jeringa de 10 cc para administración de los medicamentos en suspensión			1 NA
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0,75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RAPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2			2



PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB	1
PRUEBA RÁPIDA DE EMBRARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica	1

\*Por requerir refrigeración, el Lopinavir / Ritonavir en Suspensión, las Vacunas para HB y la Gamaglobulina para HB deberán mantener la cadena de frío, pero con garantía de acceso a las mismas, dentro de las 72 horas después de haber ocurrido la violación.

**Fuente:** Andrade, L. (2012). *Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual y de género. Ministerio de Salud y Protección Social. OIM.*

PARA VÍCTIMAS CON MÁS DE 30 KG DE PESO				
TIPO DE PROFILAXIS	COMPOSICIÓN	SUGERENCIA DE CONTENIDO	CANTIDAD	TIEMPO DE PROFILAXIS
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg (Dosis fija combinada)	60 tabletas	4 semanas
		Lopinavir / Ritonavir 200/50 mg	120 tabletas	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la Hepatitis B*			3 dosis
	Gamaglobulina contra Hepatitis B*			Según peso de la víctima
Profilaxis de otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Tricomonas, Linfogranuloma venéreo	Ceftriaxona 1gr	1 vial	Dosis única
		Azitromicina x 500 mg	2 tabletas	Dosis única
		Metronidazol x 500 mg	4 tabletas	Dosis única
Anticoncepción de Emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonorgestrel x 0,75mg	2 tabletas	Dosis única
PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2			2



PRUEBA RÁPIDA PARA HB	Prueba rápida de Antígenos de Superficie para HB	1
PRUEBA RÁPIDA DE EMBRARAZO	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica	1

\*Se recomienda mantener en un sitio con fácil disponibilidad para el personal de urgencias, 2 KITS para menores de 30Kg y 2 KITS para mayores de 30 Kg. Se sugiere ubicar los KITS en un recipiente hermético y fácil de identificar.

\*En mujeres embarazadas, se debe reemplazar la Azitromicina por Eritromicina (500mg c/6hs por 7 días) o Amoxicilina 500mg c/ 8 hs por 7 días. Evitar el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

\*Evitar el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

**Fuente:** Andrade, L. (2012). *Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual y de género. Ministerio de Salud y Protección Social. OIM*





#### ANEXO 4

#### PROFILAXIS PARA VIH E ITS

#### PROFILAXIS PARA VIH E ITS EN MENORES DE 30 KG

PROFILAXIS PARA VIH X 28 DÍAS		PROFILAXIS DE ITS. DOSIS ÚNICA		
<p><b>ZIDOVUDINA (AZT).</b> Suspension 10 mg / ml. Fco de 240 ml</p> <p>Dosis proyectada para los niños mayores de 6 semanas: <b>Oral:</b> 180-240 mg/m<sup>2</sup>/dosis, 2 veces al día (dosis diaria total de 360-480 mg/m<sup>2</sup>)</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 300 mg/dosis, 2 veces al día.</p> <p>Fórmula para el cálculo de la superficie corporal S.C. (m<sup>2</sup>) = (Peso x 4) + 7 / Peso + 90</p> <p>Dosis de adultos: 250-300 mg/dosis, 2 veces al día</p>	<p><b>LAMIVUDINA (3TC)</b> Suspensión 10 mg / ml. Fco de 240 ml</p> <p><b>Dosis:</b> 4mg / Kg. Dos veces al día.</p>	<p><b>LOPINAVIR / RITONAVIR</b> Suspensión 80/20 mg/ml Fco de 160 ml.</p> <p><b>NECESITA REFRIGERACIÓN</b></p> <p><b>Dosis proyectadas de LPV:</b> Peso entre 5 y 7,9 kg: 16 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 8 y 9,9 kg: 14 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 10 y 13,9 kg: 12 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 14 y 39,9 kg: 10 mg/kg/dosis, 2 veces al día</p> <p><b>Dosis proyectadas de RTV:</b> Peso entre 7 y 15 kg: 3 mg/kg/dosis, 2 veces al día Peso entre 15 y 40 kg: 2,5 mg/kg/dosis, 2 veces al día Dosis máxima: 400 mg de LPV + 100 mg de RTV, 2 veces al día</p>	<p><b>CEFUROXIMA.</b> Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml.</p> <p>10 mg/Kg.</p>	<p><b>AZITROMICINA.</b> Suspensión 200mg/5 ml, Fco x 15 ml</p> <p>10 mg/Kg.</p> <p><b>METRONIDAZOL.</b> Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml</p> <p>20 mg/Kg.</p>

**Fuente:** Andrade, L. (2012). *Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual y de género. Ministerio de Salud y Protección Social. OIM*



PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Vigencia: 26/01/2024

RANGO DE PESO	ZIDOVUDINA (AZT) Suspensión 10 mg / ml. Fco de 240 ml			LAMIVUDINA (3TC) Suspensión 10 mg / ml. Fco de 240 ml			LOPINAVIR / RITONAVIR Suspensión 80/20 mg/ml Fco de 160 ml. NECESITA REFRIGERACIÓN			CEFUROXIMA. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml.		AZITROMICINA. Suspensión 200mg/5ml, Fco x 15 ml		METRONIDAZOL. Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml	
	ml AM	ml PM	#FRASCOS	ml AM	ml PM	#FRASCOS	ml AM	ml PM	#FRASCOS	ml Dosis única	#FRASCOS	ml Dosis única	#FRASCOS	ml Dosis única	#FRASCOS
5 - 5,9	6ml	6ml	2	3ml	3ml	1	1ml	1ml	1	1ml	1	1,5ml	1	2ml	1
6 - 6,9	7ml	7ml	2	3ml	3ml	1	1,5ml	1,5ml	1	1,5ml	1	2ml	1	3ml	1
7 - 7,9	8ml	8ml	2	4ml	4ml	1	1,5ml	1,5ml	1	1,5ml	1	2ml	1	3ml	1
8 - 8,9	9ml	9ml	3	4ml	4ml	1	1,5ml	1,5ml	1	2ml	1	2,5ml	1	4ml	1
9 - 9,9	10ml	10ml	3	5ml	5ml	2	1,5ml	1,5ml	1	2ml	1	2,5ml	1	4ml	1
10 - 10,9	10ml	10ml	3	5ml	5ml	2	2ml	2ml	1	2,5ml	1	3ml	1	5ml	1
11 - 11,9	10ml	10ml	3	6ml	6ml	2	2ml	2ml	1	2,5ml	1	3ml	1	5ml	1
12 - 13,9	11ml	11ml	3	6ml	6ml	2	2ml	2ml	1	3ml	1	3,5ml	1	6ml	1
14 - 16,9	13ml	13ml	3	7ml	7ml	2	2,5ml	2,5ml	1	3,5ml	1	4ml	1	7ml	1
17 - 19,9	14ml	14ml	4	8ml	8ml	2	2,5ml	2,5ml	1	4ml	1	5ml	1	8ml	1
20 - 24,9	17ml	17ml	4	10ml	10ml	3	3ml	3ml	2	5ml	1	6,5ml	1	10ml	1
25 - 29,9	19ml	19ml	5	12ml	12ml	3	3,5ml	3,5ml	2	6ml	1	7,5ml	1	12ml	1

PRESENTACIÓN	PROFILAXIS PARA VIH X 28 DÍAS				PROFILAXIS DE ITS. DOSIS ÚNICA							
	ZIDOVUDINA (AZT) 300 mg + AMIVUDINA 150 mg. Tabletas		LOPINAVIR / RITONAVIR 200Mg LPV / 50 mg RTV. Tabletas		CEFTRIAZONA. Amp x 1 gr		AZITROMICINA. *Tabletas por 500 mg		*METRONIDAZOL. Tabletas por 500 mg			
DOSIS	# Tabletas AM	# Tabletas PM	TOTAL TAB	TAB. AM	TAB. PM	TOTAL TAB.	Dosis única	TOT AL	Dosis única	TOT AL	Dosis única	TOT AL
	1	1	36	2	2	112	1gr	1	1gr	2	2gr	4

\*En mujeres embarazadas, reemplazar la Azitromicina por Eritromicina (50 mg/kg/día repartida en 3 tomas, por 7 días) o Amoxicilina (50 a 100 mg/kg/día, dividida en tres tomas, por 7 días).

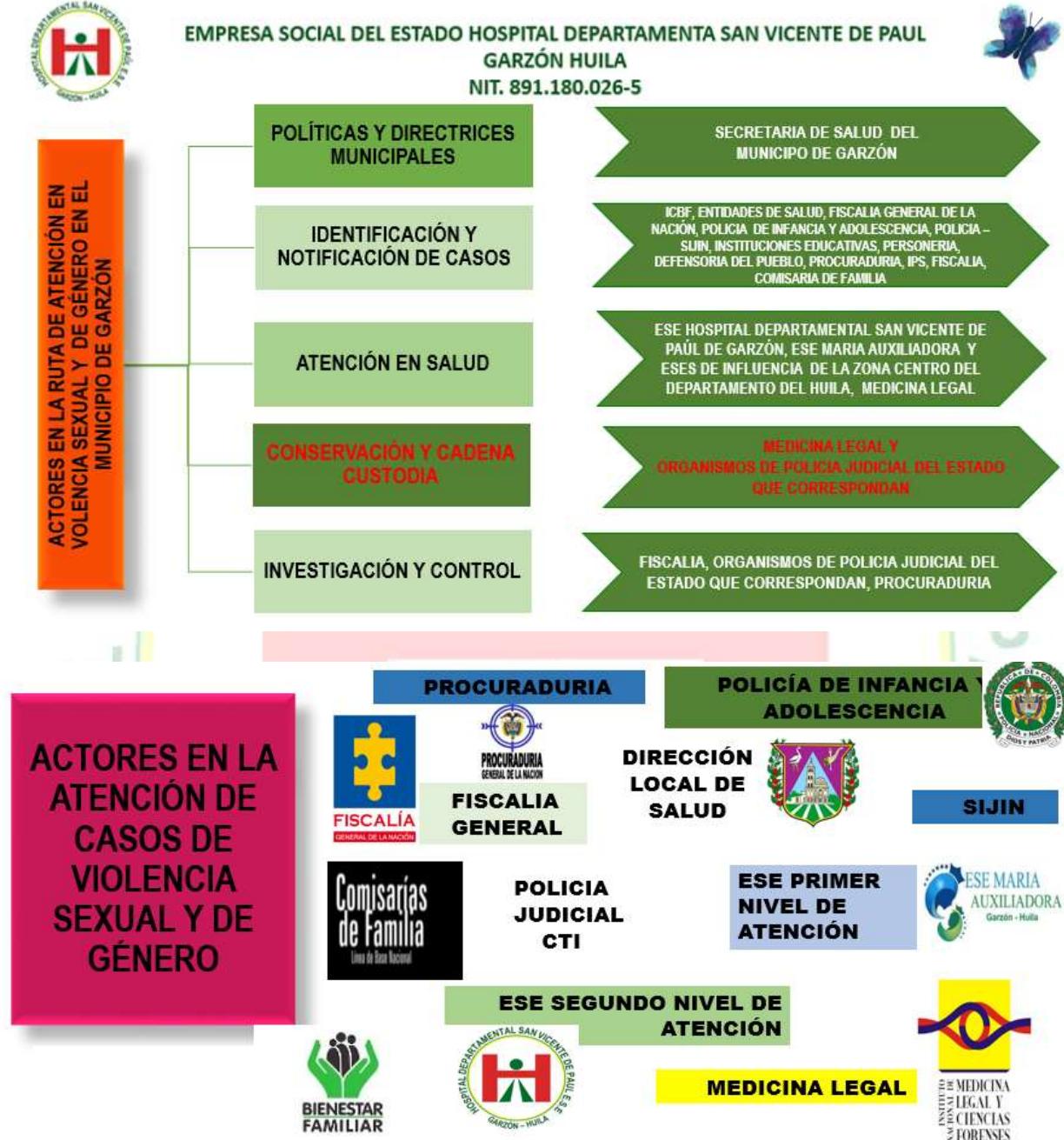
Evitar el Metronidazol en el primer trimestre del embarazo.

**Fuente:** Andrade, L. (2012). *Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual y de género. Ministerio de Salud y Protección Social. OIM*



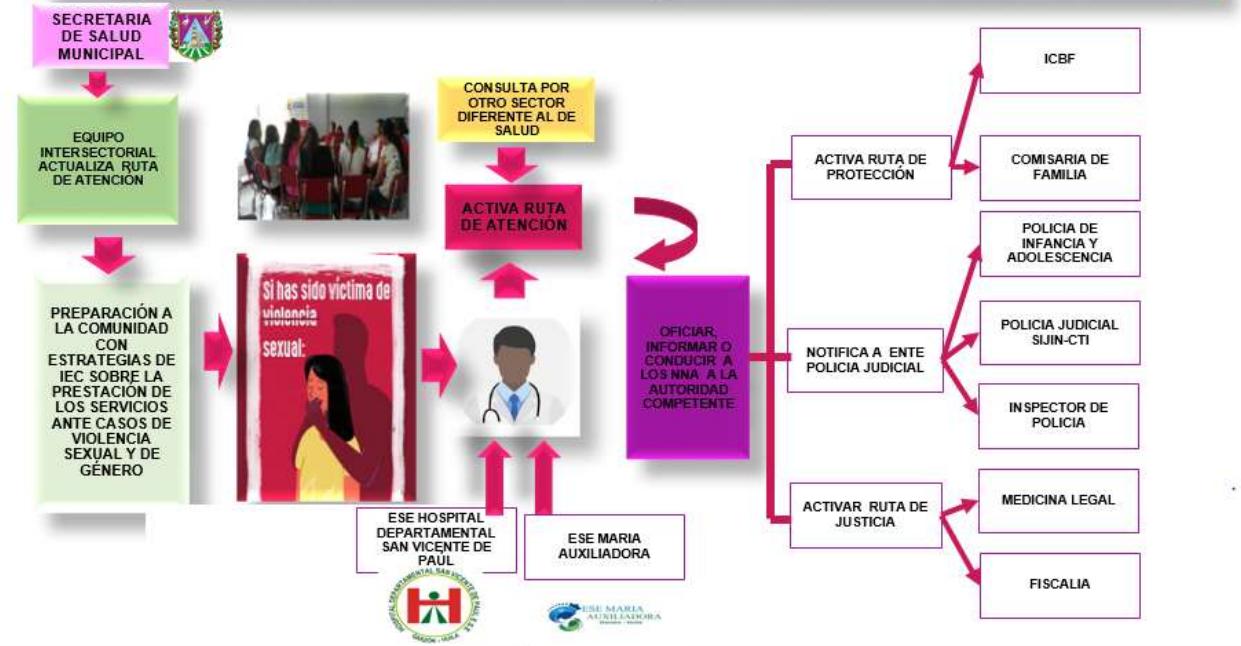
## ANEXO 5

### RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO.



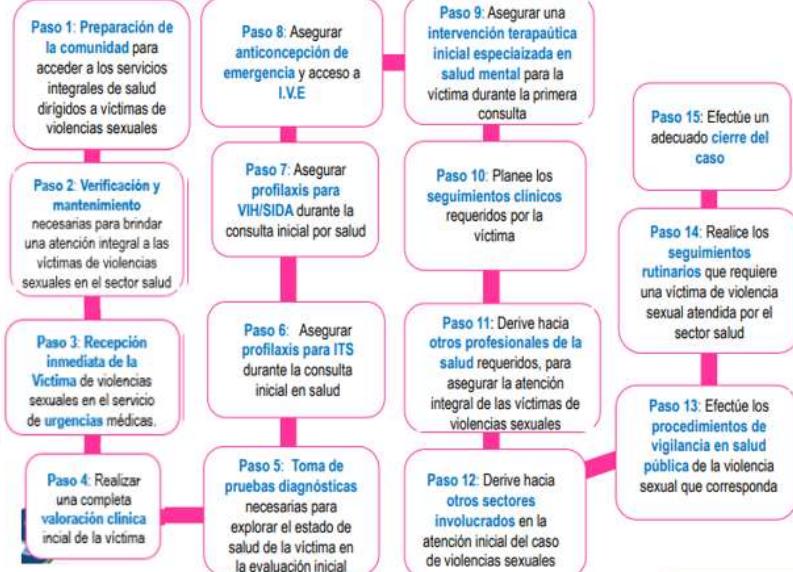


### MOMENTOS PARA LA ATENCIÓN INTERSECTORIAL EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO



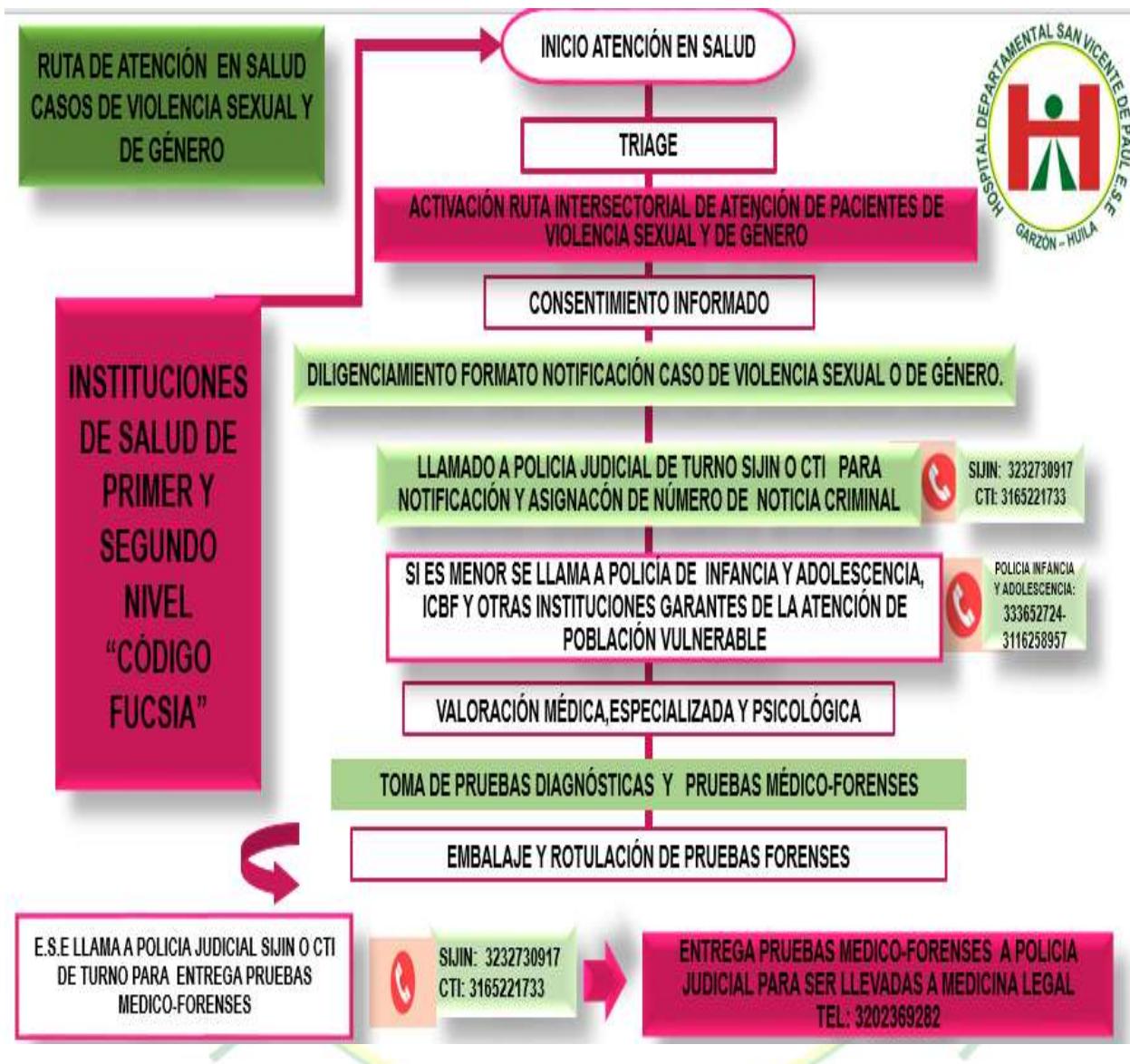
### EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

### MOMENTOS PARA LA ATENCIÓN INTERSECTORIAL EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO





## RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO





## DIAGRAMA DE OFERTA INSTITUCIONAL EN CASO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

